

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIDADES INTELIGENTES E SUSTENTÁVEIS**

CARLOS ALBERTO DE CASTRO SOARES

**INOVAÇÃO TECNOLÓGICA: UMA PROPOSTA DE INOVAÇÃO DO PROCESSO
DE TRABALHO NOS LIMITES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

São Paulo

2023

CARLOS ALBERTO DE CASTRO SOARES

**INOVAÇÃO TECNOLÓGICA: UMA PROPOSTA DE INOVAÇÃO DO PROCESSO
DE TRABALHO NOS LIMITES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**TECHNOLOGICAL INNOVATION: A PROPOSAL FOR INNOVATION OF THE
WORK PROCESS WITHIN THE LIMITS OF PUBLIC ADMINISTRATION**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cidades Inteligentes e Sustentáveis da Universidade Nove de Julho- Uninove, como requisito parcial para obtenção do grau **de Mestre em Cidades Inteligentes e sustentáveis**

Orientador: Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa

São Paulo

2023

Carlos Alberto de Castro Soares.

Inovação tecnológica: uma proposta de inovação do processo de trabalho nos limites da administração pública. / Carlos Alberto de Castro Soares. 2024.

101 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2024.

Orientador (a): Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa.

1. Direito social. 2. Administração pública. 3. Inovação. 4. Saúde.

I. Barbosa, Antônio Pires.

II. Título.

CDU 711.4

INOVAÇÃO TECNOLÓGICA: UMA PROPOSTA DE INOVAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NOS LIMITES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Por

CARLOS ALBERTO DE CASTRO SOARES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cidades Inteligentes e Sustentáveis da Universidade Nove de Julho - UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Cidades Inteligentes e sustentáveis, sendo a banca examinadora formada por:

Prof^a. Dra. Natasha Dejgov Monteiro da Silva - Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP

Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof^a. Dra. Alessandra Cristina Guedes Pellini - Universidade Nove de Julho - UNINOVE

São Paulo, 22 de fevereiro de 2024.

RESUMO

Propõe modelo para aquisição de medicamentos nos limites da administração pública estadual, cujo processo “inovado”, contrapõe ao tradicional à medida em que se constata substanciada redução de custos, impactando no gasto público e na gestão do sistema de saúde. Justificada pela implementação de inovação tecnológica de processo de trabalho sem dispêndio de recursos financeiros adicionais, seus objetivos são ancorados no fato de que as compras quando realizadas através do processo centralizado, a economia se mostra efetiva, permitindo, ainda, refletir sobre mudança de cultura organizacional e sua contribuição para consolidação do direito à saúde pela ampliação do acesso e integralidade da atenção. O trabalho buscou diferenciar os valores pagos através das compras realizadas por método centralizado e descentralizado, resultando, em muitos casos, na redução de preços em mais de 70% quando adquiridos por meio do processo proposto. Razão desse resultado, ao longo dos quatro exercícios pesquisados, a amostra de medicamentos ofereceu redução de pouco mais de 314 milhões de reais aos cofres públicos do estado de São Paulo, tendo como principais fatores limitantes dessa pesquisa, a correta identificação e disposição dos valores pagos por cada elemento da amostra nos diferentes períodos, a manutenção regular dos processos de compra centralizada, o período pandêmico vivido pelo sistema, e os desafios de tratar com um sistema de rede tendo fracionado o seu processo de governança.

Palavras-chave: Direito social, Administração pública, Inovação, Saúde.

ABSTRACT

It proposes a model for the acquisition of medicines within the limits of the state's public administration, whose "innovative" process contrasts with the traditional one in that it achieves substantial cost savings, with an impact on public spending and the management of the health system. Justified by the implementation of a technological innovation in the work process without the expenditure of additional financial resources, its objectives are anchored in the fact that when purchases are made through a centralized process, the savings are effective, allowing us to reflect on the change in organizational culture and its contribution to consolidating the right to health by expanding access and comprehensive care. The study sought to differentiate the amounts paid for purchases made using the centralized and decentralized methods, resulting in many cases in price reductions of more than 70% when purchased using the proposed process. The main limiting factors of this research were the correct identification and arrangement of the amounts paid for each element of the sample in the different periods, the regular maintenance of centralized purchasing processes, the pandemic period experienced by the system, and the challenges of dealing with a network system that has fractured its governance process.

Keywords: Social rights, Public administration, Innovation, Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Orçamentário SES-SP/CSS	23
Quadro 2: Produção assistencial SES-SP/CSS	24
Quadro 3: Fases processuais para aquisição de itens hospitalares – prazos – Modalidade: Pregão eletrônico	26
Quadro 4: Fluxo processual para aquisição de itens hospitalares	27
Quadro 5: Rede de Tecnologia de Informação e Comunicação -TIC	33
Quadro 6: Amostra preliminar de compras SES-SP/CSS	51
Quadro 7: Resultado sobre a proposta de implementação	52
Gráfico 1: Relatório de consumo efetivamente adquirido pela SES/SP	54
Gráfico 2: Relatório de período sem cobertura de Ata de Registro de Preços-ARP	54
Gráfico 3: Indicadores anuais (CSS/SES/SP) orientados para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços-ARP –Grupo I – Linha dos antimicrobianos (antibióticos)	55
Gráfico 4: Indicadores anuais (CSS/SES/SP) orientados para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços-ARP Grupo II – Linha dos intensivos e cirúrgicos	55
Gráfico 5: Indicadores anuais (CSS/SES/SP) orientados para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços-ARP – Grupo III - Linha dos estratégicos comuns à Rede Hospitalar	56
Figura 1: Geolocalização das Unidades Administrativas Direta da SES-SP/CSS	48

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 PROBLEMA DA PESQUISA	6
1.2 Objetivo geral	6
1.2.1 Objetivos específicos	6
1.3 Justificativa	7
2. REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL E SUA INDISSOCIABILIDADE ECONÔMICA PARA MATERIALIZAÇÃO DESSE DIREITO	8
2.2 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	13
2.2.1 Contexto histórico recente sobre as experiências de “inovação”	13
2.2.2 Desafios culturais das organizações públicas	16
2.2.3 Um modelo de inovação possível de se implementar nos limites da Administração Pública de Saúde	18
2.2.4 Rede de Atenção à Saúde-RAS, uma proposta de adequação à Rede de Atenção Hospitalar	21
2.2.5 Cidades inteligentes e sustentáveis	29
2.2.6 Planejamento urbano e a estrutura de Rede Assistencial no contexto das Cidades inteligentes e sustentáveis	37
3. METODOLOGIA	43
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	45
3.2 COLETA DE DADOS	46
3.3 ÁREA DO ESTUDO	47
3.3.1 Análise e Interpretação dos Resultados	48
REFERÊNCIAS	61
ANEXO A - Relação das Unidades Assistenciais	67
ANEXO B - Relatório de medicamentos selecionados	71

ANEXO C: Relatório anual orientado para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços - 2019_____74

ANEXO D: Relatório anual orientado para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços - 2020_____79

ANEXO E: Relatório anual orientado para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços - 2021_____84

ANEXO F: Relatório anual orientado para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços - 2022_____90

1. INTRODUÇÃO

Durante o período da história mais recente do Brasil, com especial atenção no pós Constituição Federal de 1988, as conquistas sociais vem sendo desafiadas a se consolidarem frente às condições de um ambiente de baixo crescimento e desenvolvimento econômico. Ocorre que as consequências desse ambiente tem impactado diretamente as políticas sociais, no caso do segmento da saúde pública, agravada algumas situações cujo o impacto incide diretamente sobre a qualidade de vida da população mais carente.

O baixo financiamento público para saúde, a má gestão dos recursos destinados ao SUS, a incapacidade da administração pública instrumentalizar políticas sociais em favor da sociedade, impõem, por si só, um retardo na consolidação dos direitos sociais, retroalimentando um “*status quo*” capaz de obstruir avanços significativos para o país, razão pelos quais há necessidade de que atores sociais, ligados aos mais diversos segmentos de política pública, ofereçam algum desenho, movimento, estratégia, ou proposta capaz de se opor a esses já estabelecidos processos de obstrução, com intuito de suavizar seus danos à sociedade.

Nesse sentido, em que pese diminuta produção de pesquisas dedicadas ao estudo do tema “inovação nos limites da Administração Pública”, a despeito das características do setor público, o estudo buscou demonstrar a possibilidade de se implementar processo de inovação, indicando o impacto dos resultados dessa implementação na melhoria do gasto público, discutindo a relação desses resultados e sua possível contribuição para mudança da cultura organizacional da administração, e para a consolidação do direito social à saúde conforme estabeleceu a Carta política deste país.

Ancorado na perspectiva da cultura de inovação, Das (2003) defendeu que “formas antigas de se fazer as coisas, são raramente a melhor forma.” Razão disso e apesar do alcance material e filosófico dos conceitos propostos para inovação, para Plonski (2017), o conceito de inovação deve ser entendido a partir da declaração singular de que “é a criação de novas realidades.”

À luz dessa premissa sobre a possibilidade de se “criar algo novo” em detrimento do “antigo”, a maioria das produções circunscritas ao segmento tecnológico de inovação tem se pautado, prioritariamente, na produção e desenvolvimento fabril de produtos (P&D). No entanto, e mais recentemente, a multidisciplinariedade e o volume de

pesquisadores dedicados a estudar as inúmeras áreas desse conhecimento, tem proposto ajustes conceituais para o segmento de inovação, ajustes esses que permitem não somente conferir identidade conceitual própria para a especificidade da área, como as adota conceitualmente como integrante desse segmento, mantidas as “linhas de produções”, contudo, pouco diferentes daquela pensada no âmbito do processo fabril.

É o caso da inovação de processos de trabalho que podem ser também desdobradas em tipos de inovações denominadas de inovação radical, incremental, material, não material, cujo conceito, privilegia um olhar para o cuidado de “processos” melhorados/aperfeiçoados no cotidiano das “coisas” produzidas pelo trabalho executado de forma imaterial, a partir dos saberes, da organização humana, das relações de trabalho (LORENZETTI et al., 2012), perpassando, características envolvidas exclusivamente no desenvolvimento de produtos para se ocupar de uma agenda relacional que abranja as dimensões do social, do econômico, do político, e cultural aonde a instituição/organização executam suas atividades (UTTERBACK, 1970), capazes de oferecer, principalmente aos países em desenvolvimento, impactos de avanço tecnológico compatíveis com aqueles originalmente resultantes da produção fabril RICYT/OEA/CYTED (2001).

Isto posto, a incorporação de elementos em favor do conceito de inovação tecnológica apresenta outras duas dimensões, quais sejam, a dimensão econômica e social, importantíssimas de serem tratadas, destacando, portanto, já a partir dos conceitos, sua inclinação para os diferentes setores da sociedade.

A primeira, representando o capital, diz respeito a Joseph Alois Schumpeter a quem se atribui autoria da reformulação teórica do crescimento e desenvolvimento econômico da sua época, que assim conceituou inovação: “Seria a introdução comercial de um novo produto ou “uma nova combinação de algo já existente” criados a partir de uma invenção que por sua vez pertence ao campo da ciência e tecnologia”. (SCHUMEPETER, 1934, p.17)

A segunda, representando o social, diz respeito ao legislador brasileiro que, de igual modo, assim conceituou inovação:

Introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo e social que resulte em novos produtos, serviços ou processos ou que compreenda a agregação de novas funcionalidades ou características a produto, serviço ou processo já existente que possa resultar em melhorias e em efetivo ganho de qualidade ou desempenho. (redação dada pela Lei nº 13.243/2016)

Na esteira desse entendimento, de todos os setores que compõem a nossa sociedade: o setor público; o mercado; e o terceiro setor (constituído pelas associações sem fins lucrativos), o mercado, com predomínio das empresas privadas, e neste caso, a indústria de transformação nacional foi quem mais implementou inovação de base em produto e/ou processo no triênio de referência 2015-2017, IBGE (2017), restando ao poder público, resistir, com poucas exceções, à prática de se inovar nos seus espaços intra organizacionais valendo-se do baixo incentivo à inovação por meio de financiamento público IBGE (2017).

Razão desse protagonismo do mercado em produzir inovação com foco no lucro, em metas, competitividade e sobrevivência corporativa, conceitualmente, restou clara a intenção do legislador em acomodar a dimensão do social que não somente envolveu o processo produtivo/mecânico/industrial, como assegurou a interlocução desse conceito com a política pública social de Estado, defendendo que a análise macroeconômica de mercado Celso Furtado (1961), se presta pouco para explicar nuances capitaneadas pelas transformações sociais, ou seja, assim como há espaço para o desenvolvimento que assista ao capital, de igual modo, deve atender ao social no mesmo contexto.

Pressuposta ser verdadeira a afirmação de que a implementação de inovações tecnológicas, tem o condão de induzir o desenvolvimento econômico de um país, cabe ao poder público, também a busca pela inovação, não descolado da dimensão social, exigindo, portanto, que seus impactos (frutos dessa inovação) reflitam nas políticas sociais de seu povo.

Defendida como uma das políticas públicas sociais de maior relevância do país, a saúde pública no Brasil não só tem destaque em relação aos programas reconhecidamente pela OMS/OPAS como exitosos e de referência mundial, tais como o controle da HIV/Aids, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Programa Nacional de Imunização (PNI), o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT), Tratamento contra Hepatite C, Sistema Nacional de Transplantes (SNT), como também é responsável pela movimentação de despesas com seus bens e serviços correspondentes a 9,6% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2019 (IBGE, 2022). Expressão de sua importância, o setor de saúde conta com uma consolidada e importante instituição indutora de desenvolvimento denominado Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) (GADELHA, 2020).

Não obstante o alcance dos conceitos de inovação e da pujante política pública de saúde (econômica e social), outra perspectiva diz respeito ao fato de que elas se desenvolvem à luz de pendências ligadas a própria concepção do sistema que tem por objetivo garantir acesso universal, igualitário e integral à saúde e promover a melhor qualidade de vida da população. Uma dessas pendências, defendida historicamente como a mais obstrutiva e prejudicial para o desenvolvimento e sua consolidação enquanto política de saúde é o subfinanciamento.

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE (2019), dentre um universo de 44 países desenvolvidos e em desenvolvimento, os gastos com saúde do Brasil se mostraram entre os mais baixos. No Brasil, o gasto médio em saúde é de US\$ 1,282 per capita incluídos os recursos públicos e privados, contra média de US\$ 4, sendo que 76% desse gasto, refere-se apenas ao financiamento público aportado pelos demais países membros da Organização OCDE (2019).

Diante do problema crucial de financiamento incipiente, atrelado a outro não menos grave implicado com a necessidade de reorientar modelos de gestão, na prática, a política pública de saúde vem sendo instrumentalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a não comprometer tanto a qualidade de assistência prestada quanto o desenvolvimento das ações e serviços de saúde conforme foram estabelecidos nos seus princípios. Nesse sentido, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2016), embora seja dispendido muito empenho para se entregar o volume de produção que o SUS dispensa, ainda é possível perseguir eficiência e maior resolubilidade.

Foi nesse sentido, e com fins de perseguir alguma entrega qualitativa que o problema desse estudo se estabeleceu pela implementação de um processo de inovação tecnológica nos limites da administração pública, ancorado no “processo de trabalho não fabril”, hoje, discutido e consensado na literatura como uma das promissoras propostas de inovação. No caso concreto, esse processo de inovação de trabalho envolve a aquisição centralizada de 46 (quarenta e seis) medicamentos selecionados estrategicamente para o suprimento anual de 44 (quarenta e quatro) Unidades hospitalares vinculadas a Secretaria de Estado da Saúde, órgão da Administração direta Pública Estadual, seguida de outros três objetivos específicos, onde o primeiro sugere haver impacto de redução do gasto público, o segundo de contribuir com a mudança

de cultura organizacional da administração pública, por último, o terceiro sugere contribuir para consolidação do direito à saúde pela via da ampliação do acesso e integralidade da assistência terapêutica medicamentosa.

Quanto a fundamentação teórica, o estudo buscou refletir, preliminarmente, sobre quatro aspectos: O primeiro deles destinou-se a explorar o conceito progressista do direito social à saúde observada sua previsão constitucional (CF/1988), estabelecendo sua interlocução com alguns dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODSs), propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU) e objetivos propostos pelo Ministério do Desenvolvimento Regional (MDR) por meio da Carta Brasileira para as Cidades Inteligentes. O segundo aspecto, destinou-se a reflexão sobre a administração pública, suas características, os desafios de aceitação de processo de inovação no âmbito dos seus limites, sua relação com o direito à saúde, procurando contextualizar sua história mais recente envolvendo as principais e mais relevantes transformações pelas quais passou em termos de reformas administrativas, e sanitárias nacionais, e, mais recentemente, a proposta da área do conhecimento de Cidades Inteligentes e Sustentáveis (CIS). Quanto ao terceiro aspecto, buscou compatibilizar os valores conceituais percebidos por uma Rede de Atenção à Saúde, caracterizando, nesse contexto, a Rede de Atenção Hospitalar, envolvidas as características assistenciais hospitalares que se desenvolvem de forma interligada para execução dessa política pública, prestada diretamente ao usuário na condição de paciente internado e/ou observado, dependente de uma assistência essencial e fundamentalmente médica ligadas a “atividade fim” e, complementada na grande maioria das vezes, por recursos disponíveis para intervenções e procedimentos, ambos, ligados aos serviços de apoiodiagnóstico e terapêutico. Quanto ao quarto aspecto, destinou-se a cobrir qual(is) seria(m) as pontes de relação entre as propostas da área do CIS e os objetivos geral e específicos estabelecidos no presente estudo, apontando a existência de possíveis convergências e divergências percebidas durante a construção e execução tanto do projeto de pesquisa quanto da implementação do processo de inovação tecnológica proposto.

Com efeito prático, a proposta baseia-se no fato de que essas Unidades Hospitalares adquirem medicamentos com periodicidade regular entre duas e três vezes ao ano, optando pela discricionariedade do agente público/ordenador da despesa (diretor da Unidade Hospitalar) que pode, legalmente, adquirir esses itens de forma individual

para suprimento da unidade hospitalar a qual responde. Ocorre que a partir do aprimoramento do método (inovação do processo aquisitivo), a aquisição de forma descentralizada (método convencional) dá lugar a aquisição de forma centralizada (método inovado), permitindo: 1) que os medicamentos sejam adquiridos a custo muito inferior aqueles regularmente pagos individualmente (escala); - que os processos de logística sejam otimizados de forma planejada, evitando atrasos e consequente desabastecimentos na ponta; 2) que os processos de compras sejam sobrestados pelo nível central, restando a oportunidade de que as equipes de compras das Unidades descentralizadas tenham disponibilidade de empenhar-se em outras atividades administrativas; 3) e que as equipes competentes para as análises (disponível no nível central), se dediquem nas análises técnicas de todo arcabouço documental, evitando a seleção e fornecedores incapazes de cumprir totalidade das exigências previstas em edital licitatório; 4) que haja padronização de procedimentos que envolvam a segurança dos itens durante a cadeia de suprimento, entre outros.

Em última análise, o estudo sugere contribuir para diminuição dos impactos que decorrem do subfinanciamento para o sistema de saúde loco regional, uma vez as aquisições quando realizadas dentro do processo aperfeiçoado, traz significativa melhoria do gasto público, impactando na elevação das condições de acesso do usuário aos medicamentos, contribuindo, conseqüentemente para integralidade do cuidado nessa linha de atenção (assistência farmacêutica), cuja regularidade vem sendo marcada tanto pela dificuldade do acesso aos medicamentos quanto a falta deles.

1.1 - Problema da pesquisa

Propor processo de inovação tecnológica nos limites da administração pública evidenciando seus possíveis aspectos positivos.

1.2 - Objetivo geral

Propor a implementação de um modelo de inovação tecnológica de processo de trabalho, envolvendo a aquisição centralizada de medicamentos para Unidades hospitalares vinculadas a Secretaria de Estado da Saúde, órgão da Administração direta Pública Estadual.

1.2.1 - Objetivos específicos

- a) Identificar a existência de redução do gasto público pós implementação do inovado processo;

- b) Estabelecer relação entre as características da inovação do processo de aquisição centralizada de medicamentos e sua possível contribuição para a mudança de cultura organizacional da administração pública;
- c) Estabelecer relação entre as características da inovação do processo de aquisição centralizada e sua possível contribuição para consolidação do direito à saúde pela via da ampliação do acesso e integralidade da assistência terapêutica medicamentosa.

1.3 - Justificativa

O estudo se justifica sob três aspectos, primeiro, quando propõe para os limites da administração pública a implementação de modelos de inovação tecnológica de processos de trabalho, sem dispêndio de recursos financeiros adicionais, com sugestão de redução do gasto público, cumprindo princípios da eficiência e efetividade previstos para administração pública. Segundo, quando a partir das características do processo de inovação das compras públicas, sugere contribuir tanto para a mudança de cultura afetas a administração pública. Por último, sugere contribuir para consolidaçãodo direito à saúde pela via da ampliação do acesso e da integralidade princípios constitucionais estabelecidos para o sistema público de Saúde, o SUS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL E SUA INDISSOCIABILIDADE ECONÔMICA PARA MATERIALIZAÇÃO DESSE DIREITO

Conhecida como a precursora na incorporação de direitos sociais no mundo, a Constituição Mexicana de 1917, foi a primeira a defender e registrar em sua “lei maior” (Constituição) algumas das chamadas proteções sociais em favor dos trabalhadores rurais e urbanos daquele país, seguida pela também inovadora Constituição Alemã de 1919 (Constituição de Weimar), que contemplou a proteção ao trabalhador como o direito à educação e assegurou, de igual modo, as dimensões de igualdade, liberdade de expressão, e religião, no contexto dos denominados direitos fundamentais (FILHO, 2017).

De lá para cá, esses precursores institutos jurídicos e políticos foram adotados como matéria prima ideológica aceitável por grande parte das nações mais importantes do mundo, paralelamente, sofrendo inúmeros processos de inovação no sentido de consolidar a materialização das mais importantes conquistas humanas dos povos entre os séculos XIX e XX.

O mais importante documento considerado marco essencial para construção, difusão e consolidação dos direitos sociais dos povos ao redor do mundo foram promulgados durante o Pós da II Grande Guerra Mundial, que objetivava corrigir graves violações aos direitos humanos. Esse documento fora proposto e promulgado em 1948 pelo Órgão das Nações Unidas (ONU), intitulado como Declaração Universal dos Direitos do Homem, cujo conteúdo estabelece um número de 30 artigos com finalidade de cuidar dos direitos que não se pode trocar, vender, ceder, ou qualquer outra ação que não esteja voltada para a garantia das liberdades, igualdade, fraternidade, da justiça, e da paz mundial (ONU, 1948).

Atualmente, esse tratado conta com a assinatura de 192 países, que na condição de signatários da carta, primam pela adoção desses conceitos estabelecidos, passando a inserilos em seus respectivos ordenamentos jurídicos e suas Constituições, conferindo, aos então direitos humanos internacionais por adesão o status de direitos fundamentais das nações. Nesse contexto, e sob o ordenamento da Constituição Brasileira de 1988, assim foram estabelecidos os denominados direitos sociais:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)

Parágrafo único. Todo brasileiro em situação de vulnerabilidade social terá direito a uma renda básica familiar, garantida pelo poder público em programa permanente de transferência de renda, cujas normas e requisitos de acesso serão determinados em lei, observada a legislação fiscal e orçamentária.

Em relação a previsão constitucional, acrescenta-se ao conceito desses direitos, a condição de que eles são prestações positivas de competência do estado em favor dos menos favorecidos, permitindo que esses alcancem melhoria das condições de vida, com conseqüente diminuição das desigualdades (SILVA, 2009).

Percebe-se claramente que a previsão constante do parágrafo único, do artigo 6º, da CF/1988, vincula a eficácia dessa responsabilidade prestacional do Estado à condição econômica do cidadão individualmente posta, ou seja, de nada valerá a previsão/conquista desses direitos caso as condições econômicas não sejam dadas para a materialização e conseqüente consolidação desses direitos aos cidadãos, reforçando que separar a dimensão social da econômica é resultado de uma percepção fragmentada e diminuída, que se distancia da história e da própria evolução desses processos pelos quais essas dimensões se mostram totalmente sincronizadas (GADELHA, 2020).

Preliminarmente, o primeiro desafio diz respeito ao alcance do texto constitucional, em relação ao direito à saúde, que assim explicita a dimensão desse direito:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal, 1988)

Devidamente assegurada as ações e serviços de saúde que decorrem da interpretação do termo/conceito “Saúde”, não menos importante, faz necessário refletir, agora, sobre o alcance do termo Saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) que assim o define: "Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. (OMS, 1946)

Ainda nesse sentido, em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), indicou quatro condições mínimas para um Estado assegurar o direito à saúde de sua população, quais foram: “Reforça esse conceito, apontando quatro condições mínimas para que um Estado assegure o direito à saúde ao seu povo: disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço de saúde pública do país”. (ONU, 2000)

Mais recentemente, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) estabeleceu o seguinte:

As despesas com consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil corresponderam a 9,6% do Produto Interno Bruto (PIB), a soma dos bens e produtos fabricados no país) em 2019, sendo 3,8% gastos do governo e 5,8% despesas das famílias e de instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias (IFSL), totalizando R\$ 711,4 bilhões de reais. As despesas de consumo do governo com saúde somaram R\$ 283,61 bilhões de reais, enquanto as famílias e as IFSL ficaram com 427,8 bilhões. A maior despesa por parte do governo foi identificada na saúde pública (3,1%), enquanto da parte das famílias o maior gasto ficou com a saúde privada 3,8%.

Razão do alcance dessas dimensões conceituais carregadas de obrigação prescricional por parte do Estado, resta evidente que para consolidação do direito à saúde, alguns desafios remanescem de serem enfrentados, quais sejam:

- a) O amplo e irrestrito alcance da previsão normativa do direito material à saúde;
- b) O Estado como principal responsável pela garantia do pleno e amplo direito a saúde;
- c) A indissociabilidade desse direito caminhar “sozinho” em destino à sua consolidação, ou seja, sua construção e desenvolvimento estão essencial e fundamentalmente ligados de forma dependente das condições macroeconômicas do país;
- d) O volume de recursos dispendidos para o setor Saúde (9,6% do PIB), com destaque para o fato de que em 2019, a maior despesa do governo foi com a Saúde pública (3,1%), seguida pelo gasto das famílias com saúde privada (3,8%), (IBGE, 2022); e
- e) O percentual da população SUS dependente que ultrapassa os 150 milhões de brasileiros, ou seja, 71,5% da população (IBGE, 2022).

Nota-se que todos esses temas, indicam estreita correlação com o desenvolvimento econômico do país, compreendido como propulsor/indutor e viabilizador das políticas públicas, alimentando divergência em relação a participação do Estado, onde, enquanto uma corrente acredita que esse desenvolvimento só será possível sem interferência preponderante do Estado, outra corrente não está convencida de que o desenvolvimento seja possível sem a forte presença e mediação do Estado na Economia (IPEA, 2009).

De todo modo, os temas sociais como: desigualdade; pobreza; fome; falta de emprego; exclusão; distribuição de renda; vulnerabilidade, de fato, desde sua previsão normativa, demonstraram pouca melhoria de seus indicadores descolados do crescimento e desenvolvimento econômico do país, ou seja, “um povo que viva condições de igualdade em relação a qualidade de vida, que priorize os direitos sociais e o meio ambiente onde se vive, só poderá alcançar essas condições, caso exista uma base econômica e material que lhe permita sustentar tais condições (GADELHA, 2022),

A vista desse entendimento, não podíamos nos esquecer de que o próprio setor de saúde no Brasil, tem consolidado relevante papel na participação da cadeia produtiva nacional, e por este, foi conferido ao setor uma denominação própria para o tratamento dos temas relativos, o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), assim descrito pelo professor Gadelha (2020):

O conceito do CEIS (Complexo Econômico-Industrial da Saúde) foi desenvolvido no início dos anos 2000 para captar a relação indissociável entre saúde e desenvolvimento, segundo uma perspectiva endógena que considera a saúde e o sistema de produção e de inovação relacionado como parte indissociável de um padrão de desenvolvimento e não apenas como um fator acessório, funcional e exógeno, delimitado estritamente ao campo das políticas sociais e mesmo compensatórias frente à dinâmica do capital. (GADELHA, 2020)

A partir dessa descrição, a despeito de produções com sentido de defender posição dialética (paralela ou oposta) entre o capital e o social, a emancipação do direito à saúde passa obrigatoriamente pelo desenvolvimento político e econômico, social e ambiental, igualmente, não dissociada dos sistemas produtivo e de inovação, restando elementos imprescindíveis para um padrão de desenvolvimento sustentável, sem, contudo, descolar-se da “base que lhe dê sustentação”, na prática, um financiamento capaz de atender as necessidades do sistema para qual foi proposto.

Embora alguns dos já considerados entraves para consolidação do direito à saúde, tenham sido tratados nas dimensões da conjuntura econômica, social e, porquênão dizer, das crises (Conass, 2016). Outros, dizem respeito ao cotidiano do Sistema de Saúde brasileiro, cujo desafio diz especificamente sobre os componentes da sua estrutura e organização, como: os modelos de atenção; a fragmentação; a falta de sintonia entre as demais políticas públicas sociais; em última análise, os modelos de gestão (MENDES, E. V, 2019).

É a partir dessa constatação que se acredita haver caminhos capazes de contribuir para consolidação desse direito em face desses entraves, tanto do ponto de vista

das instituições envolvidas em favor de um desenvolvimento amplo, político, econômico sustentável, quanto do ponto de vista do cidadão comum (individual), que pela via do pertencimento social, na sua individualidade e a partir da informação/conhecimento, propõe alterações auto comportamentais como incorporação de hábitos saudáveis, o efetivo exercício da participação no controle social do sistema, ambos, contribuindo, para o avanço de forma consequente e natural na consolidação do direito fundamental à saúde, capitaneado, hoje, pela política pública de saúde e pelo mercado prestador de serviços.

Exemplo disso, instituições do setor saúde no Brasil, como CEIS propõe elementos de caminhos razoáveis de serem observados, propondo:

- i. A integração entre os sistemas nacionais de inovação e de bem-estar, de modo a incluir as experiências nacionais de desenvolvimento capazes de gerar ou não projetos;
- ii. Identificar as oportunidades de desenvolvimento político e econômico, hoje, estimuladas em grande medida pela inovação tecnológica;
- iii. Desenvolver um olhar específico sobre a saúde, enxergando-o como essencial a performance econômica, reproduzida também em ambiente específico, constituindo-se de altíssima relevância estratégica para o Estado brasileiro;
- iv. Investir na atividade econômica produtiva e industrial de base, como forma de contribuir para diminuir as desigualdades sociais tanto regional quanto nacionalmente;
- v. Diminuir a vulnerabilidade do país em face da sua dependência internacional demonstrada pela pandemia;
- vi. Declarar e instrumentalizar oposição irrestrita ao tratamento de política econômica dissociada da saúde;
- vii. Estabelecer um novo modelo de política pública comprometida com as demandas sociais do nosso povo, com foco na consolidação dos direitos sociais materiais, que garantam o bem-estar como previsto no ordenamento pátrio;
- viii. Reafirmar que as políticas de desenvolvimento produtivo e de inovação nacionais, tendo por destinatário a sociedade brasileira.

Ao longo dos 35 anos de sua mais significativa conquista (CF/1988), por uma questão de justiça liderada por uma “militância” (sanitaristas) aguerrida, inúmeros foram os avanços percebidos em direção a consolidação do direito à saúde no Brasil, pelos quais, só foram possíveis de serem efetivados graças: a pressão que decorreu da participação dos atores socialmente organizados; a atuação dos movimentos sociais de saúde; ao sentimento de pertencimento pelo sistema de saúde por parte dos trabalhadores; a participação de instituições com funções de colaborar através do desenvolvimento crítico sobre os segmentos que compõem o sistema (assistência, ensino, pesquisa, e desenvolvimento de produtos); a cooperação mútua entre os segmentos de representatividade do sistema e a academia; e a relação permanente

e cooperativa das entidades do terceiro setor, enfim ações essenciais à construção, desenvolvimento e contribuição para a consolidação da saúde como direito social.

Em função do exposto, resta compreendido que tanto a garantia de um financiamento sustentável as necessidades quer seja do SUS ou das demais políticas públicas ligadas ao bem-estar das pessoas, quanto a implementação de modelos de gestão pública em saúde, ambos orientados pela via da inovação de suas práticas, constituem-se, em importantes mecanismos de consolidação do direito à saúde como direito fundamental expressado na carta constitucional (WAGNER, 2017).

2.2 - ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

2.3 - Contexto histórico recente sobre as experiências de “inovação”

A despeito dos desafios característicos e inerentes a Administração Pública (AP), com especial atenção os órgãos vinculados a Administração Direta Governamental, ao longo das últimas cinco décadas, agentes públicos, parlamento, sociedade civil organizada, entre outros atores, têm dispendido esforços no sentido de promover mudanças nas organizações públicas de modo a assegurar que aspirações sociais e de melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados à sociedade sejam alcançadas mais efetivamente.

Razão desse esforço, a administração pública como órgão do Estado brasileiro, vem sendo instrumentalizada mais recentemente para implementação de cultura de inovação em seus ambientes cujo objetivo, não se limita em oportunidade de melhoria de processos de inovação no trabalho com fulcro, apenas, na garantia de economicidade. Espera-se, portanto, que a implementação das oportunas propostas de inovação sejam reconhecidas através de suas mudanças, refletindo não somente nos processos ditos assistenciais como na própria cultura organizacional da administração através da sua força de trabalho como um todo.

Durante o período pós Constituição de 1988, foram implementadas importantes reformas estruturantes que buscaram aperfeiçoar processos colocados à disposição da sociedade, pelos quais, podemos considerar como relevantes processos de inovação, ainda que tardios, muitos dos seus resultados se mostraram exitosos com impacto direto sobre as instituições e na vida da sociedade.

Com efeito, vale muito a pena revisitar as mais relevantes propostas de inovação percebidas pelo Estado, então denominadas de reformas, como forma de compreender os desafios de se inovar nos limites de uma estrutura pública brasileira que faz

uma transição de característica gerencial para uma societal (Brasil, 1995). Nos referimos as experiências da reforma do Estado Brasileiro (1995), o movimento da Reforma Sanitária (iniciado na década de 70 e consolidado na década de 80) e, mais recentemente, a proposta de Cidades Inteligentes e Sustentáveis (CIS) como movimento de reforma urgente, quer seja pelos objetivos que a fundamentam quer seja pela contribuição que empresta à consolidação de direitos, orientados para ações da proteção climática e do meio ambiente.

Por ocasião do processo de sua redemocratização, o Brasil, demandado para atender as transformações da sociedade, foi compelido a adaptar-se às novas imposições da economia globalizada, de igual modo, a materializar os pelos menos 12 direitos sociais consagrados na Carta Política do país (CF/1988).

Observada a dimensão das garantias sociais relativas as questões prestacionais por parte do Estado versus conquista material por parte do cidadão, uma das características mais relevantes em relação a implementação das políticas públicas, é de que todas as ações voltadas para sua execução, passam, obrigatoriamente, pela estrutura da administração pública desde o planejamento, alocação de recursos até sua execução, no caso da política pública de saúde, sempre por meio de entregas realizadas por intermédio de ações e serviços de saúde.

Razão da grandeza e volume pelas quais as coberturas sociais estão envolvidas, naturalmente, há necessidade de aperfeiçoamentos regulares cujo espaço para transformações tem se constituído numa arena destinada a pavimentar caminhos que oportunizem mudanças, mais recentemente, contextualizada como inovação de processos com ou sem investimento.

Uma das primeiras experiências de inovação estruturalmente profunda, exitosa, resultado da união de forças representadas pelos mais diversos atores dos campos e saberes, fora denominada de movimento de reforma sanitária cujo objetivo aspirou transformar o segmento da saúde através da melhoria da qualidade de vida da população, tendo por sua grande conquista, a incorporação do direito social à saúde como direito individual dando origem a implementação de um sistema genuinamente público, orientado por princípios de universalidade e descentralização de ações e serviços de saúde, promovendo uma substancial e inovadora mudança em seus processos organizativos e modos de fazer da saúde pública no país” Paiva e Teixeira (2014).

Quanto ao movimento de reforma do Estado, a própria exposição de motivos da Emenda Constitucional nº 19 (1998), definiu essa proposta de reforma, como um conjunto de mudanças de reestruturação do Estado e à redefinição do seu papel e da sua forma de atuação, destacando a área social como uma das mais atrasadas do Estado brasileiro de então. Segundo Souza e Carvalho:

Mudar esse quadro, através da melhora no emprego dos recursos, do atendimento e assistência prestada, aumentando a cobertura social dos mais necessitados, ampliando a efetividade tanto dos serviços quanto das políticas públicas constitui, indubitavelmente, um objetivo central da reforma do Estado. (1999, P. 200)

Na esteira dessa discussão reformista e inovadora com foco nos direitos sociais, uma outra perspectiva, abordagem principal do nosso curso de Cidades Inteligentes e Sustentáveis (CIS), propõe agenda igualmente relevante de ser contextualizada uma vez que seus objetivos, de elevado valor social, são propostos em benefício do Estado da sociedade e do meio ambiente em que vivemos amparado no sólido e atual conceito da sustentabilidade. Exemplo disso, são os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU), os quais manifestam apelo à ação (prática) para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade até 2030 (ONU, 2015).

Importante ressaltar que ambos os exemplos dos movimentos de reformas aqui tratados, em linhas gerais, estão comprometidos com o desenvolvimento de um Estado-nação orientado para o cuidado das pessoas à luz das agendas sociais progressistas implicadas com alguns temas como: qualidade de vida, bem-estar, democratização, desigualdade, participação social, setor público, eficiência, economia, políticas públicas, Estado, inovação, desenvolvimento, direitos sociais, incluindo as pessoas no centro das decisões, valorizando a dimensão dessas já citadas agendas sociais somada a agenda 2030 das Nações Unidas (ONU, 2015).

Razão desse conteúdo, e para alcançar condição de um Estado desenvolvido que cubra a dimensão dessas agendas sociais, econômica e ambiental, de modo sustentável, respeitando seus cidadãos e a consolidação do próprio processo democrático no mais amplo sentido do termo, faz se necessário que os atores envolvidos se proponham a contribuir individual ou coletivamente, não só pela absorção e disseminação da matriz teórica que assegura o registro das lutas pela consolidação dos direitos fundamentais, mas, pelas ações que decorrem desses combates para sua materialização

prática que impactem, de fato, na vida e no cotidiano das pessoas. Tal aspiração de mudança, nos faz acreditar que esse processo seja inovador suficiente para se desdobrar em outros processos de inovação que desconstroem paradigmas percebidos ao longo da história da administração (elementos de sua cultura), para dar lugar a novas experiências.

2.3.1 Desafios culturais das organizações públicas

Embora a proposta de Reforma do Estado Brasileiro (1995), com fins de sua reestruturação, redefinição do seu papel e forma de atuação tenha colhido alguns êxitos práticos, quais sejam: a redefinição da capacidade de gestão do Estado; a implantação e formulação de políticas públicas; a melhoria no desenvolvimento econômico; o aumento da eficiência da máquina; a revisão de dispositivos garantidos na CF/1988, com especial atenção, alguns princípios e normas que regem a administração pública e o regime jurídico dos servidores, ao longo dos tempos, tais avanços se mostraram tímidos restando demonstrada a capacidade de oferecer resistência à inovação, muito em razão da cultura e organização.

Em que pese a estrutura e operação da Administração Pública estar definida no arcabouço normo-jurídico constitucional e infraconstitucional, a reprodução de práticas antigas ligadas aspectos da cultura se mostram, ao longo do tempo, indissociáveis da “vida” dessas estruturas públicas, refletindo de forma significativa, em muitas oportunidades, em atraso nos processos de inovação, com pouquíssimas melhorias nesses ambientes.

Neste mesmo sentido, corrobora em favor da inovação de práticas (FERREIRA et al., 2005), quando sustenta que: “Rupturas são necessárias às práticas de gestão, quando implementadas, tornam as organizações mais eficientes, eficazes e efetivas”.

Logo, se pensarmos que os objetivos tratados anteriormente no contexto das reformas foram idealizados para o bem-estar social mediante consolidação das políticas públicas em favor da nossa sociedade, faz sentido admitir como necessária a “reforma cultural”, significa dizer, que “inovar nos limites da Administração Pública é encontrar caminhos que oportunizem avançar sobre os traços dessa Administração, não dissociadas dos seus elementos de cultura organizacional”.

Antes, porém, de identificar alguns desses antigos exemplos de elementos de cultura da Administração Pública nacional, faz-se necessário trazer os conceitos tanto de cultura quanto de organização observado a justa acomodação desses conceitos no contexto da nossa discussão. Portanto, segundo Bergue: “A cultura de uma

organização pode ser sinteticamente definida como o conjunto de hábitos, crenças, valores e símbolos que a particularizam frente às demais” (BERGUE, 2014, p. 18).

E, por organização,

[...] entende-se como um componente do sistema de relações de um campo específico, formado por atividades padronizadas e articuladas, que expressam normas e regras sociais. Constitui, pois, uma arena social e, como tal, está impregnada pelo ambiente (GRANOVETTER, 1985), concebido em termos técnicos e institucionais como setor social, dele retirando e a ele transmitindo, em interação recíproca, normas e padrões de comportamento que constituem modos adequados de ação. (MACHADO-DA-SILVA, 2004, p. 253)

Tamanho e o alcance desses conceitos, Bergue (2014, p. 7-87), destacam-se alguns importantes elementos dessa cultura vinculada à Administração Pública enquanto organização, pelas quais é possível compreender um pouco do desafio que se impõe para implementação de mudanças, como, por exemplo, a inovação de processos de trabalho, dentre os quais: paternalismo; formalismo; patrimonialismo; burocracia; o “jeitinho”; falta de transparência; reduzida participação social, prioridade para relações pessoais/grupos em detrimento do interesse público; baixa suscetibilidade do ambiente a turbulências; constância no ritmo e dinâmica de trabalho; reduzido grau de insegurança em termos de manutenção do vínculo laboral (estabilidade); a valorização seletiva dos padrões formais; o corporativismo; e a condescendência.

Isto posto, o resultado da sobrevivência das organizações públicas, se dá, em muito, pela sua natureza como órgão/aparelho do Estado, outra, pela grande parte de seus atores “servidores públicos”, que a despeito dos elementos de sua cultura, buscam alcançar os objetivos propostos por suas organizações. Não sem razão, (BERGUE, 2014) nos traz a esperança ao afirmar que:

Elementos da cultura podem, em diferentes níveis de intensidade, ser transformados segundo os desígnios da organização. Contudo, a transformação dos elementos culturais pressupõe ações orientadas para o reforço de traços identificados como capazes de potencializar o alcance dos objetivos institucionais, por exemplo, os esforços de institucionalização da denominada “cultura” do planejamento, na mesma intensidade com que as ações de gestão devem buscar neutralizar componentes culturais que retardam ou limitam o processo de desenvolvimento organizacional. (BERGUE, 2014, p. 21)

Com efeito prático, ao longo da história mais recente do Brasil, inúmeras foram as ações com objetivo de transformar esse *status quo* de nocividade dos elementos de cultura tão presentes no “DNA” da Administração Pública em oportunidades para o cumprimento das suas missões organizacionais. Tais ações de caráter transformador, podem se constituir em terreno fértil para nascimento e desenvolvimento de inovações com impacto político e social relevantes para sociedade.

Uma das estratégias julgadas possíveis, é que se proponha inovação pela via da norma, de procedimentos, de processos, de práticas, nunca propostas de forma radical ou verticalizada, mas, pela via do convencimento, justamente porque esse tipo de modelo relacional (social) tem se mostrado capaz de agregar maior valor para organização.

Na esteira desse entendimento, essa pesquisa procurou estabelecer conexão com o cotidiano profissional do pesquisador, que possibilitou cobrir não só o aspecto teórico, mas, que resultasse em algo, de fato, tangível e de interesse social. Para além disso, contribuiu para reorientação da cultura organizacional que decorre dos aspectos positivos observados pelos participantes direta ou indiretamente envolvidos com a pesquisa, qual seja, a redução dos gastos pós implementação do processo de inovação, com conseqüente aumento da capacidade do estado em assistir mais usuários, com mesmo recurso, tornando mais efetiva a política pública.

Não obstante essa abordagem e a despeito de todas as condições e características que estão dadas na cultura da Administração Pública, essa pesquisa busca propor inovação de processos de trabalho nos limites da administração pública, na perspectiva da sustentabilidade, acreditando que esse tipo de inovação, nasce, se desenvolve, e se sustenta por pessoas e para pessoas a partir de suas ideias e concepções de mundo que carregam, sem, contudo, se descolar da atenção e do cuidado com o meio ambiente em que vivemos, essa foi a proposta.

2.3.2 Um modelo de inovação possível de se implementar nos limites da Administração Pública de Saúde

Embora a prioridade do ponto de vista conceitual a inovação tecnológica seja traduzida pela produção e desenvolvimento de produtos tanto pela iniciativa privada quanto pelo poder público, no setor saúde, essa política inovação tecnológica vem sendo protagonizada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), órgão vinculado ao Ministério da Saúde com tendência fortemente induzida para incorporação tecnológica orientada para inclusão de novos medicamentos, equipamentos de alta densidade destinados a cobrir geralmente demanda de suporte a vida, laboratoriais, de imagem, diagnósticos cujo investimento se mostra cada vez mais um fator limitante suscitando questionamentos sobre quais sejam os limites da incorporação tecnológica aceitável no Brasil (IPEA, 2019).

Fato, a implementação de cultura de inovação destinada a melhoria dos processos tem criado oportunidades para a gestão das Organizações Públicas produzirem

melhorias significativas sem a necessidade de altos investimentos, na grande maioria das vezes se dedicando a eliminação de processos burocráticos, etapas administrativas inadequadas, readequação normativa/interna, ajustes técnicos nos modos de fazer aquilo que já se faz de longa data, porém, em formato que não atende aos princípios norteadores do sistema de saúde e da Administração.

Nesse caso concreto, os serviços de saúde colocados à disposição do cidadão, em todo o seu fio condutor, são orientados por uma “linha de produção” constituída por dois tipos jurídicos denominados de atividade meio e atividade fim, ou seja, a primeira vai cuidar das demandas relativas a gestão e execução dos processos administrativos e de apoio às operações ligadas à assistência, enquanto a segunda, destina-se a cuidar da atividade assistencial ligada diretamente ao paciente, ou seja, segundo a professora Ana Maria Malik (2023), quando a atividade meio se ocupa daquilo que deve ser feito, o resultado não traz prejuízo algum ao processo assistencial ligado diretamente ao paciente.

A velocidade com que se prioriza a incorporação de novos produtos, se pensada no âmbito do SUS, pode parecer tão relevante quanto a inexistência de atenção dispensada ao conhecimento sobre inovação de processo de trabalho, que decorrem da reorientação no modo de fazer; inovação de práticas administrativas; eliminação de etapas burocráticas que não agregam valor; da atualização normativa interna/obsoleta; entre outros, que compõem uma estratégia, de igual modo, inovadora tecnologicamente com foco na efetiva melhoria da qualidade dos serviços.

Razão disso, o espaço de produção posterior a pesquisa, desenvolvimento e incorporação de novos produtos, sugere ser ocupado por processos que promovam respostas qualitativas e possibilitem o aperfeiçoamento das suas ações e serviços.

Neste sentido, a pesquisa propõe algumas reorientações/reformulações que incidem sobre a atividade meio pela figura da cadeia de suprimento farmacêutico, envolvidas as operações de planejamento aquisitivo, recebimento, armazenamento e controle, distribuição/dispensação de medicamentos para rede de hospitais próprios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com objetivo inicial de redução dos gastos públicos destinado a cobrir terapêutica assistencial farmacêutica para os pacientes internados e/ou observados na rede de hospitais públicos estaduais.

Para tanto, esse estudo buscou ancorar seu referencial em produções que guardassem relação com conceitos e experiências práticas de abordagens dos temas de

inovação especificamente voltados para os limites da administração pública em saúde, pelos quais se constatassem a evidência de possíveis contribuições, prioritariamente: para ampliação do acesso a medicamentos em favor dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); para a Administração Pública em Saúde, implementando práticas que assegurem resultados qualitativos; para com o princípio da integralidade; para mudança de elementos de cultura, com especial atenção o “burocrático” que insiste em permanecer nos ambientes de organizações públicas, e enfim; para a própria gestão do sistema de saúde.

Preliminarmente, embora haja convergência de que o conceito de inovação esteja ligado aos temas competitividade, mercado, mudança, produtividade, entre outros, a aplicação multiconceitual do tema *inovação* tem exigido dos seus estudiosos pouco mais especificidade sobre quais campos dos saberes e/ou ramo de atividade ou, ainda, setores e segmentos estão acomodados dentro do conceito que se pretende abordar.

Nesse contexto, e após realização de pesquisa conceitual que melhor se aproximasse dessa proposta, foi possível identificar a inovação de processo como melhor opção de conceito de inovação aplicado à essa realidade. Justificada a escolha, ela demonstrou acomodar a ideia de “melhoria de processo já existente”, sob perspectiva de “melhorar o jeito de se fazer” como prescrito no Manual de Oslo (2007, p. 20), que assim conceituou inovação de processos:

Inovação de processo é a adoção de métodos de produção novos ou significativamente melhorados, incluindo métodos de entrega dos produtos. Tais métodos podem envolver mudanças no equipamento ou na organização da produção, ou uma combinação dessas mudanças, e podem derivar do uso de novo conhecimento. Os métodos podem ter por objetivo produzir ou entregar produtos tecnologicamente novos ou aprimorados, que não possam ser produzidos ou entregues com os métodos convencionais de produção, ou pretender aumentar a produção ou eficiência na entrega de produtos existentes. (OSLO, 2007, p. 20)

Na esteira da aplicação do conceito de inovação de processos, o processo de aquisição de um elenco de 46 itens medicamentosos se dava de forma descentralizada, ou seja, as Unidades adquiriam regularmente os itens entre duas e três vezes ao ano, optando pela discricionariedade do agente público ordenador da despesa (diretor da Unidade Hospitalar) que pode, legalmente, adquirir esses itens de forma individual para suprimento daquela unidade hospitalar. Ocorre que a partir do aprimoramento do método, a aquisição de forma descentralizada (método convencional) dá lugar a aquisição de forma centralizada (método inovado), permitindo uma entrega

com alto valor agregado ao produto, conferindo, portanto, maior eficiência que decorra inovação do processo de trabalho possível pela mudança da organização. Para OCDE (2006), no contexto da organização, inovação significa: “A implementação de um novo método organizacional nas práticas de negócios da empresa, na organização do seu local de trabalho, ou em suas relações externas”. (OCDE, 2006, p. 23). Segundo Hamel (2006), inovação significa: “Um afastamento acentuado dos princípios, processos e práticas de gestão tradicionais ou um afastamento das formas organizacionais habituais que altera significativamente a forma como o trabalho de gestão é realizado”. (HAMEL, 2006)

A partir desses conceitos, sugere-se que esse estudo propicie compatibilidade com os alcances conceituais e apresentem-se viáveis de serem implementados na prática cotidiana da atividade-meio, de apoio às operações ligadas diretamente à prestação de assistência ao usuário, cujo produto (experiência de uma amostra diminuta), poderá ser ampliada haja vista a oportunidade de se perseguir outros milhares de itens adquiridos pela máquina pública estatal do governo do estado de São Paulo.

2.3.3 Rede de Atenção à Saúde-RAS, uma proposta de adequação à Rede de Atenção Hospitalar

Propostas originalmente com intuito de gestar políticas públicas, nesse caso, política pública de saúde, onde os recursos se mostram escassos frente a problemas complexos (FLEURY; OUVÉRY, 2007), conceitualmente, a RAS é definida como: “Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (Ministério da Saúde, 2010, p. 82)

Embora o conceito e forma de se fazer à luz do modelo de RASs não seja tão recente, a literatura dá conta de identificar a implantação desse modelo já no relatório Dawson, de 1920 (DAWSON, 1964), conceitual e efetivamente incorporadas às discussões em meados de 1990 nos EUA, Europa Ocidental e Canadá somente se estabelece no Brasil que, de fato, se envolveu com o tema estabelecendo marco legal inicial, alguns conceitos, modelo e diretrizes nos anos 2000 (MENDES, 2009).

Constituída por três elementos, à saber: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde, o foco das discussões tem sido centrado em temas bastante complexos afetos ao desenvolvimento e consolidação do próprio modelo de RASs estabelecido, essencial e fundamentalmente pela dimensão dos temas da

integração, compartilhamento das informações, reorganização, fragmentação dos serviços, entre outros. Espera-se, portanto, que esse processo de estruturação das RASs em nosso país, alcem êxito tal como as experiências de países desenvolvidos já demonstraram, inclusive, comprovados os seus resultados positivos, razão pela qual, reforça estar- mos no caminho certo (MENDES, E. V, 2019).

Em relação aos aspectos positivos que decorrem da estruturação de RASs, segundo Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS (2011), são apontados vários aspectos pelos quais valem destaque, quais sejam:

Redução da fragmentação da atenção; melhora da eficiência global do sistema; a não multiplicação de infraestrutura e serviços; resposta melhor às necessidades e às expectativas das pessoas; melhora do custo efetividade dos serviços de saúde; redução das hospitalizações desnecessárias; diminuição da utilização excessiva de serviços e exames; diminuição do tempo de permanência hospitalar; produção de economias de escala e de escopo; aumento da produtividade do sistema; melhora da qualidade da atenção; produção de uma oferta balanceada de atenção geral e especializada; facilitação da utilização dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas; aumento da satisfação dos usuários e do autocuidado. (OPAS, 2011, p. 50-85).

Orientado para essa busca, o presente estudo, sugere guardar alguma relação com alguns desses aspectos já identificados pela OPAS, ligados especificamente aos temas da integralidade, do acesso, do custo efetividade do serviço, da produção de economias de escala, do aumento da produtividade, e da melhora da qualidade de atenção prestada.

Embora a proposta desse estudo se valha de uma “Rede de Atenção Hospitalar”, cuja ideia estrutural figure diretamente daquelas já formalizadas pelo órgão regulador – O Ministério da Saúde, a experiência de tratar das questões conceitualmente afetas as RASs, neste caso, busca harmonizar seus conceitos e definições à vida prática institucional respaldada pela intimidade do pesquisador com temas e seus desafios, ambos bem conhecidos dos operadores do nosso Sistema Único de Saúde.

Para tanto, e a partir dos elementos de constituição original de uma RAS (população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde), esses elementos são facilmente identificados pela população residente nos limites do nosso estado de São Paulo (usuárias do SUS), referenciadas pela estrutura operacional hospitalar estabelecida por um conjunto de hospitais próprios do estado, distribuídos entre os perfis de hospitais gerais e especializados constituídos por uma rede de atenção onde parte significativa desses equipamentos médicos assistenciais, principalmente os hospitais denominados de “porta aberta”, costumam acolher nos seus serviços de

observaçãoe/ou internação, pacientes oriundos de uma cultura hospitalocêntrica, ou seja, que preterem as Unidades com perfis de atenção básica (Unidade Básica de Saúde), para escolher acessar, os equipamentos de Urgência e Emergência/Especializados, esco-lha essa, entendida como hegemônica médico centrada, e procedimento centrada, cuja prática deve ser superada pelos riscos, prejuízos e custos impostos ao sistema eaos pacientes (CNS, 2023).

A fim de tornar didática a compreensão de toda esse desempenho constitutivo, o estudo procurou tratá-la no contexto de um sistema integrado a uma Rede de Atenção à Saúde, a “rede hospitalar estadual”, subordinada a Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), órgão da Administração direta estadual, quem tem a atribuição de coordenar, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde/SP, ações e serviços de saúde executadas pelos hospitais e ambulatórios de especialidades próprios integrantes de sua estrutura, sendo também a instância responsável por acompanhar a execução financeira e orçamentária dos hospitais e de outras unidades de saúde sob gestão estadual, orientando, avaliando seus desempenhos, o impacto e o resultado dos serviços de saúde prestados SES/SP (2023).

Essa Rede de Atenção Hospitalar é constituída de 44 Unidades de Assistência à Saúde, dos quais: 16 deles são Hospitais Gerais; 12 Hospitais Especializados; 9 destinado a assistência específica de Saúde Mental; 6 Ambulatórios com formato de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); e, por último, 1 Grupo de Resgate e Atenção as Urgências e Emergências (GRAU).

Com intuito de destacar a relevância dessa Rede para a sociedade, aqui serão descritas algumas das características mais importantes envolvidas as questões orçamentárias, de força de trabalho, e de produção, com fins de contribuir para entendimento da dimensão dessa Unidade de Despesa Estadual, e missão atribuída.

Quadro 1: Orçamentário SES-SP/CSS

2022	ORÇAMENTO EXECUTADO	3.350.072.453,87	%
	Custeio	1.393.047.380,77	41,58%
	Pessoal	1.931.615.040,26	57,66%
	Investimento	25.410.032,84	0,76%
2023	ORÇAMENTO LOA	3.334.911.960,00	%
	Custeio	1.254.790.132,00	37,63%
	Pessoal	2.050.400.235,00	61,48%
	Investimento	29.721.593,00	0,89%

Fonte: SES-SP/CSS/Núcleo de Informação Hospitalar (2023)

Quanto a força de trabalho a Coordenadoria de Serviços de Saúde-CSS conta com **26.923** servidores ativos, dos quais 26.830 encontram-se distribuídos por entre as Unidades e 93 lotados na sede administrativa da Coordenação.

Em relação aos cargos e funções ligados a prestação de assistência ao usuário SUS, a CSS dispõe da seguinte estrutura:

- Médico: 5.048 (18,74%)
- Enfermeiro: 2.339 (8,69%)
- Técnico de enfermagem: 2.749 (10,21%)
- Auxiliar de enfermagem: 6.372 (23,67%)

Já em relação a produção assistencial, a CSS alcançou os seguintes números distribuídos por entre produção cirúrgica, de apoio diagnóstico (exames), consultas ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência.

Quadro 2: Produção assistencial SES-SP/CSS

ANO	INTERNAÇÕES/ SAÍDAS	CIRURGIAS	PARTOS	CONSULTAS MÉ- DICAS AMBULA- TORIAIS	ATENDIMENTO DE PRONTO SOCORRO	EXAMES
2019 (jan-nov)	172.244	116.921	27.465	1.573.148	1.810.507	14.323.250
2022 (jan-nov)	139.995	91.810	22.146	1.116.707	1.328.432	12.755.761

Fonte: SES-SP/CSS/Núcleo de Informação Hospitalar (2023)

Conhecidas as principais características da estrutura dessa Rede, outra Rede se desdobra no interior dessa original, denominada de Rede de Assistência Farmacêutica, distribuída e instalada em cada uma dessas Unidades hospitalares, agora, com fins de assistir diretamente ao paciente internado e/ou observado mediante prescrição terapêutica medicamentosa, cuja padronização dos itens regularmente adquiridos para suprimento da grande maioria delas, encontra-se afixada em um elenco entre 200 à 450 itens medicamentosos de acordo com o perfil de assistência da Unidade de saúde (geral, especializada, ou ambulatorial) das quais apresentam consumo regular e frequente, servindo como terapia de recuperação desse paciente, nas diversas linhas de cuidado e complexidade de atenção.

Observado o contexto dessa Rede, os medicamentos são adquiridos de forma descentralizada, ou seja, cada Unidade hospitalar, instrui seus respectivos processos

de compras de medicamentos, isoladamente, cumprindo rito licitatório regulamentado por lei, ocupando-se de gestar os processos envolvidos em parte desta cadeia de suprimento compreendida as operações de planejamento aquisitivo, recebimento, armazenamento e controle, distribuição/dispensação desse elenco de medicamentos.

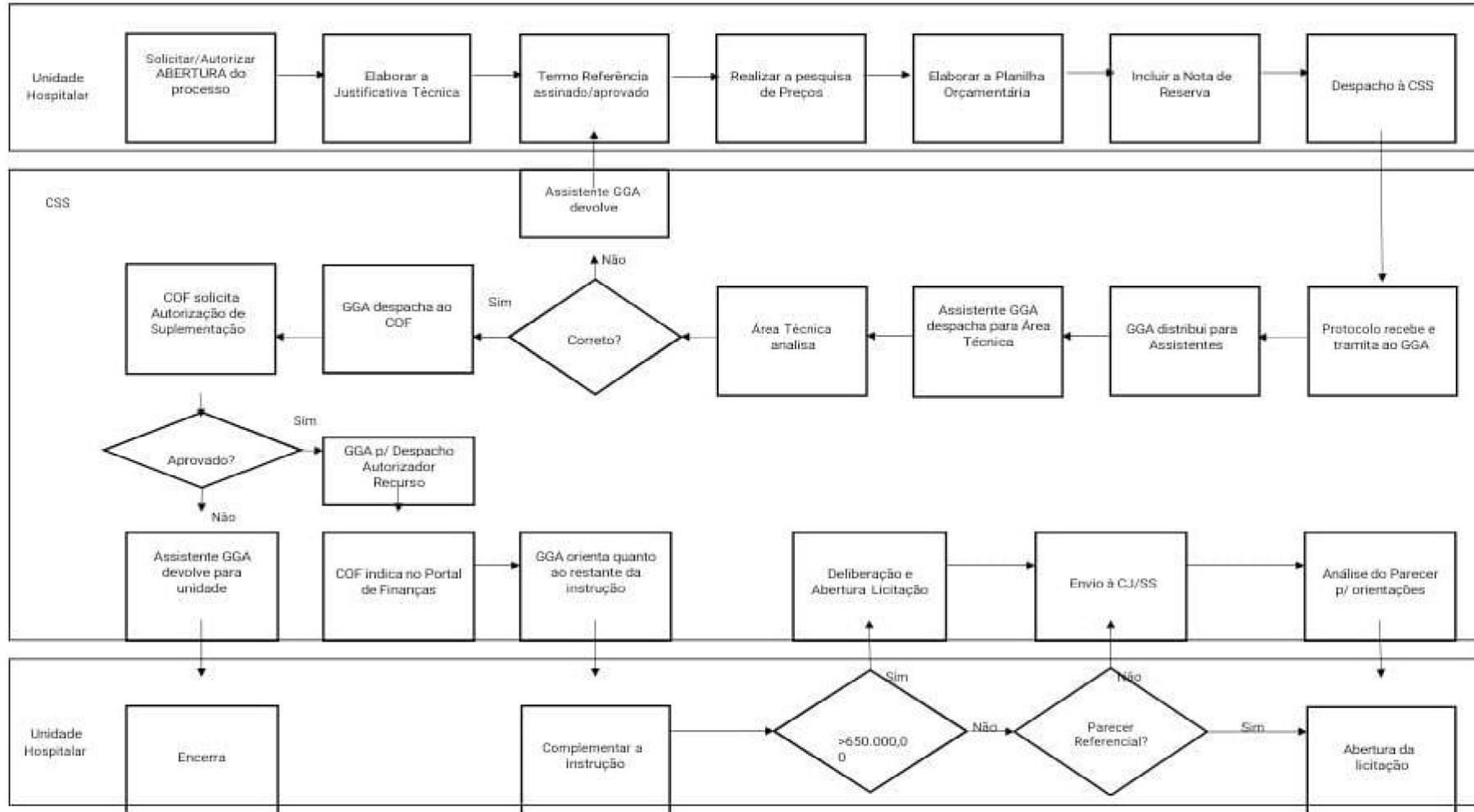
Ocorre que tanto o relatório de fases processuais de aquisição (quadro 3), quanto o fluxo processual de aquisição (quadro 4) indicam período destinado a gestãodessas operações, que, em média, são consumidos administrativamente 144 (cento e quarenta e quatro) dias destinados somente a instrução processual aquisitiva envolvida, nela estão envolvidos o cumprimento de prazos legais (estabelecidos em regulamentopróprio), seguido por outra característica não menos relevante, qual seja, de que os valores dispendidos para adquirir os medicamentos em pequena escala (por cada Unidade hospitalar), o mercado impõe a máquina pública custos decorrentes da logística envolvida para atendimento único, muitas vezes, declinando de suas entregas porentender não se mostrar mais razoável de ser efetivada, haja visto os custos versus lucro.

Quadro 3: Fases processuais para aquisição de itens hospitalares – prazos – Modalidade: Pregão eletrônico

FASE INTERNA - INSTRUÇÃO PROCESSUAL	Memo solicitação / Abertura de processo	ÁREA SOLICITANTE	2	38 DIAS
	Justificativa Técnica	ÁREA TÉCNICA	3	
	Termo de Referência	ÁREA TÉCNICA	5	
	Consulta CatMat e PreçosSP	N.COMPRAS	1	
	Pesquisa de Preços	N.COMPRAS	10	
	Planilha Orçamentária	N.COMPRAS	2	
	Indicação Recursos	FINANÇAS	7	
	Parecer Referencial+Declaração Atendimento	N.COMPRAS	2	
	Autorização/Deliberação	AUTORIDADE	4	
	Minuta Edital e Contrato	N.COMPRAS	2	
FASE EXTERNA - LICITAÇÃO	Publicação em DOE/Jornal	N.COMPRAS	1	44 DIAS
	Agendamento BEC	PREGOEIRO	8	
	Etapa de Lances / Negociação	PREGOEIRO	1	
	Aceitabilidade / Proposta	PREGOEIRO	2	
	Habilitação	PREGOEIRO	2	
	Recursos - Memoriais/Contrarrrazões	LICITANTES	6	
	Decisão Recurso	PREGOEIRO	2	
	Reserva de Recursos Orçamentários	FINANÇAS	7	
	Homologação	AUTORIDADE	2	
	Publicação da Homologação	N.COMPRAS	1	
	Emissão da Nota de Empenho	FINANÇAS	2	
	Assinatura do Contrato	EMPRESA	10	
EXECUÇÃO	Entrega dos bens	EMPRESA	15	30 DIAS
	Recebimento Provisório	ÁREA SOLICITANTE	5	
	Substituição ou Complementação dos bens	EMPRESA	5	
	Recebimento Definitivo	ÁREA SOLICITANTE	5	
PAGAMENTO	Nota Fiscal + Recibo + Cadin Estadual	FINANÇAS	30	30 DIAS
	NL + PD + OB	FINANÇAS		

Fonte: SES-SP/CSS/Grupo de Gerenciamento Administrativo - GGA (2023)

Quadro 4: Fluxo processual para aquisição de itens hospitalares
 Fluxograma processual de aquisição de itens hospitalares - Modalidade Pregão Eletrônico



Fonte: SES-SP/CSS/Grupo de Gerenciamento Administrativo - GGA (2023)

Ainda, procurando atender a uma das necessidades estabelecidas para o bom funcionamento de uma RAS, essa diz respeito ao sistema de informação e comunicação disponível.

No caso dessas Unidades (44 no total), 27 delas se utilizam de um sistema de informação denominado de S4SP, licenciado para Secretaria de Estado da Saúde pela empresa de processamento de dados do estado de SP (PRODESP), cuja aplicabilidade, objetivo do sistema, e satisfação em relação a solução quer seja por parte dos responsáveis pela gestão das Unidades, ou pelos operadores do sistema no dia a dia, ao longo de mais de uma década, na opinião desses gestores/operadores, não cumprem o papel destinado a integrar, aproximar, e elevar as condições de informação e comunicação entre essas Unidades assistenciais, antes, a manutenção da prestação desse serviço, contribui em muito para falta de efetividade, eficiência, transparência, acumulando enormes prejuízos ao sistema que depende dos registros eletrônicos da produção em saúde desses hospitais

Na esteira dessa discussão de trabalho em Rede que aquela diminuta amostra de medicamentos fora selecionada durante o exercício de 2019, com proposta de reorientação do processo de aquisição de medicamentos para essa Rede de Atenção à Saúde Hospitalar, de forma efetiva, monitorada, uma vez que para aquela amostra originalmente selecionada, os resultados indicavam possibilidade de contribuição para a Administração Pública Estadual, neste caso a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, alcançando, de fato, alguns dos aspectos positivos preditos na ementa da RASs acima descritos, tais como: Melhoria de aspectos ligados ao princípio da integralidade da atenção à saúde, melhoria das condições do acesso a medicamentos, redução dos custos dispendidos pela administração incompatíveis com o processo inovado, aumento da efetividade do serviço, aumento da produção assistencial à medida que compro melhor, compro mais, conseqüentemente tenho mais em volume e variedade a disposição do usuário, que terá suas necessidades integralmente atendidas, culminando com a melhoria da qualidade de atenção prestada com satisfação do usuário.

2.3.4 Cidades inteligentes e sustentáveis

Recém-lançada pelo Ministério de Desenvolvimento Regional (MDR) em dezembro de 2020, a carta aberta para cidades inteligentes (*smart city*), buscou formular um conceito nacional que pudesse cobrir a inexistência conceitual do tema cidades inteligentes, bem como propusesse uma estratégia de caráter nacional como instrumento

de desenvolvimento econômico com vistas a redução das desigualdades, melhoria das condições de vida das pessoas e das cidades, e, em última análise, ser reconhecida como documento de referência para uma agenda brasileira, iniciada pela transformação digital dos espaços públicos e privados territorial e geograficamente, pelos quais poderiam se desenvolver de modo interconectados no contexto das cidades (MDR, 2020).

A partir dessa proposta de transformação digital, fora sugerida como oportunidade para os países do Brasil e Alemanha implementar um projeto urbano muito mais sustentável e inclusivo se utilizando de estratégias e iniciativas que permitissem às cidades elevar para o centro dos debates, os seus cidadãos que oferecessem a partir dos objetivos propostos, condições de redução dos impactos climáticos, e reduzissem as desigualdades sociais nesses espaços.

Foi nesse contexto que a Carta Brasileira para as Cidades Inteligentes, a fim de congruar as principais características achadas ausentes nos conceitos utilizados na literatura internacional e/ou nacional, definiu o conceito brasileiro de cidades inteligentes valendo-se do seguinte conteúdo.

São cidades comprometidas com o desenvolvimento urbano e a transformação digital sustentáveis, em seus aspectos econômico, ambiental e sociocultural, que atuam de forma planejada, inovadora, inclusiva e em rede, promovem o letramento digital, a governança e a gestão colaborativas e utilizam tecnologias para solucionar problemas concretos, criar oportunidades, oferecer serviços com eficiência, reduzir desigualdades, aumentar a resiliência e melhorar a qualidade de vida de todas as pessoas, garantindo o uso seguro e responsável de dados e das tecnologias da informação e comunicação. (MDR, 2020, p. 28)

Consensado sobre quais sejam as características de uma cidade inteligente segundo previsão conceitual na Carta Brasileira para Cidades Inteligentes, algumas delas, demonstraram convergência direta com os objetivos dessa pesquisa à medida que os temas nela discutidos, guardam relação com aqueles previstos tanto da Carta, quanto nos específicos ODSs. Exemplo disso, um dos temas tratados com destaque nessa pesquisa, e estabelecido no ODS de número 3, busca cuidar exatamente de Garantir o acesso a saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades; seguido dos subobjetivos 3.8. e 3.b. relativos ao acesso à saúde universal, entre eles, o acesso a medicamentos seguros e de baixo custo; enquanto que o outro tema, de igual modo previsto no ODS de número 9, busca tratar da Indústria, inovação e infraestrutura: que propõe a construção de infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação como objetivo principal;

seguido do subobjetivo 9.b. relativo ao apoio ao desenvolvimento tecnológico, a pesquisa e inovação nacionais nos países em desenvolvimento, inclusive, criando ambientes políticos propício para esse desenvolvimento (ONU, 2015).

Pressuposto que os temas mais especificamente tratados na pesquisa estão igualmente comprometidos com o desenvolvimento de um Estado-nação orientado para o cuidado das pessoas e de suas agendas sociais progressistas mais amplamente com: A qualidade de vida, bem-estar, democratização, desigualdade, participação social, setor público, eficiência, economia, políticas públicas, Estado, inovação, desenvolvimento, direitos sociais, entre outros.

Em relação ao discurso que envolve os eixos temáticos de CIS e dos ODSs, o estudo procurou refletir sobre as características dos efeitos da organização, planejamento, e execução da política pública de saúde, circunscrita à governança de uma Rede de Atenção Hospitalar, a partir da inovação do processo de compras públicas de medicamentos que expõe desafios e oportunidades de se avançar sobre questões afetas a logística, territorialidade espacial urbana das cidades, tecnologia de informação e comunicação (TICs), com efeito prático, que pudessem impactar qualitativamente nos moldes que fora proposto, fazendo com que os usuários do sistema público de saúde fossem os principais beneficiários desses ganhos.

Veja que em recente publicação (ONU, 2020), por meio do Relatório World Cities Report, aquele órgão de representação mundial, destacou no contexto das cidades, algumas das características alinhadas ao conceito de CIS, capazes de contribuir para reflexão.

As cidades bem planejadas, administradas e financiadas, podem criar benefícios econômicos, sociais, ambientais e de governança, e que deve haver outros avanços não quantificáveis ainda, mas que melhorarão as vidas das pessoas, reduzindo as mudanças climáticas, a pobreza, a desigualdade e o desemprego mundiais World Cities Report-ONU, 2020. Disponível em: <https://unhabitat.org/world-cities-report-2020-the-value-of-sustainable-urbanization> Acesso em 10/12/ 2023.

Em que pese o volume e a complexidade dos temas relacionados com a proposta conceitual de cidades inteligentes, de fato, a transformação digital dos espaços públicos tem se constituído em um dos maiores desafios para inclusão tanto das Unidades/instalações públicas, quanto dos operadores desses espaços (trabalhadores públicos) e, em última análise, os destinatários das informações e beneficiários que

dela decorrem, exatamente pela ausência de um processo digital planejado e executado de acordo com as necessidades desses espaços de produção social, agravados pelo afastamento basilar do conceito de Rede.

Caso concreto, hoje, a denominada Rede de Atenção Hospitalar, é constituída de 44 Unidades Assistenciais cuja única ferramenta digital que os aproxima estão representados pelos sites oficiais geridos pelo Estado (nível central), pelos quais funcionam de forma macro (a nível de todo Estado), genericamente como repositório de dados e informações do componente saúde para o qual foi instituído, prestando-se a ferramenta de consulta coletiva dos seus operadores.

Razão disso, os desafios que se impõe para transformação digital desse espaço público, sem dúvidas, tem origem já na ausência de mecanismos de integração próprios, específicos, e condizentes com o exercício de atividade assistencial respeitadas as especificidades geográficas do entorno de cada uma dessas Unidades, dificultando, portanto, o desenvolvimento do próprio conceito de ambiente de Tecnologia de Informação e Comunicação (TICs), que através da interação entre as pessoas e instituições, busca: integrar, facilitar, compartilhar, e promover o desenvolvimento qualitativo das produções institucionais para os quais foram criadas.

Outra ausência percebida no contexto desse desafio de transformar digitalmente aquele espaço público de produção em saúde hospitalar, diz respeito a infraestrutura e conectividade das Unidades assistenciais tanto para comunicação entre si quanto com as instâncias superiores de alta gestão. Apesar da quantidade de intervenções com propósito de corrigir a manutenção desses espaços tecnologicamente incipientes, a mais frequente delas, de longa data, vem sendo defendida em favor dos altos investimentos dispendidos pelo Estado, principalmente, em favor da “infraestrutura de rede” representada pela renovação do parque tecnológico, disposição numérica de equipamentos (aumento), melhoria da conectividade dessas Unidades assistenciais, seguido da oferta de recursos humanos especializados nessa área.

Preliminarmente e a partir do conhecimento que se tem da infraestrutura atual, antes mesmo da alocação de recursos superior à dispendida atualmente, sugere-se a realização de estudo específico com fins de compatibilizar os investimentos atuais (recursos previstos no orçamento destinados a cobrir especificamente a área de T.I.) com as reais necessidades desses hospitais observados os conceitos da TICs. Tal proposta indica ter alguma efetividade pelo fato de que hoje, embora dispomos de

infraestrutura de equipamentos de rede/geral, em número insuficiente, obsoletos, desprovidos de contratos de manutenção preventiva e corretiva, de fato, há cobertura contratual prevista/vigente de solução especializada denominada de Sistema “S4SP” (licenciado especificamente para Unidades da Secretaria de Estado da Saúde), que envolve suporte técnico remoto, e de pessoal presencial contratualizado para cobertura de 61,36% das Unidades (27/44), cujo prestador, a Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo (PRODESP), vem prestando o serviço para qual fora contratada sob fortes críticas da comunidade usuária dessa solução (trabalhadores, gestores) que atestam pela baixa qualidade dos serviços prestados, falta de efetividade, eficiência, baixa transparência, acumulando enormes prejuízos ao sistema que depende dos registros eletrônicos da produção em saúde desses hospitais e para manutenção qualitativa dos serviços prestados aos usuários diretamente.

Quadro 5: Rede de Tecnologia de Informação e Comunicação -TIC

UGE	Nome	CNES	Nome do Sistema
90109	CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER	2078287	S4SP
90118	HOSP GERAL PREFEITO MIGUEL MARTIN GUALDA DE PROMISSÃO	2790610	S4SP
90120	HOSP ESTADUAL DE MIRANDOPOLIS	2083019	S4SP
90121	HOSP REGIONAL DE ASSIS	2083094	S4SP
90122	HOSP ESTADUAL DE PRESIDENTE PRUDENTE	2750511	S4SP
90128	HOSP NESTOR GOULART REIS	2079194	Não possui
90129	HOSP SANTA TEREZA DE RIBEIRAO PRETO	2078031	SAVE — Gestão Hospitalar
90130	CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE SANTA RITA DO PASSA QUATRO	2091275	Não possui
90141	HOSP GUILHERME ÁLVARO	2079720	Winhosp.Net
90145	CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE PROF. CANTÍDIO DE MOURA CAMPOS	2090309	S4SP

90146	CENTRO DE REABILITAÇÃO DE CASA BRANCA	2749033	Não possui
90147	CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAUDE CLEMENTE FERREIRA - LINS	2081725	Não possui
90149	CENTRO DE SAÚDE1 PINHEIROS	2068966	S4SP
90149	NGA63 VARZEA DO CARMO	2068974	S4SP
90154	HOSP GERAL DR ALVARO SIMOES DE SOUZA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA	2688573	S4SP
90155	HOSP GERAL DE TAIPAS KATIA DE SOUZA RODRIGUES	2082225	Winhosp.Net
90156	HOSP GERAL DE VILA PENTEADO DR JOSE PANGELLA	2091755	S4SP
90157	HOSP REGIONAL SUL	2091313	Winhosp.Net
90158	HOSP GERAL DE GUAIANASES JESUS TEIXEIRA DA COSTA	2079240	S4SP
90159	HOSP GERAL DE SAO MATEUS DR MANOEL BIFULCO	2077493	S4SP
90160	HOSP HELIOPOLIS	2066572	S4SP
90161	HOSP IPIRANGA	2077523	Winhosp.Net
9016	HOSP INFANTIL DARCY VARGAS	2071371	Infoclinic Gestão Hospitalar - Igh
90163	HOSP MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS	2077701	S4SP
90165	HOSP ESTADUALDE CAIEIRAS	7580770	S4SP
90165	COMPLEXO HOSP DO JUQUERY	7580770	S4SP
90166	HOSP DR OSIRIS FLORINDO COELHO DE FERRAZ DE VASCONCELOS	2080079	S4SP
90167	HOSP REGIONAL DE OSASCO VIVALDO SIMOES DE SOUSA	00080S2	S4SP
90168	HOSP MATERNIDADE INTERLAGOS	2065665	S4SP
90169	HOSP INFANTIL CANDIDO FONTOURA	2088517	S4SP
90170	CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAUDE MENTAL DR. DAVID CAPISTRANODA COSTA F°	2070766	Não possui
90171	COMPLEXO HOSP PADRE BENTO DE GUARULHOS	2079410	S4SP
90172	CONJUNTO HOSP DO MANDAQUI	2077574	Winhosp.Net
90173	CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAUDE MENTAL PHILIPPE PINEL	2077418	Não possui
90175	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DR ARNALDO PEZZUTI CAVALCANTI	208423	Winhosp.Net
90181	INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA	2088495	Sistema MV
90182	INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA	2790734	S4SP
90183	INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMILIO RIBAS	2028840	S4SP
90186	CENTRO PIONEIRO EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ARQUITETO JANUÁRIO JOSÉ EZEMLARI	3957292	Não possui
90187	INSTITUTO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA	2092344	S4SP
90188	CENTRO DE REFERÊNCIA DE ALCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS	2068915	S4SP
90190	INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA	2057220	S4SP
90200	GRUPO DE RESGATE E ATENÇÃO AS URGENCIAS	2688662	Não possui
90203	HOSP ESTADUAL ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DR.FRANCISCO RIBEIRO ARANTES	2080192	S4SP

Fonte: SES-SP/CSS/Núcleo de Informação Hospitalar (2023)

Ainda na esteira dessa discussão de transformação digital através da implementação de TICs que se almeja para o espaço público de assistência à saúde, agora e especificamente em relação as compras de medicamentos, constataria, sem dúvida, investimento absolutamente razoável e justificado, uma vez que a manutenção de uma rede de informação e comunicação entre as Unidades, permitiria, de forma efetiva, a troca de informações e conhecimento sobre as práticas de mercado e todos os “ajustes” que os processos aquisitivos impõem as equipes de compras.

Com efeito prático, observou-se ao longo desse estudo, que mesmo se valendo de um cenário de TICs carente de profunda atualização, organização e investimento por parte do governo do Estado, após a reunião das informações distribuídas por entre os diversos repositórios oficiais, seguida das ações de interação entre os atores: Unidades de Saúde; agentes públicos/operadores; nível central da Pasta (CSS/SES/SP); e o mercado, em última análise e a despeito do improvisado “trabalho em rede”, foram observados alguns ganhos que indicaram possibilidade de caminho para o alcance de uma série de objetivos atribuídos em favor da sociedade, previstos tanto no conceito do CIS quanto das ODSs, como: - Ampliação do acesso a medicamentos consumidos nos nossos hospitais estaduais, quando o valor pago se mostra substancialmente menos custoso (escala), adquirido de forma centralizada; - condição de bem estar da população usuária que tem o maior número de itens constantes da sua prescrição médica atendidos; - Incentivo a inovação nos limites da administração pública quando se tem à disposição uma ferramenta de trabalho efetiva e capaz de estabelecer ambiente propício para o desenvolvimento; - Colocar o cidadão como foco do resultado/maior beneficiário ativo desse processo; - Melhoria da governança do setor público sobre as compras públicas permitindo que sejam mais eficientes, transparentes e sustentáveis do ponto de vista orçamentário; - Diminuição da desigualdade a medida em que aumenta o acesso e integralidade da assistência prestada diretamente ao usuário; - Condições econômicas para o sistema de saúde a medida em que compra mais com mesmo recurso, portanto, compra mais e melhor. Nesse caso, quando os hospitais tentam adquirir individualmente, alguns dos medicamentos, em função do reduzido volume e conseqüentemente seu valor também reduzido, os custos dispendidos para operação de venda se

tornam inviáveis para as empresas vendedoras, ocasionando, com isso, a desistência dessas empresas no fornecimento, resultando em faltas desses itens para cobrir assistência direta ao paciente hospitalizado; - desperdícios com a aquisição de medicamentos de baixo custo e/ou sazonalmente consumidos, cujos consumos médios são elevados pelos hospitais adquirentes, como única estratégia de se conseguir comprá-los junto ao mercado, perfazendo situação de armazenamento desses itens por longos períodos; e - da possível contribuição com a consolidação do direito social à saúde, corroborados pelo cumprimento de outros princípios caros à Administração pública como os da eficiência e efetividade, traduzidos pela contribuição com a ampliação do acesso, e da integralidade da atenção (terapêutica medicamentosa).

Por fim, ainda a respeito desse contexto, importa dizer que a depender de comprovação por meio de estudo específico, valendo-se da experiência cotidiana do pesquisador, acredita-se que os recursos hoje assegurados em orçamento para manutenção das condições de uma infra que cubram os conceitos da TICs no âmbito das Unidades assistenciais da Pasta (CSS/SES/SP), são suficientes para correção das principais distorções produzidas nesse eixo da gestão, permitindo, alcançar, senão grande parte dos objetivos, aqueles ligados aos aspectos mais concretos da proposta de transformação digital do espaço público melhorando a infraestrutura e conectividade, permitindo com isso, a interação/integração dos espaços e dos seus agentes públicos em favor da inovação, planejamento, e efetividade, dessas estruturas tangíveis, para só assim, possibilitar o alcance daquelas estruturas intangíveis (hipotéticas/abstratas) envolvidas com as dimensões de bem estar, qualidade de vida, redução de desigualdade da população, entre outros.

Não obstante as características tratadas nesse título, outras experiências já se desdobram dentro do mesmo segmento à luz do conceito de saúde digital, nesse momento, representada mais comumente pelo segmento da telemedicina e tele saúde, plataformas de produção de saúde que permitem algum aperfeiçoamento e correção de uma das maiores inconformidades do sistema público, qual seja, a indisponibilidade de repositório que segregue os dados/informações sobre o volume de assistência efetivamente prestada, e toda sua especificidade, neste sentido, a partir do conceito mais abrangente de saúde digital proposto pelo Ministério da Saúde, 2019:

A Saúde Digital compreende o uso de recursos de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar informações confiáveis sobre o estado de saúde para os cidadãos, profissionais de saúde e gestores públicos. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/publicacoes/pama-para-o-brasil-2019-2023.pdf>. Acessado em 06/01/2024.

De toda forma, à luz do conteúdo tratado, restou oportunizada que a proposta de trabalho orientada para um ambiente de TICs contribuiria efetivamente para a correção de graves distorções envolvendo a operação e gestão dos processos produzidos por esses hospitais, evidenciados pela atual situação, caracterizada, como por exemplo, pela: Baixíssima conectividade; Desperdícios orçamentários com soluções que não atendem as necessidades da instituição; Baixa capacidade produtiva em relação as compras; planejamento e execução das operações sem foco no cidadão; Baixa integração entre os participantes do processo produtivo (aquisições descentralizadas); inexistência de formação continuada de equipes, entre outros, capazes de acumular prejuízos substanciais a administração e conseqüentemente a sociedade.

2.3.5 - Planejamento urbano e a estrutura de Rede Assistencial no contextodas Cidades inteligentes e sustentáveis

Considerada as dimensões conceituais do planejamento urbano tanto em favor da gestão do “novo” (criação de novas cidades), quanto da necessidade de se desenvolver infraestruturas existentes. Alguns dos seus objetivos estão orientados para o cuidado e manutenção dos espaços que conversem com os problemas enfrentados, procurando, de forma antecipada, propor soluções e/ou modificações que impactem na melhoria da vida das pessoas de modo sustentável.

À perspectiva do uso desses espaços, um dos primeiros desafios é de que a maioria das cidades não foram planejadas para serem inteligentes, havendo a necessidade de transformações de sua estrutura existente com foco em diversas áreas como o saneamento, mobilidade, área industrial, meio ambiente, infraestrutura (EDUCAÇÃO, 2020).

Para além das questões exigidas no planejamento urbano das denominadas edificações complexas, cujos hospitais estão inseridos, na prática, as Unidades hospitalares do estado de São Paulo, estão distribuídas em um território sanitário, subdividas em 17 Regiões de Saúde, estruturadas em sistema de Rede de Atenção à Saúde, responsáveis por gestar a execução dessa política pública para os 645 municípios paulistas, cujo adensamento populacional urbano ocupado em 2022, chegou a ultrapassar a casa dos 18 milhões de habitantes potenciais usuários desse sistema de saúde (IBGE, 2022).

Embora as Unidades hospitalares, em sua grande maioria, estejam sediadas geograficamente nos grandes centros urbanos e mais populosos do estado, é, justamente, a estratégia de trabalho em Rede que tem permitido a aproximação dessas estruturas garantindo que suas ações e serviços sejam desenvolvidos ordenada e basicamente à luz dos níveis de atendimento, complexidades, perfis epidemiológicos, oferta de leitos, entre outros.

Não obstante aos desafios de se operar uma Rede de Atenção especializada para produção de saúde como tratado no capítulo 2.2.4, a infraestrutura do processo de compras públicas de medicamentos, objeto desse estudo, tem por adicional desafio, concorrer com os desafios inerentes ao planejamento urbano, nesse caso, envolvendo a mobilidade, mais especificamente, ligada a logística da cadeia de suprimento farmacêutico, operada ininterruptamente no contexto da Rede de Assistência Farmacêutica, que tem por missão, manter o tratamento das doenças que demandem pelo consumo dessa tecnologia.

Diferentemente da descentralização do sistema de saúde (SUS), diretriz que consiste no processo de transferência da responsabilidade da gestão central (federal/estadual) para a local (o município), de modo inverso, esse estudo propôs a centralização das compras de medicamentos, procedimento que consiste na transferência da responsabilidade de execução dessas compras dos hospitais (da ponta) para o nível central da gestão, uma vez que essa estratégia indicou condições viáveis que sugerem em favor do desenvolvimento sócio, econômico, e ambiental contribuindo para o impacto no uso do espaço urbano de modo mais inteligente e sustentável.

Estabelecida pela Lei 12.587/2012, a Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU) embora tenha tratado de forma prioritária da circulação de pessoas, a previsão do transporte de bens, quando são realizados deslocamentos de cargas no espaço urbano, ganhou espaço nessa discussão, principalmente, pelas questões afetas a logística do transporte de produtos responsáveis por manter em funcionamento serviços públicos e privados essenciais à vida das pessoas.

Custos operacionais implícitos em uma entrega, estacionamento, congestionamentos, cumprimento de horários, segurança das cargas, regramento para disciplinar circulação como o rodízio de placas, vias de acesso e tráfego, condições da malha rodoviária, manutenção preventiva e corretiva dos veículos, dependência quase que exclusiva do modal rodoviário, descumprimento de prazos e compromissos de entrega, baixo investimento tecnológico, e outros menos incidentes no segmento logístico, tem sugerido a implementação de processos criativos capazes de atenuar alguns desses crônicos problemas do planejamento urbano existentes nos grandes centros.

Com efeito prático, e a partir de algumas observações decorrentes da proposta de se inovar o processo de compras públicas, restou possível a defesa de contribuições com o planejamento urbano à medida em que a logística do transporte de medicamentos é afetada como resultado do processo de compras implantado.

São pouco mais de quarenta hospitais que deixaram de instruir, em média, entre dois e três processos para aquisição individual de, em média, 150 e 200 itens por compra, movimentando uma cadeia logística de transporte que entregou a Rede de Atenção Hospitalar, 54.315.418 unidades de medicamentos durante o período estudado (2019 a 2022).

Ocorre que quando essa cadeia tem seu processo fracionado, ou seja, dividida a autonomia de compras por unidade hospitalar (descentralizada/individualizada), muitas das consequências advindas dessa operação, tem impacto também na mobilidade urbana, e outras questões, de igual modo, compatíveis com os objetivos preconizados para transformação dos espaços urbanos em espaços socialmente mais inteligentes e sustentáveis.

Vejamos alguns dos exemplos a partir do histórico do processo tradicional/resumido (não inovado) da cadeia de suprimento farmacêutico:

A compra quando feita pela unidade hospitalar tem seus volumes (quantidades dos itens) reduzidos de forma profunda, individualizada para atendimento do consumo restrito aquela unidade adquirente.

Para volumes adquiridos em quantitativos reduzidos, há dificuldade de se encontrar fornecedores dispostos a venderem as quantidades solicitadas haja visto que os custos do processo não se mostram compensatórios para o vendedor, não há margem de lucro para um considerável elenco de itens, muitas vezes, há déficit.

Quando o medicamento deixa de ser adquirido por qualquer motivo, como o caso acima, por não apresentar condições de fornecimento em relação aos custos, esse item se mostra fracassado para o processo licitatório, devendo, portanto, ser novamente reinserido em novo processo de compras, ou adquirido por processo de compras de emergência, estratégia implementada em função da imprescindibilidade do item para assistência ao doente, ressalta-se que para essa estratégia, o processo de compras regular licitatório é dispensado, tendo como consequência principal a aquisição desse item a preços muito superiores aos de mercado.

Quando o item tem seu processo finalizado com êxito, a quantidade de fornecedores/ganhadores daquele certame é, na maioria das vezes, expressivo, em média, nove empresas procederão com a entrega dos 150 a 200 medicamentos.

Em Razão desse fato, ocorrem uma das duas seguintes situações:

- a) Muitos dos fornecedores, tem seu processo de “cotas” de fornecimento prioritário e garantido por normativa federal por se tratarem de Empresas de Pequeno Porte (EPP), ou Micro empresas (ME), quando o perfil dessas empresas é de não manter estoques dos itens à disposição para entrega, restando a prática de aquisição dos itens no mercado de distribuição/fabricação depois do certame finalizado (“compram depois de vender”), motivo pela qual, os preços (que são mutáveis) podem se mostrar elevados acima do valor negociado no certame, declinando, aquele licitante vencedor, de realizar a entrega do item (ns) para os quais sagrou-se vencedor. Consequência desse declínio é de que os itens não serão entregues, constituindo-se em faltas para suprir a necessidade dos pacientes que desse (s)

dependem para manutenção de suas terapias, com impacto direto na interrupção dos tratamentos.

b) Para os processos licitatórios com conclusão exitosa, básica e regularmente os itens serão, entre 5 e 15 dias, entregues nas respectivas unidades hospitalares, lembrando que são, em média, nove empresas vencedoras aptas para realização de aproximadamente 396 entregas por processo concluído, restando esclarecer que são planejados entre dois e três grandes processos licitatórios/anualmente destinados a compra dos mesmos itens padronizados pelas unidades, totalizando caso as unidades efetuem as três licitações, um número total de 1.188 planejamentos de entregas nas 44 unidades assistenciais.

Tratadas algumas das etapas executadas no âmbito da cadeia de suprimento farmacêutico, à luz do processo de compras tradicional (descentralizado), passamos a destacar algumas das características percebidas pós implementação do processo de compras proposto nesse estudo (centralizado), sugerindo possíveis contribuições compatíveis com o planejamento urbano:

As compras quando foram executadas por processo centralizado (ata de registro de preços), ou seja, quando a gestão central (SES/CSS) comprou para coletividade dos hospitais, os quantitativos de consumo outrora individualizados pelas unidades, foram somados em único repositório/certame, demonstrando escalas de volumes significativamente elevados.

A consequência dessa performance resultou: No aumento de licitantes/vendedores dispostos em participar das concorrências, aumentando a proporção de empresas com porte de distribuição e fabricação nos certames, eliminando, quase que totalmente, a possibilidade de fracasso do certame (processo), a implementação de estratégia de compras emergenciais, e a falta dos itens adquiridos para consumo dos pacientes tratados nas unidades na ponta:

a) Quanto aos valores pagos pelos itens, esses demonstraram redução de até 70% resultando em economia real para os cofres públicos (ver título: Análise e interpretação dos resultados);

b) Por ocasião dos processos finalizados com êxito, a quantidade de fornecedores é reduzida substancialmente em quase a metade, ou seja, para

cada média de 9 empresas licitantes vencedores observadas durante o processo descentralizado, identificamos para o processo inovado, 4,5 empresas licitantes vencedores para efetuar a distribuição dos itens, ou seja, em média, serão realizados 594 planejamentos de entregas nas 44 unidades assistenciais. Portanto, 50% de redução no número de entregas, sem qualquer perda de qualidade da operação da cadeia de suprimento.

Embora já tenha tratado perspectivas de contribuições no contexto dos títulos 2.2.4 Rede de Atenção à Saúde, e 2.2.5 Cidades Inteligentes e Sustentáveis, inclusive, relacionando-as com o preconizado nos ODS “3, 3.8, e 3.b”, “9, e 9.b”.

A partir da estrutura de Rede de Atenção desenvolvida pelos hospitais contextualizadas aos princípios estabelecidos para as Cidades Inteligentes e Sustentáveis, puderam ser percebidas algumas contribuições com o planejamento urbano. Isto porque, a etapa final de entrega dos medicamentos nas unidades hospitalares são realizadas por modal de transporte totalmente rodoviário, individuais, realizados através de veículos do tipo caminhões de pequeno, médio e grande porte, dependentes de combustíveis fósseis, cuja operação de carga e descarga requer elevado tempo, e realizadas dentro dos horários comerciais. Nesse sentido, das aproximadamente 1.188 entregas previstas anualmente, foram reduzidas quase 400 entregas para os itens registrados em ata de registro de preços (processo proposto pelo estudo), cujo processo aquisitivo tem vigência de um ano, podendo ser estendido por mais um, ou seja, as entregas podem ser melhor planejadas, e realizadas uma ou duas vezes ao ano como forma de otimizar os recursos materiais e humanos, melhorar performance administrativa, e qualificar a operação de logística envolvida nessa cadeia de suprimento, em última análise, sugerir contribuição sustentável urbana por intermédio da redução de congestionamentos, emissão de poluentes, melhoria da qualidade do ar, impactando na saúde das pessoas.

Importante destacar que para o contexto específico de mobilidade urbana, o ODS de nº 11, busca cuidar do apoio as relações econômicas, sociais e ambientais positivas entre os espaços urbanos, tema pelo qual guardou relação com o desenvolvimento desse título.

Resta evidente que a percepção de contribuição aqui tratada, resulta da experiência cotidiana laboral do pesquisador, devendo, para tanto, ser aprofundada para indicação de reais contribuições propondo soluções que guardem relações com estes instrumentos de inovação social, ambiental e econômico propostos para as Cidades.

3. METODOLOGIA

A proposta desse estudo buscou no contexto das ciências sociais, investigar com maior profundidade, um processo de trabalho, por período pré-estabelecido, cujo conhecimento explorado guarda relação com a experiência de exercício laboral individual do pesquisador.

Para tanto, as características tanto de acomodações de formas e concepções filosóficas, estratégias de investigação, métodos de coleta, análise e interpretação de dados, bem como de aceitar, em mesmo estudo, representações de dados, texto, e de imagem, como tabelas, fotografias, gráficos, ilustrações, justificam, a opção pela abordagem/técnica qualitativa, com estratégia de investigação para o estudo de caso único, ambos, em conformidade com Creswell (2014).

O estudo teve início a partir da observação de dados e informações constantes dos documentos inseridos no cotidiano do pesquisador, referentes ao gasto público dispendido por um órgão da administração pública direta, em favor da aquisição de medicamentos através de processo regular tradicional (licitatório), utilizando a estratégia descentralizada de compras, em conformidade com a lei de licitações vigente no país (lei 8.666/1993).

Ocorre que os recursos dispendidos para esse fim indicavam a possibilidade de reorientação de processo, por estratégia igualmente prevista na legislação de compras públicas vigente (centralizada), que já apresentava experiências exitosas quando implementada, contudo, ainda pouco institucionalizada haja visto o número de itens (medicamentos), na sua grande maioria, comprados através da estratégia tradicional (descentralizada) acumulando, em leitura preliminar, prejuízos decorrentes dos altos custos pagos pela administração nos limites do sistema de saúde pública estadual (SP).

Para tanto, o estudo teve seu desenvolvimento inicial, de forma não sistemática, pautado na seleção e leitura dos diversos conteúdos disponíveis nos resumos e introdução constantes de 48 (quarenta e oito) produções científicas,

entre elas, artigos (produzidos por pesquisadores especializados ou não), produções institucionais (IPEA/CONASS/CONASEMS/FIOCRUZ/ENAP/USP/UNICAMP), dissertações acadêmicas, publicações diversas de encontros acadêmicos científicos institucionais, e livros especializados. Passada esta fase de levantamento bibliográfico diverso aleatório (não sistematizado), restou identificados e selecionados os periódicos digitais (artigos científicos), pesquisados prioritariamente na base de dados da SCIELO, publicados em revistas/escolas especializadas, como, por exemplo, de saúde pública da Universidade de São Paulo (USP), imbricados com os temas de economia da saúde, gestão, inovação tecnológica, administração pública, sustentabilidade, direitos sociais, com especial atenção ao direito social em saúde, pelos quais, culminaram na seleção definitiva em torno das palavras-chaves: Direito Social, Administração Pública, Inovação, e Saúde.

A percepção crítica dos autores e, por vezes, divergente, permitiram o estabelecimento de um traçado racional coerente com a proposta de pesquisa com objetivo de reorientação do processo de trabalho, fundamentada na literatura mais recente, como “inovação tecnológica de processo de trabalho, conceitualmente do tipo incremental, executado nos limites da administração pública de saúde, envolvendo o planejamento de compras públicas de medicamentos, e que possibilitasse haver impacto nas contas públicas através de redução de gasto, seguida da possível contribuição tanto para a mudança de cultura da administração pública quanto para a consolidação do direito à saúde pela via da ampliação do acesso aos medicamentos e integralidade da assistência farmacêutica.

Dado a multidisciplinariedade dos temas abordados, das formas pelas quais as críticas e reflexões são manifestas através das publicações, o estudo foi se prestando ao destaque das peculiaridades, desafios, convergências, concordâncias e divergências capazes de contribuir com a discussão qualitativa explorada no contexto do referencial teórico (títulos).

Outra fase importante, diz respeito a coleta e tratamento dos dados. Os dados foram coletados a partir do repositório constante dos principais sites oficiais gestados pelo governo do estado, especializados, que funcionam como ferramentas destinadas a subsidiar o planejamento e execução da política pública de saúde estadual.

Entre os dados mais relevantes extraídos dessas ferramentas de gestão, estão os seguintes indicadores selecionados para o estudo: a) código do medicamento no banco de produtos do estado de SP; b) descritivos técnicos dos 46 medicamentos selecionados para o estudo; c) grupos estratégicos de seleção (indicados pelo pesquisador) envolvidas as dimensões (relevância para assistência, versus volume versus preço/individual); d) consumos estabelecidos no período; e) consumos efetivamente negociados pelo estado no período; f) consumos negociados pelo estado no período ao menor e ao maior valor efetivamente pago; g) projeção de economia; e h) menor e maior valor unitário efetivamente pago pelo estado no item.

A partir das análises preliminares desses indicadores fora possível estabelecer algum juízo de valor em favor tanto do impacto nas contas públicas que decorriam das primeiras compras inicialmente, quanto sugeriam que o método adotado se mostrava coerente com a proposta do estudo.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O estudo foi dividido em seis partes, à saber: quanto a primeira parte, o estudo buscou construir a hipótese/problema da pesquisa e um tema principal que dialogasse com a ideia inicial do pesquisador. Quanto a segunda parte, foi necessário selecionar um referencial teórico que guardasse relação com o tema principal à luz das palavras-chaves, buscando estabelecer quais seriam os tópicos a serem abordados. Quanto a terceira parte, foi necessário selecionar duas informações: uma diz respeito ao relatório das 44 Unidades Hospitalares (objeto do estudo), dispondo das suas respectivas localizações geográficas e perfis de assistência, outra diz respeito a seleção dos 46 itens (medicamentos), constantes das padronizações individuais da maior parte das Unidades, distribuindo-os, estrategicamente, e por suas características, em 3 categorias como: importância do item para assistência; custos de aquisição; volumes necessários. Quanto a quarta parte, foram construídos os objetivos geral e específicos, justificativa, seguido da leitura e releitura da produção selecionada (1ª parte), especificamente os resumos, introdução e conclusão, para esse último, foram lidos apenas os artigos cujo conteúdo indicava a necessidade a partir da relação com os temas propostos. Quanto a quinta parte, essa cuidou de criticar/analisar os dados obti-

dos a partir da seleção do elenco de medicamentos, acrescido de suas respectivas informações como valores cotados, valores efetivamente pagos, quantitativos adquiridos, períodos de cobertura, características da logística envolvida, sistemas de informação empregados. Quanto a sexta e última parte, essa se destinou a discussão dos resultados, bem como a conclusão referente a experiência (amostra) efetivamente realizada de acordo com a proposta inicial do estudo, sugerida como modelo inovador a ser adotado e integrado aos procedimentos de forma regular e contínua visando o aprimoramento e cumprimento dos objetivos inicialmente propostos.

3.2 COLETA DE DADOS

Em relação a coleta de dados, o estudo se valeu das informações dispostas em sistemas distintos de consulta, prioritariamente em sites oficiais sob gestão da Secretaria de Orçamento Planejamento e Gestão e da Secretaria da Fazenda ambos pertencentes ao Governo do Estado de São Paulo.

Alguns desses acessos/consulta, embora segundo a legislação vigente sobre transparência o declarem como sendo de domínio público, alguns desses sítios de consulta estão franqueados apenas a servidores públicos, mediante emprego de senha impessoal/intransferível, cujo o domínio autoriza o operador a realizar operações restritas aos gestores dessas informações para fins de execução do planejamento de ações e serviços públicos de saúde, já outros acessos, encontram-se disponíveis e a disposição de qualquer cidadão para consulta, conquista essa, possibilitada mais recentemente pelo governo de SP como forma de elevar a transparência do processo de planejamento aquisitivo das compras públicas desse Estado.

Os dados coletados, inicialmente ficaram circunscritos as informações relativas ao elenco de medicamentos selecionados para o estudo, envolvendo, prioritariamente, seu código siafísico (código estadual do item), a descrição técnica do medicamento, sua forma farmacêutica, o grupo de pertencimento selecionado como característica para inclusão, quantitativo/volume do item adquirido naquele exercício (ano) de compra, a indicação de menor e maior valor pago (unitário) pelo estado em para cada um dos itens, as diferenças entre os valores pagos, e o valor projetado para economia individual e global de todos esses itens somados.

Todas estas informações foram pesquisadas/coletadas, no contexto do planejamento e execução da política pública de saúde do estado de São Paulo, durante o período de maio de 2019 à dezembro de 2022, sendo organizadas e dispostas em planilhas, cujo resultado final, possibilitou que fossem apresentadas na forma de tabelas, gráficos, figuras, quadros, a partir da seleção de Unidades hospitalares estudadas, sua geolocalização, medicamentos selecionados especificamente para o estudo, dos custos envolvidos nas aquisições dos medicamentos obtidos por processo regular “antigo” (aquisição descentralizada), e apurado dentro do contexto do processo inovado (aquisições centralizadas), e das etapas do processo de compras, tendo sido destacados os períodos estabelecidos para cada uma das etapas, não descoladas das características de cada um dos grupos de medicamentos estudados em função dos fatos e ocorrências percebidas no tempo e no espaço das produções.

3.3 ÁREA DO ESTUDO

Quanto a área de estudo, a estratégia de aquisição pública por modalidade licitatória através de Ata de Registro de Preços (compra centralizada), impõe característica de que os itens sejam adquiridos para cobertura assistencial hospitalar de todas as Unidades vinculadas a Secretaria de Estado da Saúde/SP.

Para tanto, a seleção dessas Unidades se deu geograficamente nos limites do território do estado de São Paulo, para cobertura de área territorial de 248.219,485km² [2021], População estimada em 46.649.132 pessoas [2021], e Densidade demográfica de 166,25hab/km² [2010].

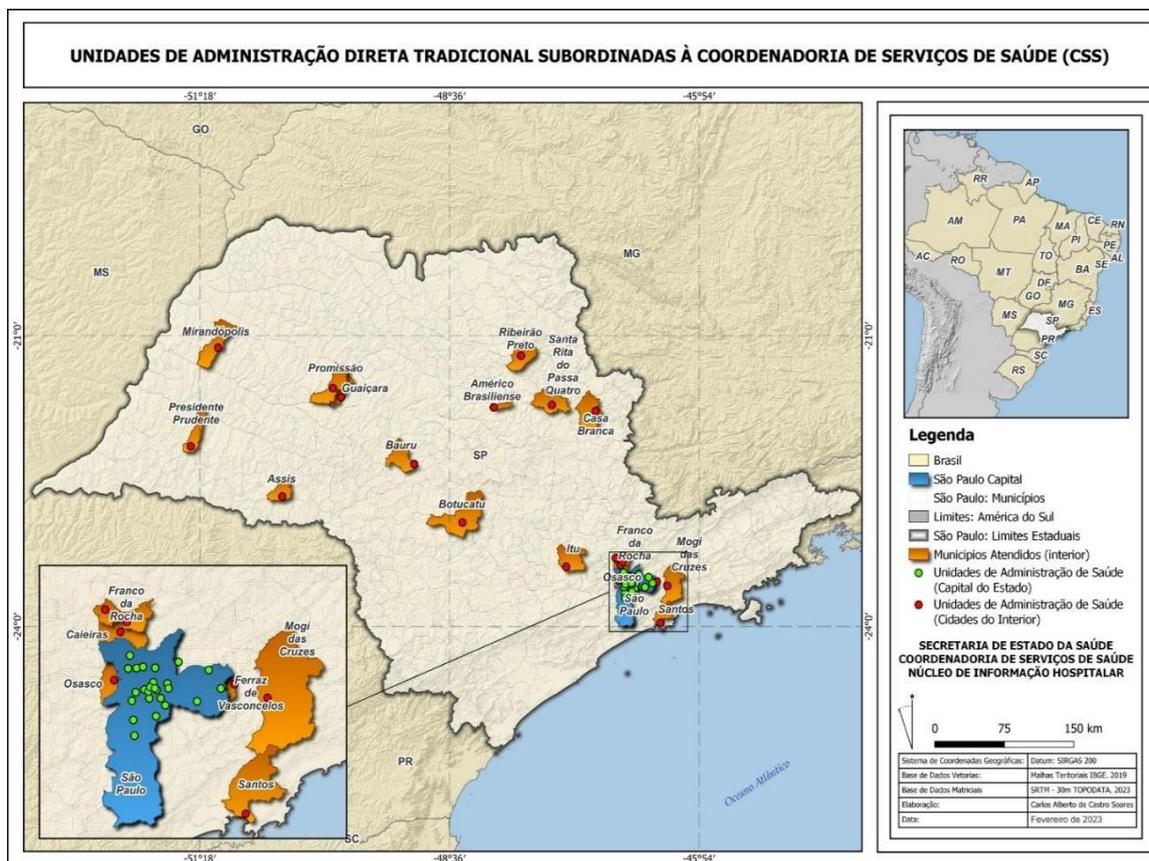
Constata-se que a maioria dessas Unidades estudadas, estão instaladas a 20, 30 anos ou mais da data de sua inauguração, cuja distribuição geográfica, se dá de forma não regular, ou seja, não há um parâmetro muito claro estabelecido para a instalação desses equipamentos de saúde.

Acredita-se mais recentemente, que essa decisão obedeça a critérios populacionais, políticos, vazios assistenciais de Rede de Atenção, e densidade tecnológica em saúde existente, características essas, observadas de forma pouco mais técnica nos dias de hoje, inclusive, com observância normativa, contudo, ainda a decisão político-administrativa tem destaque para orientar a construção/instalação de equipamento assistencial em regiões do estado.

A grande maioria dessas unidades encontra-se sediada nos mais importantes e populosos territórios do Estado, em sua grande maioria, prioritariamente,

nos limites da macrorregião da grande São Paulo com 24 unidades, nos limites do interior paulista com 19 unidades, e 1 no litoral de SP, macrorregião da baixada santista.

Figura 1: Geolocalização das Unidades Administrativas Direta da SES-SP/CSS



Fonte: Elaborado pelo autor/novembro 2023

3.3.1 Análise e Interpretação dos Resultados

Com intuito de elaborar proposta de qualificação do procedimento de compras públicas com redução dos custos hora dispendidos para cobertura terapêutica medicamentosa circunscrita as Unidades Hospitalares vinculadas a Coordenadoria de Serviços de Saúde, órgão da administração pública direta da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Preliminarmente, foram propostos ao então Coordenador de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, coincidentemente orientador dessa pesquisa, um

relatório que indicava (maio/2019), 13 medicamentos acompanhados de suas informações e descrições técnicas compatíveis com as exigidas em processos regulares de compras públicas para este tipo de produto.

Por ocasião daquela apresentação, o então gestor de saúde, sugeriu que fosse ampliado o número de itens de modo a cobrir dimensões de custo, importância (relevância para assistência), e volumes de consumo desses medicamentos pelas Unidades hospitalares, e gestão dessa cadeia no contexto da “Rede de Atenção”.

Com efeito prático, essa orientação resultou na elaboração de um novo relatório aperfeiçoado, ou seja, exigiu durante seu processo de construção e desenvolvimento, a inclusão de diversas informações imprescindíveis durante a realização desse trabalho, as quais estão identificadas nos anexos 3 à 6 (referentes aos exercícios de 2019 à 2022), resultando na disposição das seguintes e principais informações nelas contidas.

O número de 46 medicamentos selecionados para execução da proposta de inclusão em sistema de compras observado a modalidade aquisitiva por Ata de Registro de Preços (ARP), divididos em três grupos assim classificados: 1. Grupo: linha dos antimicrobianos (antibióticos); 2. Grupo: linha Intensiva/cirúrgica; e 3. Grupo: linha estratégica, comum à rede hospitalar.

O primeiro grupo (linha de antimicrobianos) fora representado por 14 (quatorze) medicamentos (antibióticos) que, embora não apresentavam volume significativo de consumo, em contrapartida, indicava necessidade de alocação de recurso financeiro muito expressivo e dispendioso para Administração.

O segundo grupo (linha Intensiva/cirúrgica) fora representada por 6 (seis) medicamentos (anestésicos) que, embora os quantitativos adquiridos não se mostraram expressivos, contudo, a característica de imprescindibilidade desses itens para linha de cuidado de urgência e emergência representada pelos serviços assistenciais de pronto Socorro, unidades de terapia intensiva (UTIs), e centros de cirurgias, confirmaram a necessidade de mantê-los.

O terceiro grupo (linha estratégica, comum à rede hospitalar) fora representado por 26 (vinte e seis) medicamentos, que, embora a individualidade desses itens indicam baixo custo para Administração, contudo, quando somados os volumes/quantitativos necessários para manutenção dos processos de cuidado (internação e/ou observação), esses volumes se mostraram tão elevados, motivo

pelo qual, fora confirmada tanto a imprescindibilidade dessa seleção quanto a necessidade de alocação de recursos, de igual modo, expressivos para o orçamento público.

Por fim foram acrescentadas, individualmente, a cada um dos 46 medicamentos selecionados, as seguintes informações disponíveis nos sítios oficiais da administração pública estadual: o código siafísico (indicação do produto no catálogo estadual); o descritivo do medicamento; o grupo de seleção (linha de antimicrobianos, linha intensiva e cirúrgica, e linha de estratégicos comum de rede hospitalar); o quantitativo/volume do item adquirido pelo Estado durante período de dez meses (março à dezembro) daquele exercício; o consumo adquirido pela CSS/SES/SP, multiplicado pelo menor valor pago pelo Estado; o consumo adquirido pela CSS/SES/SP, multiplicado pelo maior valor pago pelo Estado; a diferença entre o maior e o menor valor pago pelo Estado em relação ao consumo adquirido; a projeção de economia para 12 meses/equivalente a vigência de uma ARP; o menor valor pago pelo estado para aquele medicamento; o maior valor pago pelo estado para aquele medicamento; e o período (em dias) sem cobertura de ARP para cada um dos medicamentos estudados.

Sem prejuízo da implementação de algum desses itens em Ata de Registro de Preços ocorrida durante maio/2019 à dezembro/2019, somente em janeiro/2020, essa planilha fora consolidada, sugerindo que a iniciativa não somente se auto justificava, como indicava que a sua execução contribuía, de fato, para a redução significativa do gasto público, bem acima do inicialmente pensado.

Planilhadas todas estas informações, a primeira constatação que se pode observar, dava conta de que a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, por meio de suas diversas Unidades hospitalares (UGEs), adquiriu um determinado item/medicamento pela modalidade de licitação tradicional (descentralizada), pagando por esse medicamento, um determinado valor em um hospital, concomitantemente, pagando um outro valor com diferenças significativas em outro hospital, como é o caso dos itens:

Quadro 6: Amostra preliminar de compras SES-SP/CSS

Código do item	Descrição do item	Menor valor pago	Maior valor pago
1701517	Voriconazol 200mg/fr-amp inj	R\$ 130,00	R\$ 615,00
1283863	Dexmedetomidina 100mcg/mL inj	R\$ 24,00	R\$ 73,80
2853272	Levofloxacino 5mg/mL inj	R\$ 12,90	R\$ 23,30
111805	Metilprednisolona 500mg/ fr-amp inj	R\$ 12,50	R\$ 21,00
5168074	Albumina humana 200mg/ fr-amp inj	R\$ 105,00	R\$ 167,58
4614704	Cloreto de sódio 0,9%/sol inj 1000mLs	R\$ 2,35	R\$ 7,63

Fonte: BEC-SP/Bolsa Eletrônica de Compras de São Paulo, 2019

Tal procedimento nos permitiu concluir haver perda da oportunidade de economia em favor da máquina pública, ou, ainda, na visão de muitos, acúmulo de prejuízo para máquina pública, haja visto que ambos os procedimentos de compra descentralizada e centralizada, obedecem aos parâmetros estabelecidos em regramento de lei, cabendo ao administrador, a opção pessoal e discricionária de implementar modalidade mais vantajosa para Administração.

Com a conclusão do exercício financeiro de 2019, os resultados puderam ser dispostos indicando que se os 46 medicamentos selecionados nessa pesquisa fossem adquiridos pelas Unidades Hospitalares ao menor preço efetivamente pago pelo Estado, por período de doze meses (prazo estabelecido pelo regramento para vigência de uma Ata de Registro de Preços), ele gastaria a monta de R\$ R\$ 35.620.526,08. Caso adquirisse os mesmos itens ao maior valor efetivamente pago pelo Estado, por igual período, ele gastaria a monta de R\$ 211.420.909,09, indicando, portanto, que a diferença entre o maior e o menor valor efetivamente pago pelo estado durante o período daquele exercício de 2019, foi de R\$ 175.800.383,01. Logo, e a partir desses indicadores, podemos concluir que a projeção de oportunidade de economia e/ou prejuízo para aquele exercício restou estabelecida em um valor de R\$ 210.960.459,61.

Tais resultados, foram, de igual modo, dispostos em relação aos exercícios de 2019, 2020, 2021, e 2022 (Quadro 8), onde são constatados os dados, indicadores, e informações disponíveis por entre as ferramentas de acompanhamento e controle dos gastos públicos relativos ao gasto com medicamentos durante aqueles exercícios estudados.

Quadro 7: Resultado sobre a proposta de implementação
ATA de registro de preços nas compras de medicamentos SES-SP/CSS

Exercício (ano)	Consumo de formas farmacêuticas adquirido pela CSS/SES/SP (dez meses)	Consumo adquirido pela CSS/SES/SP (dez meses) multiplicado pelo menor valor pago pelo Estado	Consumo adquirido pela CSS/SES/SP (dez meses) multiplicado pelo maior valor pago pelo Estado	Diferença entre o maior e o menor valor pago pelo Estado em relação ao consumo adquirido (dez meses)	Projeção de economia para 12 meses (equivalente a vigência de uma Ata de Registro de Preços-ARP)
2019	13.534.186	R\$35.620.526,08	R\$211.420.909,09	R\$175.800.383,01	R\$210.960.459,61
2020	13.296.475	R\$ 29.301.803,17	R\$ 85.204.385,20	R\$ 55.902.582,03	R\$ 67.083.098,44
2021	12.023.648	R\$ 29.873.616,21	R\$ 77.553.553,60	R\$ 47.679.937,39	R\$ 57.215.924,87
2022	12.147.000	R\$ 20.047.130,25	R\$ 55.463.845,32	R\$ 35.416.715,07	R\$ 42.500.058,08
Totais	51.001.309	R\$114.843.075,71	R\$ 429.642.693,21	R\$ 314.799.617,50	R\$ 377.759.541,00

Fonte: Elaborado pelo autor/novembro 2023

Por ocasião do planejamento, instrução e execução dos processos de compras, fase mais desafiadora, alguns dos itens confirmaram performance de redução desse gasto de forma muito significativa, ou seja, o processo de compra centralizada, mesmo tendo avançado por meio de uma pequena amostra da proposta naquele exercício, sugeriu confirmar hipótese inicial de que tanto é possível implementar processo de inovação nos limites da administração pública, quanto a redução dos gastos, se mostrou efetiva, regular e consistente para os itens registrados em Ata de Registro de Preços - ARP.

Tal constatação pode ser confirmada através dos valores dispostos (Quadro 8) para os exercícios subsequentes de 2020, 2021, e 2022 (4ª coluna), pelos quais, restou evidente a demonstração de queda dos custos decorrentes de aquisição dos medicamentos ao maior valor pago pelo Estado, quais sejam: 2019 = R\$ 211.420.909,09; 2020 = R\$ 85.204.385,20; 2021 = R\$ 77.553.553,60; e 2022 = R\$ 55.463.845,32.

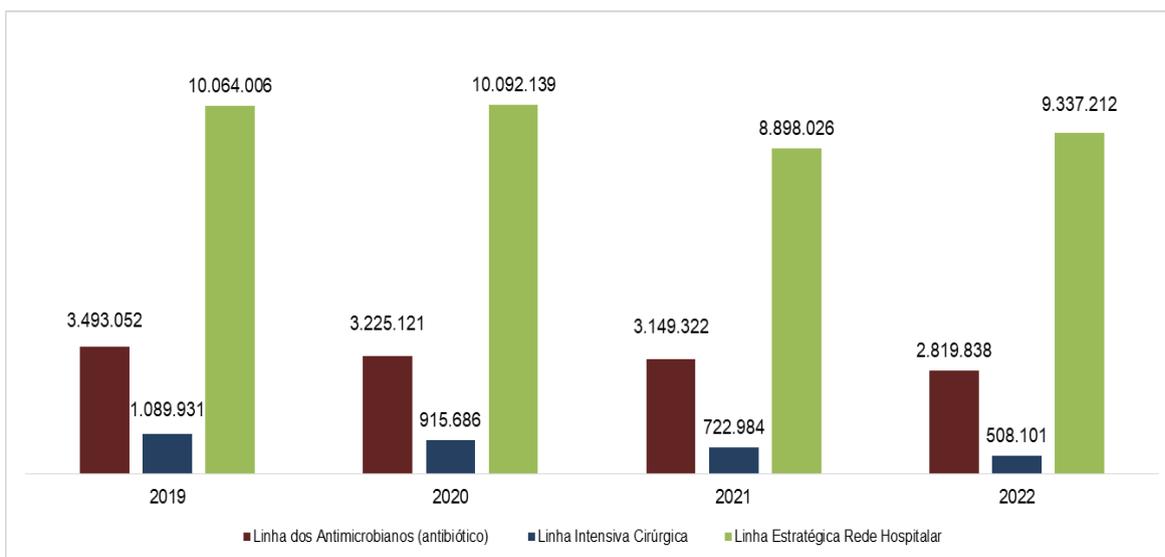
Durante o curso dessas análises, percebeu-se que alguns dos resultados parciais (específicos), demonstraram convergir para o resultado final, entre os mais relevantes, está o fato de que algumas vigências dessas ARPs, foram

sendo publicadas a partir do fim do exercício de 2019 (resultado da nossa proposta – novembro/dezembro-2019), razão pela qual o impacto de redução dos custos que decorriam das aquisições ao maior valor pago pelo Estado, só, e efetivamente foram percebidos durante o próximo exercício de 2020, quando aquelas ARPs estavam em plena vigência, podendo, de acordo com a legislação, serem estendidos os prazos de vigência por igual período, ou seja, as vigências inicialmente previstas até novembro/dezembro de 2020, puderam ser prorrogadas até novembro/dezembro de 2021, respectivamente.

Outros dois resultados parciais não menos relevantes, contribuíram para ratificar o impacto nas contas públicas, um diz respeito a redução consistente das diferenças pagas pelo Estado em relação ao menor e maior valor observada na 5ª coluna (Quadro 8), cuja queda indicada a partir de 2019, apontou percentual de 68,21% (2020), 72,88% (2021), e 79,86% (2022). Já o outro resultado, diz respeito ao aos quantitativos adquiridos pelo menor valor pago pelo Estado observado na 3ª coluna (Quadro 8), restou claro que esse indicador se manteve muito parecido em relação aos dois exercícios de 2020 e 2021 (17,74% e 16,14%), período compatível com as vigências das ARPs publicadas a partir de novembro/dezembro de 2019, e mais consistentemente elevado esse indicador durante o exercício 2022, quando 43,73% daqueles itens foram comprados efetivamente pelo Estado ao menor preço de venda.

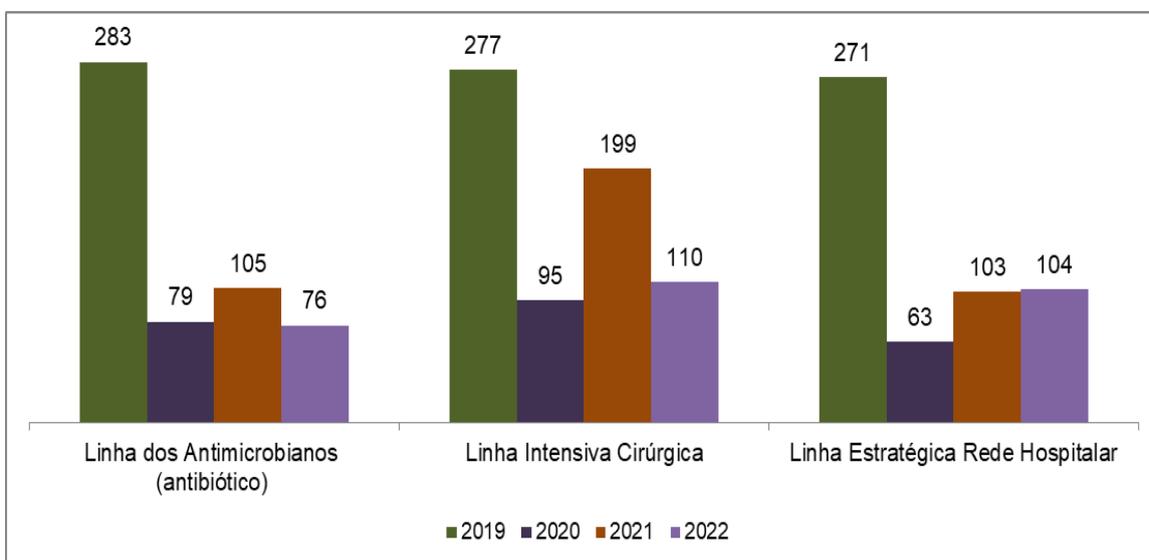
Não obstante aos resultados desse estudo, em última análise, refletirem os custos, oportunidades/prejuízos a Administração Pública que decorrem da estratégia de se comprar por modalidade aquisitiva licitatória de ARP (centralizada) em prejuízo da modalidade tradicional descentralizada. Outras variáveis foram observadas e dizem respeito ao comportamento de compras estabelecido pela Administração versus período pandêmico que impactou diretamente o sistema público de saúde (SUS), cujos dados estão dispostos a seguir.

Gráfico 1: Relatório de consumo efetivamente adquirido pela SES/SP
(março a dezembro)



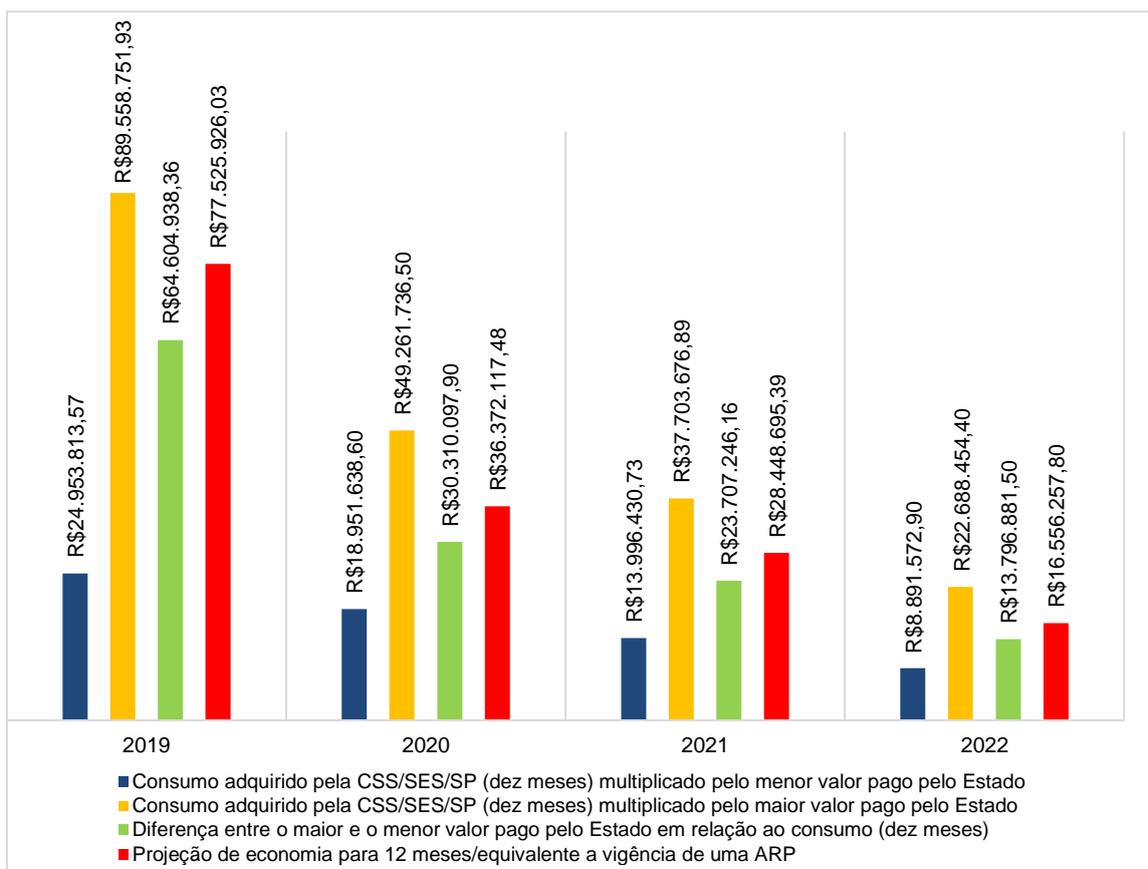
Fonte: Elaborado pelo autor/novembro de 2023

Gráfico 2: Relatório de período sem cobertura de Ata de Registro de Preços-ARP



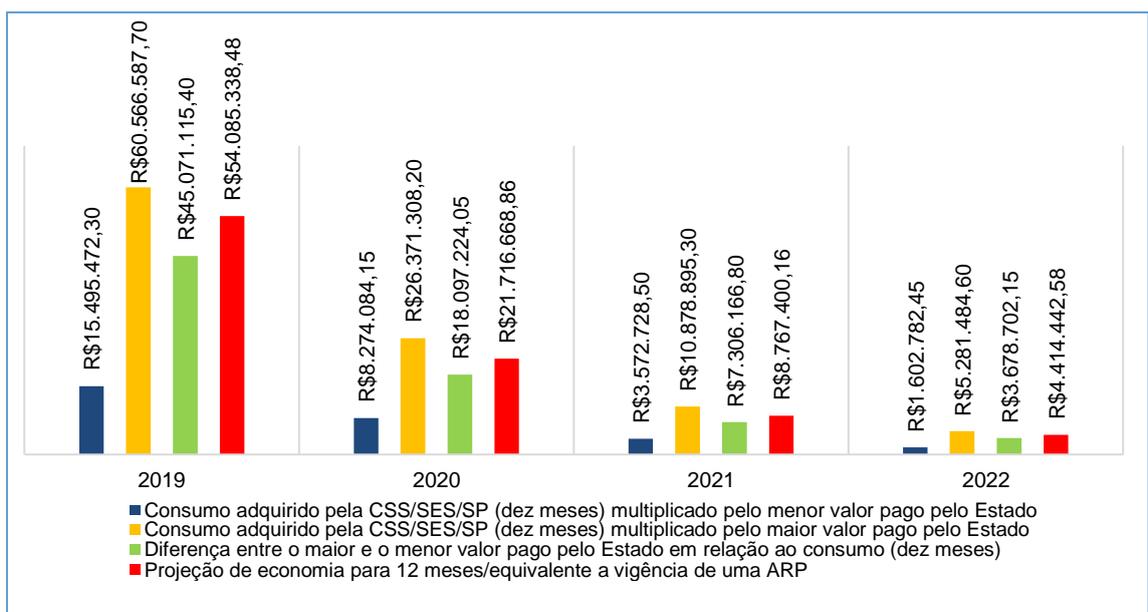
Fonte: Elaborado pelo autor/novembro de 2023

Gráfico 3: Indicadores anuais (CSS/SES/SP) orientados para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços-ARP – Grupo I – Linha dos antimicrobianos (antibióticos)



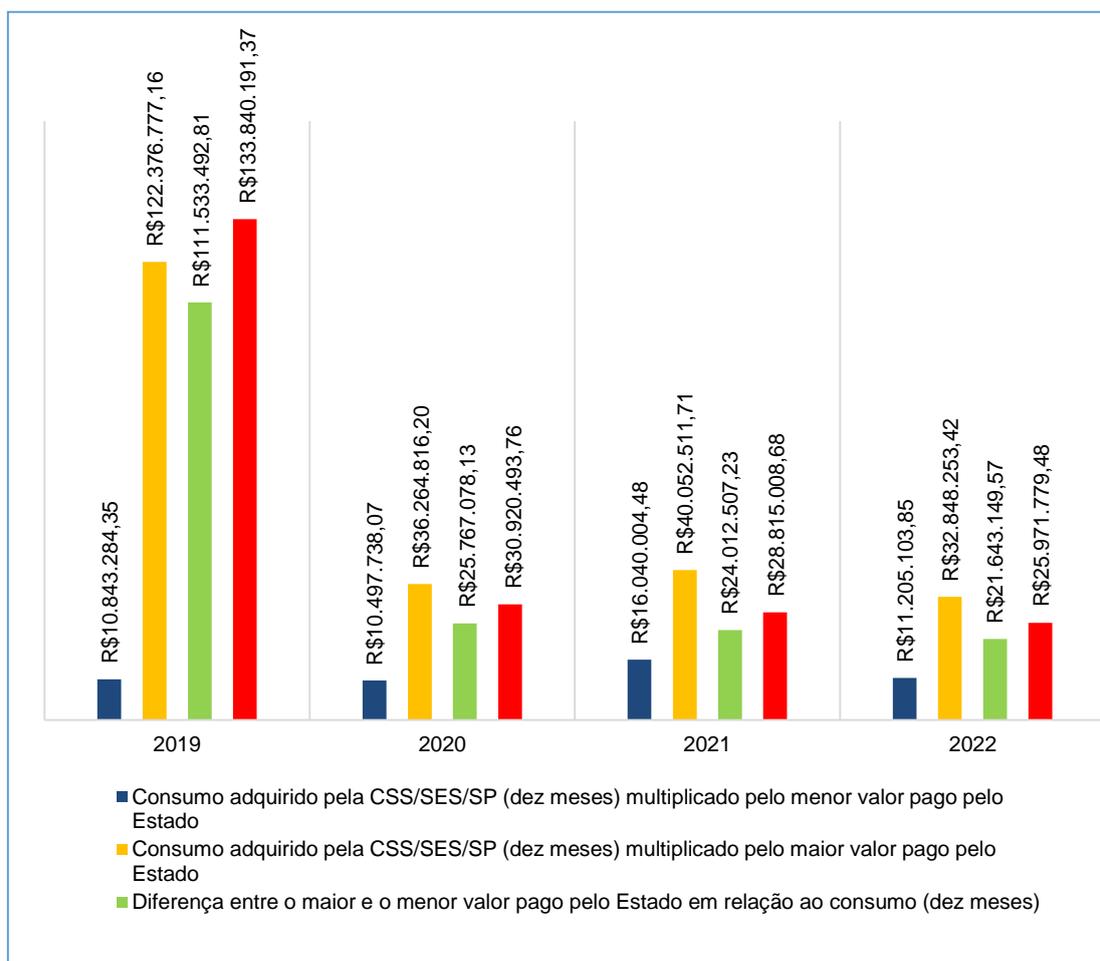
Fonte: Elaborado pelo autor/novembro de 2023

Gráfico 4: Indicadores anuais (CSS/SES/SP) orientados para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços-ARP Grupo II – Linha dos intensivos e cirúrgicos



Fonte: Elaborado pelo autor/novembro de 2023

Gráfico 5: Indicadores anuais (CSS/SES/SP) orientados para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços-ARP – Grupo III - Linha dos estratégicos comuns à Rede Hospitalar



Fonte: Elaborado pelo autor/novembro de 2023

Em relação ao gráfico 1, todos os itens apresentaram redução significativa nos quantitativos se comparados o exercício de 2019 à 2022, quando foram compradas 1.718.178 formas farmacêuticas (unidades) à menos durante aquele período. Dos quais 19,28%, correspondeu a redução do número de antibióticos, 53,39%, correspondente aos medicamentos utilizados na linha de cuidado intensivo e cirúrgico, seguido de 7,23%, correspondentes aos medicamentos pertencentes a linha de estratégicos comuns à rede hospitalar.

Tal redução dos quantitativos de compras reforçou performance vivida pelo sistema público de saúde naquele período de pandemia, onde grande parte dos leitos de terapia intensiva, e centros de cirurgia, foram adequados para atendimento prioritário e exclusivo de média e alta gravidade em covid-19, restando

diminuta porta de entrada assistencial destinada ao cuidado regular dos casos de baixa complexidade, exatamente o grupo que apresentou menor percentual de redução das compras.

Quanto aos custos detalhados por grupo de estudo de medicamentos, compreendidas as três linhas de cuidado, os achados representados pelos gráficos acima (gráficos 3, 4, e 5) indicaram que embora tenha havido redução dos quantitativos de compras para atendimento da performance assistencial da pandemia, na prática, essa curva de redução quantitativa não fora suficiente e relevante para “diluir” os ganhos decorrentes da implementação dos medicamentos em ARPs ocorrida durante o 2º semestre/2019 ao 2º semestre/2020. Isso pode ser compreendido a partir do gráfico 2, onde estão apontados os períodos “em dias” durante aqueles dois exercícios, sem cobertura de ata de registro de preços em favor dos medicamentos da amostra, com destaque para o exercício de 2019, onde todos os grupos representados apresentaram número de dias sem cobertura de ARP superior a 270 dias, no caso dos antibióticos, 283 dias sem cobertura, portanto, 78,9%, daquele ano os medicamentos foram comprados com margem de sobre preço definida pelo mercado em desfavor da boa prática de compras públicas em saúde.

Já para os exercícios subsequentes de 2020, 2021, e 2022, percebe-se claramente que a implementação de ARP se mostrou efetiva reduzindo para média de 79, 135, e 96 dias sem cobertura de ARP respectivamente.

Quanto a projeção de economia oportunizada (quadro 8, 6ª coluna), restou demonstrado que caso as Unidades hospitalares comprassem todos aqueles itens da amostra, pagando por esses medicamentos o menor valor ofertado ao Estado (ARP) por um período de 12 (doze) meses (vigência regular de uma ARP), o total projetado em economia durante o exercício de 2019 seria de R\$ 210.960.459,61.

O resultado indicados para os subsequentes exercícios (anos) de 2020, 2021, e 2022, ratificou a proposta de estratégia de compras, uma vez que a implementação de ARP para grande parte daquela amostra de medicamentos se mostrou efetiva, indicando redução dos valores de economia doravante projetados, ou seja, quanto mais itens adquiridos por modalidade de ARP durante um determinado exercício, menor será a projeção de economia, pois a ideia dessa projeção, baseia-se no fato de o Estado ter a opção de pagar o maior ou menor

valor pelo item na ausência da ARP vigente, ou seja, quando se tem vigente uma ARP, o valor de compra se torna estático por um ou dois exercícios subsequentes, impedindo, portanto, que essas unidades adquiram por maior valor aqueles estabelecidos no processo de compra, conseqüentemente são reduzidas as projeções de economia.

A vista das análises e resultados aqui discutidos, fora possível concluir que para além do objetivo original envolvido com a redução dos custos tratados ao longo desse título, outros benefícios puderam ser observados em relação a mudança de cultura organizacional da administração local. Restou percebido que não somente fora possível de ser implantado, como o modelo proposto assistiu satisfatoriamente a gestão das unidades da “ponta” (hospitais), mormente pelos ganhos já mencionados e ligados a assistência direta ao paciente, seguido dos benefícios outros vinculados a instrução de três grandes processos licitatórios que deixaram de ser instruídos, dispensando o emprego de equipe administrativa, com dedicação superior a 100 dias por processo executado, permitindo que inúmeros outros processos indiretos fossem, de igual modo, otimizados.

Outro, diz respeito a oportunidade despertada por entre as equipes dos hospitais em avançar no aperfeiçoamento do modelo, uma vez que há outras categorias e grupos de medicamentos que sugerem indicar benefícios tanto aos pacientes quanto a administração, como, por exemplo, a linha de oncológicos, infantil, doenças raras, e saúde mental. Todos esses, possibilitaram que a gestão e equipes de apoio atestassem pela sustentabilidade do modelo e defesa da proposta e necessidade de seu avanço regular.

Quanto a possível contribuição para consolidação do direito à saúde pela via da ampliação do acesso e integralidade da assistência terapêutica medicamentosa, embora se mostre necessário o aprofundamento do estudo, catalogando e confrontando as características implícitas e explícitas percebidas durante as fases do processo não inovado e inovado (transição). Contudo, à luz dos temas e defesas que se faz no contexto do segmento de Cidades Inteligentes e Sustentáveis-CIS, e Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis da Organização das Nações Unidas (ODS/UNU), acredita-se que quando a Administração, de modo muito “simples”, compra melhor (compra mais pelo mesmo valor), não somente reduz o número de faltas de medicamentos para manutenção da

assistência prestada aos doentes, como aumenta a qualidade de vida desse doente que tem o seu tratamento garantido. O impacto desse alcance, acha respaldo em grande parte da literatura de saúde coletiva como uma das vias para ampliação do acesso e da integralidade, princípios estabelecidos na CF/1988, e perseguido pelos operadores do sistema público de saúde diuturnamente.

Pressuposto ter alcançado alguns benefícios capaz de agregar valores positivos para política pública de saúde, algumas situações puderam ser evidenciadas ao longo do estudo como limitantes para o desenvolvimento do trabalho, principalmente, em relação ao aspecto prático que decorre do processo de implementação do modelo proposto. Geralmente o fator limitante para o desenvolvimento de qualquer projeto a ser executado nos limites da administração pública e, sem dúvida, o financiamento do projeto, seguido da estrutura normativa, e disposição de Recursos Humanos (RH), nesse caso, não foram esses os fatores limitantes percebidos nesse estudo, até, porque, desde o início, a proposta baseou-se na inovação de processo de trabalho sem dispêndio de recursos financeiros adicionais, seguido pelo uso de dados/informações públicas definidas pela legislação como de “domínio público”, valendo-se da estrutura de RH existente.

Nesse sentido, buscamos discorrer sobre alguns desses fatores julgados limitantes, observados no curso do presente estudo, como forma de permitir que se mantenham as discussões em torno desses temas tão intrínsecos e nocivos ao desenvolvimento dos projetos de inovação na administração pública. O primeiro desses fatores diz respeito a naturalizada e permanente descontinuidade dos projetos sujeitos as opções do “gestores de plantão”, que em face do seu poder discricionário e em função da recorrente alternância política dos agentes, impõem à máquina pública permanentes situações de retrocessos de seus projetos quer sejam de natureza técnica, política e/ou administrativa.

O segundo fator percebido diz respeito a redução da autonomia das instâncias de gestão local, que para dar cumprimento à estrutura burocrática e departamentalizada, estimulam a fragmentação dos processos a ponto de elevarem as chances de descontinuí-los, mesmo quando eles se mostram evidentemente viáveis e agregadores de valor institucional e social. Um terceiro fator não menos relevante de ser descrito, diz respeito a influência política na adição de projetos concorrentes, muitas vezes colidentes com as ações previstas para execução da política pública do Estado, se mostrando também redutores de autonomias técnicas dos agentes

operadores do sistema. Por derradeiro, esse último diz respeito ao “lobby” da indústria farmacêutica que, culturalmente, exerce poder sobre o sistema de saúde impondo a manutenção de exclusividades tecnológicas cujo custo efetividade, nem sempre são compatíveis com os princípios e diretrizes do sistema, absorvidos e padronizados para o consumo de milhares de pacientes pela via da judicialização.

REFERÊNCIAS

<<https://cns/3120-resolucao-n-719-de-17-de-agosto-de-2023>> Acesso em 03 de dezembro de 2023.

<<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3120-resolucao-n-719-de-17-de-agosto-de-2023>> Acessado em 03 de dezembro de 2023.

<<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>>

<<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>>

<https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9357/1/td_2500.pdf>Acessado em 03 de dezembro de 2023

<https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9357/1/td_2500.pdf>Acessado em 03 de dezembro de 2023.

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/publicacoes/pama-para-o-brasil-2019-2023.pdf>> Acessado em 06 de janeiro de 2024.

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12587.htm>

<<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/03/governo-de-sp-transfere-gestao-do-cratod-a-organizacao-social-de-saude.shtml>> Acessado em 03 de dezembro de 2023.

<<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/03/governo-de-sp-transfere-gestao-do-cratod-a-organizacao-social-de-saude.shtml>> Acessado em 03 de dezembro de 2023. Acessado em 21 de janeiro de 2024. ALEMANHA.

ALEMANHA, **Constituição Federal**, 1919.

BEC – Bolsa Eletrônica de Compras do Estado de São Paulo. Disponível em: <<https://www.bec.sp.gov.br/BECSP/Home/Home.aspx>> Acesso em: 08 de abril de 2023.

BERGUE, S. T. **Cultura e mudança organizacional** (3a ed. rev. atual.). Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.

BERGUE, S. T. **Cultura e Mudança Organizacional**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC; (Brasília): CAPES: UAB, 2010. 106p.il.

BRASIL. **Constituição Federal**, 1988. BRASIL.

Lei nº 13.243/2016 BRASIL.

BRASIL. **Ministério da Administração e Reforma do Estado. Plano diretor da reforma do aparelho do Estado.** 1995. Disponível em: <<https://www.bresserpereira.org.br/in-dex.php/mare-ministerio-da-reforma-do-estado/documents-of-the-1995-managerial-reform/7181-121>> Acesso em: 03 de dezembro de 2023.

CASTRO, J. A. **Política social e desenvolvimento no Brasil. Economia e Sociedade,** Campinas, v.21, Número especial, p.1011 – 1042, dez. 2012.

CATMAT- **Catálogo de Materiais.** Disponível em: <https://www.bec.sp.gov.br/BEC_Catalogo_ui/CatalogoPesquisa3.aspx?chave=>> Acesso em: 08 de abril de 2023.

COMPARATO, F. Konder. (2003). **A afirmação histórica dos direitos humanos.** vol.7.ed. rev. e ampl.- São Paulo. Saraiva, 2010.

CONASS (2016). Disponível em: <saudeamanha.fiocruz.br/desafios-do-sus/#.ZERTsnbMI2z> Acesso em 08 de abril de 2023.

DANTAS de Paula, L. P., DANJOUR, M. F., MEDEIROS, B. C., & Añez, M. E. M. (2015). **Inovações em processos de tecnologia: um estudo de caso em uma empresa de contabilidade da cidade do natal/RN.** HOLOS,6, 196. Disponível em: <<https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/3200>> Acesso em: 08 de abril de 2023.

EDUCAÇÃO, H. **Entendendo o Planejamento Urbano nas Cidades Inteligentes.** Disponível em: <<https://hubse.com.br/entendendo-o-planejamento-urbano-nas-cidades-inteligentes/>>. Acesso em 20 de janeiro de 2024.

e-GRPS - **Sistema Eletrônico de Gerenciamento de Registro de Preços.** Disponível em: <https://www.bec.sp.gov.br/compartilhado_ui/Login/Login.aspx?chave=>> Acesso em 08 de abril de 2023.

Emenda Constitucional nº 90, de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc90.htm> Acesso em: 08 de abril de 2023.

Estado Brasileiro (1995) BRASIL. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/in-dex.php/rap/article/view/6289/4880>> Acessado em 08 de abril de 2023.

FERREIRA et al., 2005. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcqlclefindmkaj/https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/145398/1/PNAP%20%20GP%20-%20Cultura%20e%20Mudanca%20Organizacional.pdf>. Acessado em 22/04/2023.

FLEURY, S. M.; OUVÉNEY, A.M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/QDv8S89N78kFZcYKKJfHCw/?lang=pt>> Acesso em 22 de abril de 2023.

FURTADO, C. **Desenvolvimento e subdesenvolvimento.** Rio de Janeiro: Editora Fundode Cultura, 1961.

GADELHA, A. **A doença e suas circunstâncias - Desenvolvimento e Pandemia transformação estrutural para além de um novo normal.** 2020.

GADELHA, A. **Complexo Econômico-Industrial da Saúde: a base econômica e material do Sistema Único de Saúde.** Cadernos de Saude Publica, 38Suppl 2(Suppl 2), e00263321, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00263321>> Acesso em 22 de abril de 2023.

GADELHA, A. **O Complexo econômico industrial da saúde no Brasil hoje.** 2020.

GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. (2018). **Development, innovation and health: The theoretical and political perspective of the health economic industrial complex.** *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(6), 1891–1902. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06482018>> Acesso em 22 de abril de 2023.

GRANOVETTER, M. (1985). **Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness.** Disponível em: <<http://about.jstor.org/terms>> Acesso em 22 de abril de 2023.

HAMEL, G. **O porquê, o quê e o como da gestão da inovação.** Harvard Business Review, vol.84, n.2, fevereiro, pp.72-84, 2006.

<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/coordenadorias/coordenadoria-de-servi-cos-de-saude-css>> Acessado em 08 de abril de 2023.

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1366-a-atencao-a-saude-coordenada-pela-aps-construindo-as-redes-atencao-no-sus-serie-navegadorsus-n-2-6&category_slug=serie-navegadorsus-239&Itemid=965

IBGE(2017).Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/cien-cia-tecnologia-e-inovacao/9141-pesquisa-de-inovacao.html?edicao=27431&t=desta-ques>> Acesso em 26 de janeiro de 2023.

IBGE. **Contas Nacionais. Conta-Satélite de Saúde 2010-2019.** n.87 – Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Contas Nacionais. 2022. Acessado em 26/01/2023.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2019. Informações sobre domicílios,** acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação/IBGE,Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2022.

KEYNES, J. **O fim do “laissez-faire”.** 1926. Disponível em: <<http://www.cefe-tsp.br/edu/eso/globalizacao/fimlaissezfaire.html>> Acesso em 22 de abril de 2023.

Lei nº 10973. **Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências.** Brasília (DF): Congresso nacional; 2004.

Lei nº 12.587, de 3 de janeiro de 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/l12587.htm

LORENZETTI, J. et al. **Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 21, n. 2, p. 432–439, jun. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/63hZ64xJVrMf5fwsBh7dnnq/?lang=pt>> Acesso em: 08 de abril 2023.

MARX, K. **O Capital crítica da economia política.** 1985.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde Belo Horizonte:** Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MEXICO. **Constituição Federa,** 1917.

Ministério da Saúde, 2010, BRASIL.

Ministério de Desenvolvimento Regional (MDR) 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/desenvolvimento-urbano/carta-brasileira-para-cidades-inteligentes/CartaBrasileiraparaCidadesInteligentes2.pdf>> Acesso em 08 de abril de 2023.

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <<https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>> Acesso em: 22 de abril de 2023.

OCDE (2019). Disponível em: <<https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/informes/ocde-divulga-relatorio-sobre-gastos-em-saude-e-brasil-esta-entre-os-ultimos>> Acesso em 26 de janeiro de 2023.

OCDE, (2006). Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcgclefind-mkaj/http://www.finep.gov.br/images/apoio-e-financiamento/manualoslo.pdf>. Acesso em 22/04/2023.

ONU, 2000. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcgclefind-mkaj/https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizadores.pdf. Acessado em 22/04/2023.

ONU,1948. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por>> Acessado em 08 de abril de 2023.

ONU. **The Value of Sustainable Urbanization.** 2020. www.unhabitat.org.

ONU. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** 2015.

Organização Mundial de Saúde (OMS, 1947). Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-saude/>> Acesso em 08 de abril de 2023.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate [Internet].

Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2011 [citado 2019 Fev 28]. 113 p. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documents>

PAIVA, C. H. A.; Teixeira, L. A. **Reforma sanitária e a criação do sistema único de Saúde: Notas sobre contextos e autores. Historia, Ciencias, Saude** - Manguinhos, 21(1), 15–35, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>

PEREIRA, J.; BALTAR, V.; MELLO, D. **Sistema Nacional de Inovação em Saúde: re-lações entre áreas da ciência e setores econômicos** (Vol. 38, Issue 1). 2004. www.fsp.usp.br/rsp

PLONSKI, Guilherme Ary. **Inovação em transformação**. ROBL FILHO, I. N. **Constituição mexicana de 1917 e os avanços**. Revista Mexicana de Derecho Constitucional, 36, 361–363, 2017.

SÃO PAULO (Estado). CAUFESP – **O Cadastro de Fornecedores do Estado de São Paulo**.

Disponível em: https://fornecedorsp.com.br/?qclid=Cj0KCQjwxMmhBhDJA-RlsANFGOSs8Ttj2vDCILHby-VN1QHmvxcP5ZyeWkPCySxOAxOQsyw-Kqkb2cD84aAp0XEALw_wcB Acesso em 08 de abril 2023.

SCHUMPETER, J. A.; POR, E.; ALLEN, G. **CAPITALISMO, SOCIALISMO E DEMOCRACIA**. 1983.

SCHUMPETER, J. **The Theory of Economic Development**. Harvard University Press, Cambridge Massachusetts, 1934.

SIAFEM - **Sistema integrado que contempla a Contabilidade do Estado**.

Disponível em: <https://www.contabilizasp.fazenda.sp.gov.br/SIAFEMNET/Publico/ApresentacaoSIAFEMNET.aspx> Acesso em 08 de abril de 2023.

SIAFISICO - **Sistema Integrado de Informações Físico-Financeiras**. Disponível em: <https://www.contabilizasp.fazenda.sp.gov.br/SIAFEMNET/Publico/ApresentacaoSIAFISICO.aspx> Acesso em 08 de abril de 2023.

SIGEO-BI – **Sistema de Informações Gerenciais da Execução Orçamentária** Disponível em: <https://portal.fazenda.sp.gov.br/servicos/sigeo-bi> Acesso em 08 de abril de 2023.

SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 2009.

SORATTO, J.; Pires, D. E. P. de; Dornelles, S.; Lorenzetti, J. Family health strategy: **A technological innovation in health. Texto e Contexto Enfermagem**, 24(2), 584–592, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001572014> Acesso em 22 de abril de 2023.

SOUZA, C.; CARVALHO, I. M. M. **Reforma do Estado Descentralização e Desigualdades**. 1999. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0102-64451999000300011>

WAGNER, Gastão, 2017. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/artigo **GASTAO REVISTA** 3 marco 2017.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/artigo_GASTAO_REVISTA_3_marco_2017.pdf). Acesso em 08/04/2023.

ANEXO A - Relação das Unidades Assistenciais

Nº	UNIDADE	ESPECIALIDADE	Endereço	Município
1	GRUPO DE RESGATE E ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS-GRAU	Pré-Hospitalar	PRAÇA CLÓVIS BEVILACQUA ,421 - CENTRO - CEP01018-001	São Paulo
2	CSI PINHEIROS	Ambulatório de Especialidades	R. FERREIRA DE ARAÚJO ,789 - PINHEIROS - CEP05428-002	São Paulo
3	NGA VÁRZEA DO CARMO		RUA LEOPOLDO MIGUEZ ,327 - GLICÉRIO - CEP01518-020	São Paulo
4	INSTITUTO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA	Ambulatório de Especialidades (Geriatria)	PRAÇA PADRE ALEIXO MONTEIRO MAFRA, 34 - SÃO MIGUEL PAULISTA - CEP08011-010	São Paulo
5	INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA	Ambulatório de Especialidades (Tisiologia)	R. DA CONSOLACAO ,717 - CONSOLACAO - CEP01301-000	São Paulo
6	CAPS PROF. LUIS DA ROCHA CERQUEIRA (CAPS ITAPEVA)	CAPS	RUA ITAPEVA ,700 - CERQUEIRA CESAR - CEP01332030	São Paulo
7	CENTRO DE REFERÊNCIA DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS- CRATOD	CAPS AD	RUA PRATES ,165 - BOM RETIRO - CEP01121-000	São Paulo
8	CENTRO PIONEIRO EM ATENÇÃO PSICOSOCIAL ARQUITETO JANUÁRIO JOSÉ EZEMPLARI	Psiquiatria ("RESIDÊNCIA TERAPEUTICA")	ROD. EDGARD MAXIMO ZAMBOTTO, KM 46,5, S/N - SERRA DOS CRISTAIS - CEP07834-000	Franco da Rocha
9	INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA	Hospital Especializado (Cardiologia)	AV. DR. DANTE PAZZANESE ,500 - IBIRAPUERA - CEP04012-909	São Paulo
10	INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS	Hospital Especializado (Infectologia)	AV DR ARNALDO ,165 - CERQUEIRA CÉSAR - CEP01246-900	São Paulo

Nº	UNIDADE	ESPECIALIDADE	Endereço	Município
11	HOSPITAL INFANTIL CANDIDO FONTOURA	Hospital Infantil	RUA SIQUEIRA BUENO ,1757 - ÁGUA RASA - CEP03173-010	São Paulo
12	HOSPITAL INFANTIL DARCY VARGAS		R SERAPHICO DE ASSIS CARVALHO ,34 - JARDIM GUEDALA - CEP05614-040	São Paulo
13	HOSPITAL ESTADUAL DE CAIEIRAS	Hospital Maternidade	RUA FLÁVIO AUGUSTO DE MORAES ,100 - CENTRO - CEP07770-000	Caieiras
14	HOSPITAL ESTADUAL DE PRESIDENTE PRUDENTE		AV CORONEL JOSÉ SOARES MARCONDES ,3758 - JARDIM BONGIOVANI - CEP19050-230	Presidente Prudente
15	HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS		RUA LEONOR ALVIM ,211 - JARDIM LEBLON - CEP04802-190	São Paulo
16	HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS		AV CELSO GARCIA ,2477 - BELENZINHO - CEP03015-000	São Paulo
17	HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS	Hospital Geral	PRAÇA DR SYMPHRONIO A. DOS SANTOS, s/n - CENTRO - CEP19814-010	Assis
18	HOSPITAL GERAL DR ÁLVARO SIMÕES DE SOUZA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA		AV DEPUTADO EMÍLIO CARLOS ,3000 - V.N.CACHOEIRINHA - CEP02720-200	São Paulo
19	HOSPITAL DR OSIRIS FLORINDO COELHO DE FERRAZ DE VASCONCELOS		RUA PRUDENTE DE MORAES ,230 - VILA CORREIA - CEP08502-230	Ferraz de Vasconcelos
20	HOSPITAL GERAL DE GUAIANASES JESUS TEIXEIRA DA COSTA		AV MIGUEL ACHIOLE DA FONSECA ,135 - JARDIM SÃO PAULO - CEP08461-110	São Paulo
21	HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO		RUA OSWALDO CRUZ ,197 - BOQUEIRÃO - CEP11045-904	Santos
22	HOSPITAL HELIÓPOLIS		R CÔNEGO XAVIER ,276 - SACOMÃ - CEP04231-030	São Paulo
23	HOSPITAL IPIRANGA		AV NAZARÉ ,28 - IPIRANGA - CEP04262-000	São Paulo
24	CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI		RUA VOLUNTÁRIOS DA PÁTRIA ,4301 - MANDAQUI - CEP02401-400	São Paulo

Nº	UNIDADE	ESPECIALIDADE	Endereço	Município	
25	HOSPITAL ESTADUAL DE MIRANDÓPOLIS	Hospital Geral	AV DR RAUL DA CUNHA BUENO ,585 - CENTRO - CEP16800-000	Mirandópolis	
26	HOSPITAL REGIONAL DE OSASCO VI- VALDO SIMÕES DE SOUSA		RUA ARI BARROSO ,355 - PRES ALTINO - CEP06216-240	Osasco	
27	COMPLEXO HOSPITALAR PADRE BENTO DE GUARULHOS		AV EMÍLIO RIBAS ,1819 - GOPOUVA - CEP07051-000	Guarulhos	
28	HOSPITAL GERAL DE VILA PENTEADO DR JOSÉ PANGELLA		AV MINISTRO PETRÔNIO PORTELA ,1642 - JD. IRACEMA - CEP02802-120	São Paulo	
29	HOSPITAL GERAL PREFEITO MIGUEL MARTIN GUALDA DE PROMISSÃO		AV GENERAL EURICO GASPAR DUTRA ,620 - CENTRO - CEP16370-000	Promissão	
30	HOSPITAL REGIONAL SUL		RUA GENERAL ROBERTO ALVES DE CARVALHO FILHO ,270 - SANTO AMARO - CEP04744-000	São Paulo	
31	HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS DR MANOEL BIFULCO		RUA ÂNGELO DE CANDIA ,540 - SÃO MATEUS - CEP03958-000	São Paulo	
32	HOSPITAL GERAL DE TAIPAS KÁTIA DE SOUZA RODRIGUES		AV ELISIO TEIXEIRA LEITE ,6999 - PARADA DE TAIPAS - CEP02810-000	São Paulo	
33	CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SA- ÚDE PROF. CANTÍDIO DE MOURA CAM- POS		Psiquiatria	AVENIDA JOSÉ ÍTALO BACCHI, S/N - JD AEROPORTO - CEP18.606-851	Botucatu
34	CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SA- ÚDE SANTA RITA DO PASSA QUATRO			AV PADRE PIO CORSO ,1523 - JARDIM - CEP13670-000	Santa Rita do Passa Quatro
35	CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL DR. DAVID CAPISTRANO DA COSTA Fº	AVENIDA MIGUEL ESTEFANO ,3030 - ÁGUA FUNDA - CEP04301- 002		São Paulo	
36	CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL PHILIPPE PINEL	AV RAIMUNDO PEREIRA DE MAGALHÃES ,5214 - PIRITUBA - CEP02938-000		São Paulo	
37	CENTRO DE REABILITAÇÃO DE CASA BRANCA	RODOVIA SP 340 KM 238, S/N - ZONA RURAL - CEP13700-000		Casa Branca	
38	HOSPITAL SANTA TEREZA DE RIBEIRÃO PRETO	AV ADELMO PERDIZZA ,495 - ALTO DA BOA VISTA - CEP14026- 390		Ribeirão Preto	

39	COMPLEXO HOSPITALAR DO JUQUERY	Psiquiatria	AV DOS COQUEIROS ,300 - CENTRO - CEP07850-320	Franco da Rocha
40	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DR ARNALDO PEZZUTI CAVALCANTI	Hanseníase/crônicos	RODOVIA ENGº CÂNDIDO REGO CHAVES, KM 3,5 - JUNDIAPEBA - CEP08751-001	Mogi das Cruzes
41	CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE CLEMENTE FERREIRA - LINS	Psiquiatria/Neurologia	ESTRADA LINS-GUAIÇARA KM-04, - RURAL - CEP16400970	Lins
42	HOSPITAL ESTADUAL ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DR.FRANCISCO RIBEIRO ARANTÉS	Hanseníase/Neurologia	RODOVIA WALDOMIRO CORREA DE CAMARGO, km 62 - TAPERÁ GRANDE - CEP13308905	Itu
43	INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA	Hanseníase	RODOVIA CTE JOAO RIBEIRO DE BARROS, KM 225-226 - AIMORES - CEP17034-971	Bauru
44	HOSPITAL NESTOR GOULART REIS	Tisiologia	RUA PEDRO FRIGERI ,10 - SANTA TEREZINHA - CEP14821-140	Américo Brasiliense

Fonte: SES-SP/CSS/Núcleo de Informação Hospitalar (2023)

ANEXO B - Relatório de medicamentos selecionados

nº de ordem	Siafisico	Item Medicamento	Grupo
1	1227165	Ampicilina Sódica 1000mg - Pó liofilo para solução injetável	Antimicrobianos
2	1975773	Ceftriaxona 1g / pó liofilo para solução injetável - IV	Antimicrobianos
3	165140	Cefepima, Cloridrato 1g - pó liofilo para solução injetável	Antimicrobianos
4	119954	Cefazolina Sodica 1 g - pó liofilo para solução injetável	Antimicrobianos
5	2853280	Ciprofloxacina 200mg 2mg/ml solução injetável	Antimicrobianos
6	108723	Colagnase 0,6UI/g + Cloranfenicol 0,01 g/g /pomada dermatológica – [Unidade: de fornecimento: Grama]	Antimicrobianos
7	237612	Claritromicina, Lactobionato 500 mg / pó liofilo para solução injetável – [Unidade de fornecimento: frasco - ampola]	Antimicrobianos
8	753165	Imipenem 500mg + Cilastatina Sodica 500mg - 100ml (I.V.) - Sistema Fechado [Unidade de Fornecimento: Frasco ampola/Bolsa diluente]	Antimicrobianos
9	111970	Meropenem Triidratado 500mg - pó liofilo para solução injetável	Antimicrobianos
10	110299	Oxacilina 500 mg - pó liofilo - injetável	Antimicrobianos
11	513865	Piperacilina 4 g + Tazobactam 500 mg - pó liofilo - injetável	Antimicrobianos
12	811564	Polimixina B, Sulfato 500.000UI / pó liofilo para solução injetável	Antimicrobianos
13	111198	Vancomicina 500mg Inj.	Antimicrobianos
14	106330	Fentanila, Citrato 78,5 mcg/ml (equivalente a 50 mcg de fentanila) - solução injetável - 10 ml - IV	Linha intensiva e cirúrgica
15	103209	Midazolam cloridrato 5mg/ml inj. 3ml	Linha intensiva e cirúrgica
16	202088	Midazolan 5 mg/ml - solução injetável - 10 ml	Linha intensiva e cirúrgica
17	622826	Propofol 10mg/ml - ser. preench. 50ml - p/ bomba de infusão	Linha intensiva e cirúrgica
18	157910	Sevoflurano 1ml/ml - solução para inalação - sistema fechado	Linha intensiva e cirúrgica

nº de ordem	Siafisico	Item Medicamento	Grupo
19	480282	Tramadol, Cloridrato 50 mg/ml - solução injetável - 2 ml	Linha intensiva e cirúrgica
20	103268	Aciclovir 250mg inj.	Estratégico rede hospitalar
21	105848	Água para injeção 10ml - estéril - - [Unidade de Fornecimento: Ampola]	Estratégico rede hospitalar
22	823104	Alteplase 50 mg / pó liofilo para solução injetável	Estratégico rede hospitalar
23	2626748	Bicarbonato de Sódio 84 mg/ml (8,4%) - solução injetável 250 ml - sistema fechado	Estratégico rede hospitalar
24	463205	Cetoprofeno 100mg inj. EV	Estratégico rede hospitalar
25	269549	Cloreto de sódio 9mg/ml (0,9%) 10ml [Unidade de Fornecimento: Ampola]	Estratégico rede hospitalar
26	3043932	Clorexidina, digliconato (ou gliconato) 20mg/ml (2%), solução degermante (sabonete líquido), frasco/frasco almotolia, com tampa principal tipo aplicador longo	Estratégico rede hospitalar
27	1482432	Clorexidina, Digliconato (ou gliconato) 5 mg/ml (0,5%) - solução alcoólica - dermatológico	Estratégico rede hospitalar
28	1792229	Cloreto de sódio 0,9% injetável, bolsa flex 250ml, S/PVC, SIST.FECHADO	Estratégico rede hospitalar
29	480487	Dexametasona, Fosfato Dissódico 4mg/mL - 2,5mL - IM/IV	Estratégico rede hospitalar
30	103390	Diclofenaco Sódico 25mg/ml Inj. 3ml - [Unidade de Fornecimento: Ampola]	Estratégico rede hospitalar
31	105805	Dipirona Sódica 500mg/ml Inj. 2ml	Estratégico rede hospitalar
32	105937	Epinefrina, 1mg - [Unidade de Fornecimento: Ampola]	Estratégico rede hospitalar
33	109150	Glicose 50mg/ml (5%) [Unidade de fornecimento: frasco-ampola]	Estratégico rede hospitalar
34	110272	Heparina, Sódica 5.000 UI/ML [Unidade de fornecimento: frasco ampola 5ml]	Estratégico rede hospitalar
35	110302	Heparina , Sódica 5.000UI / 0,25ML [unidade de fornecimento: frasco-ampola]	Estratégico rede hospitalar
36	110248	Hidrocortisona succinato sódica 100mg pó liof. inj - [Unidade de Fornecimento: Ampola]	Estratégico rede hospitalar
37	110221	Hidrocortisona, Succinato Sodico 500mg / pó liofilo para solução injetável	Estratégico rede hospitalar
38	501093	Lidocaina, Cloridrato 20mg/g - gel dermatologico	Estratégico rede hospitalar

39	501115	Lidocaina, Cloridrato 20 mg/ml (2%) - solução injetável - 20mL	Estratégico rede hospitalar
40	1957279	Metronidazol 5 mg/ml (0,5%) - solução injetável	Estratégico rede hospitalar
41	1241575	Norepinefrina, Hemitartarato 2mg/mL - 4mL - solução injetável - IV	Estratégico rede hospitalar
42	158240	Omeprazol 40mg - pó liofilo - Sol. Injetável	Estratégico rede hospitalar
43	0	Ranitidina, Cloridrato 25mg/ml - solução injetável - 2ml	Estratégico rede hospitalar
44	280461	Cloreto de Sódio 0,6 g/100 ml + Cloreto de Potássio 0,03 g/100 ml + Cloreto de Cálcio 0,02 g/100 ml + Lactato de Sódio 0,3 g/100 ml - solução injetável - 500 ml	Estratégico rede hospitalar
45	161217	Tenoxicam 20mg - pó liofilo para solução injetável	Estratégico rede hospitalar
46	765287	Fração Fosfolipídica de Pulmão Porcino 80 mg/ml - suspensão injetável - 1,5ml - [Unidade de fornecimento: frasco-ampola]	Estratégico rede hospitalar

Fonte: BEC-SP/Bolsa Eletrônica de Compras de São Paulo (2023)

ANEXO C: Relatório anual orientado para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços – 2019

	Siafísico	Medicamento	Grupo estratégico	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (Março a Dezembro)	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (dez meses) multiplicado pelo menor valor pago pelo Estado	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (dez meses) multiplicado pelo maior valor pago pelo Estado	diferença entre o maior e o menor valor pago pelo Estado em relação ao consumo efetivamente adquirido (dez meses)	projeção de economia para 12 meses (equivalente a vigência de uma ARP de Registro de Preços)	MENOR valor efetivamente negociado com Estado/UGE adquirente	MAIOR valor efetivamente negociado com Estado/UGE adquirente	Período de cobertura de ARP
1	1227165	AMPICILINA SODICA 1000MG,FRASCOAMPO LA/AMPOLA	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	88.950	R\$ 195.690,00	R\$ 389.601,00	R\$ 193.911,00	R\$ 232.693,20	R\$ 2,20	R\$ 4,38	M132/2019 Public. Inc. 29.11.2019 Vencimento 29.11.2020
2	1975773	CEFTRIAXONA 1G, INJETAVEL, FRASCO-AMPOLA/AMPOLA,IV	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	430.650	R\$ 2.110.185,00	R\$ 7.751.700,00	R\$ 5.641.515,00	R\$ 6.769.818,00	R\$ 4,90	R\$ 18,00	Não houve ARP
3	165140	CEFEPIMA 1 G ,INJETAVEL,AMPOL/FRASCO-AMPOLA	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	58.628	R\$ 275.551,60	R\$ 1.436.386,00	R\$ 1.160.834,40	R\$ 1.393.001,28	R\$ 4,70	R\$ 24,50	Não houve ARP
4	119954	CEFAZOLINA SODICA 1 G,INJETAVEL,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA + DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	157.090	R\$ 766.599,20	R\$ 3.652.342,50	R\$ 2.885.743,30	R\$ 3.462.891,96	R\$ 4,88	R\$ 23,25	Não houve ARP
5	2853280	CIPROFLOXACINA 2MG/ML(200MG)EM SOL NA CL,INJ,BOLSA/FRAS 100ML,SIST FECH	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	48.692	R\$ 888.629,00	R\$ 1.896.553,40	R\$ 1.007.924,40	R\$ 1.209.509,28	R\$ 18,25	R\$ 38,95	Não houve ARP
6	108723	COLAGENASE+CLORAN FENICOL (0,6UI+0,01G)/G,POMADA,BISNAGA/G	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	897.200	R\$ 170.468,00	R\$ 1.345.800,00	R\$ 1.175.332,00	R\$ 1.410.398,40	R\$ 0,19	R\$ 1,50	M132/2019 Public. Inc. 07.11.2019 Vencimento 07.11.2020
7	237612	CLARITROMICINA 500 MG,INJETAVEL,AMPOLA /FRASCO-AMPOLA+DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	8.956	R\$ 228.378,00	R\$ 410.184,80	R\$ 181.806,80	R\$ 218.168,16	R\$ 25,50	R\$ 45,80	M134/2019 Public. Inc. 07.11.2019 Vencimento 07.11.2020

8	753165	IMIPENEM/CILASTATINA SODICA 500MG/500MG,INJETAVEL	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	51.995	R\$ 881.835,20	R\$ 1.871.820,00	R\$ 989.984,80	R\$ 1.187.981,76	R\$ 16,96	R\$ 36,00	Não houve ARP
9	111970	MEROPENEMA, TRIIDRARPD 500MG,INJ,FRASCO-AMPOLA.	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	131.460	R\$ 1.091.118,00	R\$ 1.861.473,60	R\$ 770.355,60	R\$ 924.426,72	R\$ 8,30	R\$ 14,16	Não houve ARP
10	110299	OXACILINA 500MG, INJETAVEL, FRASCO-AMPOLA+DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	184.300	R\$ 280.136,00	R\$ 492.081,00	R\$ 211.945,00	R\$ 254.334,00	R\$ 1,52	R\$ 2,67	M134/2019 Public. Inc. 29.11.2019 Vencimento 29.11.2020
11	513865	PIPERACILINA SOD.+TAZOBACTAMA SOD.(4G +0,5G),INJ.,AMP/FRAMP+DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	118.969	R\$ 1.495.440,33	R\$ 4.758.760,00	R\$ 3.263.319,67	R\$ 3.915.983,60	R\$ 12,57	R\$ 40,00	M134/2019 Public. Inc. 14.11.2019 Vencimento 14.11.2020
12	811564	POLIMIXINA B, SULFATO 500.000UI,NJ.,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA/FRAMP+DIL	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	28.185	R\$ 416.010,60	R\$ 1.127.118,15	R\$ 711.107,55	R\$ 853.329,06	R\$ 14,76	R\$ 39,99	M136/2019 Public. Inc. 30.11.2019 Vencimento 30.11.2020
13	111198	VANCOMICINA 500MG,INJETAVEL,FRASCO-AMPOLA	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	175.174	R\$ 481.728,50	R\$ 1.483.723,78	R\$ 1.001.995,28	R\$ 1.202.394,34	R\$ 2,75	R\$ 8,47	M132/2019Public. Inc. 29.11.2019 Vencimento 29.11.2020
14	106330	FENTANILA, CITRATO 0,0785MG/ML(=0.05MG/ML FENTANIL) INJ AMP 10ML IV	Linha Intensiva Cirúrgica	367.250	R\$ 605.962,50	R\$ 2.203.500,00	R\$ 1.597.537,50	R\$ 1.917.045,00	R\$ 1,65	R\$ 6,00	M134/2019 Public. Inc. 20.11.2019 Vencimento 20.11.2020
15	103209	MIDAZOLAN, CLORIDRATO 5 MG/ML SOL INJ AMPOLA 3 ML PARENTERAL	Linha Intensiva Cirúrgica	89.840	R\$ 77.262,40	R\$ 808.560,00	R\$ 731.297,60	R\$ 877.557,12	R\$ 0,86	R\$ 9,00	M134/2019 Public. Inc. 26.11.2019 Vencimento 26.11.2020
16	202088	MIDAZOLAN, CLORIDRATO 5MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA FRASCO AMPOLA 10 ML	Linha Intensiva Cirúrgica	166.450	R\$ 316.255,00	R\$ 689.103,00	R\$ 372.848,00	R\$ 447.417,60	R\$ 1,90	R\$ 4,14	M134/2019 Public. Inc. 26.11.2019 Vencimento 26.11.2020
17	622826	PROPOFOL 10 MG/ML INJ SERINGA PREENCHIDA 50 ML PARENTERAL	Linha Intensiva Cirúrgica	4.423	R\$ 680.699,70	R\$ 760.756,00	R\$ 80.056,30	R\$ 96.067,56	R\$ 153,90	R\$ 172,00	Não houve ARP
18	157910	SEVOFLURANO 1MG/ML SOLUCAO FRASCO	Linha Intensiva Cirúrgica	86.178	R\$ 13.616.124,00	R\$ 55.153.920,00	R\$ 41.537.796,00	R\$ 49.845.355,20	R\$ 158,00	R\$ 640,00	Não houve ARP

19	480282	TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG/ML SOL INJ AMPOLA 2 ML PARENTERAL	Linha Intensiva Cirúrgica	375.790	R\$ 199.168,70	R\$ 950.748,70	R\$ 751.580,00	R\$ 901.896,00	R\$ 0,53	R\$ 2,53	M136/2019 Public. Inc. 01.11.2019 Vencimento 01.11.2020
20	103268	ACICLOVIR 250MG, INJETAVEL, FRASCO- AMPOLA/AMPOLA.	Linha dos Antimicrobia nos (antibiótico)	22.872	R\$ 176.571,84	R\$ 514.620,00	R\$ 338.048,16	R\$ 405.657,79	R\$ 7,72	R\$ 22,50	M131/2019 Public. Inc. 26.11.2019 Vencimento 26/11/2020
21	105848	AGUA PARA INJECAO,AMPOLA 10ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.779.750	R\$ 177.975,00	R\$ 94.326.750,00	R\$ 94.148.775,00	R\$ 112.978.530,00	R\$ 0,10	R\$ 53,00	Não houve ARP
22	823104	ALTEPLASE 50 MG INJETAVEL, AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.142	R\$ 2.214.338,00	R\$ 2.310.254,58	R\$ 95.916,58	R\$ 115.099,90	R\$ 1.939,00	R\$ 2.022,99	M136/2019 Public. Inc. 01.11.2019 Vencimento 01.11.2020
23	2626748	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 250 ML BOLSA/FRASCO SISTEMA FECHADO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	15.088	R\$ 244.727,36	R\$ 719.848,48	R\$ 475.121,12	R\$ 570.145,34	R\$ 16,22	R\$ 47,71	Não houve ARP
24	463205	CETOPROFENO 100 MG,FRASCO-AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	217.000	R\$ 423.150,00	R\$ 839.790,00	R\$ 416.640,00	R\$ 499.968,00	R\$ 1,95	R\$ 3,87	M132/2019 Public. Inc. 20.11.2019 Vencimento 20/11/2020
25	269549	CLORETO DE SODIO 0,9% EM AGUA PARA INJECAO,INJ,AMP/FRAS CO-AMP/FRS 10ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	2.610.600	R\$ 339.378,00	R\$ 1.331.406,00	R\$ 992.028,00	R\$ 1.190.433,60	R\$ 0,13	R\$ 0,51	Não houve ARP
26	3043932	CLOREXIDINA, GLUCON ATO 2% SOL DEGERMANTE ALMOTOLIA 100 ML DESCART	Linha Estratégica Rede Hospitalar	138.640	R\$ 180.232,00	R\$ 381.260,00	R\$ 201.028,00	R\$ 241.233,60	R\$ 1,30	R\$ 2,75	M059/2019 Public. Inc. 05.10.2019 Vencimento 15.10.2020
27	1482432	CLOREXIDINA, CLORIDR ATO 0,5%, SOL. ALCOOLICA, FRASCO DE 1000 ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	172.757	R\$ 167.574,29	R\$ 431.892,50	R\$ 264.318,21	R\$ 317.181,85	R\$ 0,97	R\$ 2,50	Não houve ARP
28	1792229	CLORETO DE SODIO 0,9%, INJETÁVEL, BOLSA FLEX. 250ML, S/PVC, SIST . FECHADO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	74.944	R\$ 129.653,12	R\$ 221.084,80	R\$ 91.431,68	R\$ 109.718,02	R\$ 1,73	R\$ 2,95	Não houve ARP
29	480487	DEXAMETASONA FRASCO- AMPOLA/AMPOLA 2,5 ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	354.540	R\$ 155.997,60	R\$ 659.444,40	R\$ 503.446,80	R\$ 604.136,16	R\$ 0,44	R\$ 1,86	Não houve ARP

30	103390	DICLOFENACO SODICO 75 MG,INJETAVEL,FRASCO-AMPOLA/AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	173.250	R\$ 81.427,50	R\$ 214.830,00	R\$ 133.402,50	R\$ 160.083,00	R\$ 0,47	R\$ 1,24	M110/2019 Public. Inic. 19.12.2019 Vencimento 19.12.2020
31	105805	DIPIRONA SODICA 1000 MG,INJETAVEL,AMPOLA /FRASCO AMPOLA.	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.633.270	R\$ 555.311,80	R\$ 3.184.876,50	R\$ 2.629.564,70	R\$ 3.155.477,64	R\$ 0,34	R\$ 1,95	M131/2019 Public. Inic. 21.12.2019 Vencimento 21.12.2020
32	105937	EPINEFRINA 1 MG,INJETAVEL,FRASCO-AMPOLA/AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	153.030	R\$ 221.893,50	R\$ 482.044,50	R\$ 260.151,00	R\$ 312.181,20	R\$ 1,45	R\$ 3,15	M131/2019 Public. Inic. 26.11.2019 Vencimento 26.11.2020
33	109150	GLICOSE SORO 5% EM AGUA P/ INJECÃO,INJ,FRASCO/BOLSA 500ML SIST.FECHADO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	268.479	R\$ 534.273,21	R\$ 1.243.057,77	R\$ 708.784,56	R\$ 850.541,47	R\$ 1,99	R\$ 4,63	M131/2019 Public. Inic. 07.11.2019 Vencimento 07.11.2020
34	110272	HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML FRASCO-AMPOLA/AMPOLA 5 ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	34.190	R\$ 292.324,50	R\$ 813.722,00	R\$ 521.397,50	R\$ 625.677,00	R\$ 8,55	R\$ 23,80	M131/2019 Public. Inic. 07.11.2019 Vencimento 07.11.2020
35	110302	HEPARINA SODICA 5.000UI, INJETAVEL 0,25ML,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	276.025	R\$ 938.485,00	R\$ 2.851.338,25	R\$ 1.912.853,25	R\$ 2.295.423,90	R\$ 3,40	R\$ 10,33	M131/2019 Public. Inic. 07.11.2019 Vencimento 07.11.2020
36	110248	HIDROCORTISONA, SUCCINATO SODICA 100MG;INJ;FRASCO-AMPOLA + DILUENTE	Linha Estratégica Rede Hospitalar	181.500	R\$ 303.105,00	R\$ 816.750,00	R\$ 513.645,00	R\$ 616.374,00	R\$ 1,67	R\$ 4,50	M136/2019 Public. Inic. 29.11.2019 Vencimento 29.11.2020
37	110221	HIDROCORTISONA,SUC CINATO SODICA 500MG,FRASCO-AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	89.880	R\$ 310.086,00	R\$ 880.824,00	R\$ 570.738,00	R\$ 684.885,60	R\$ 3,45	R\$ 9,80	M130/2019 Public. Inic. 29.11.2019 Vencimento 29.11.2020
38	501093	LIDOCAINA, CLORIDRATO 2%, GELEIA,BISNAGA/G	Linha Estratégica Rede Hospitalar	554.360	R\$ 33.261,60	R\$ 2.771.800,00	R\$ 2.738.538,40	R\$ 3.286.246,08	R\$ 0,06	R\$ 5,00	Não houve ARP
39	501115	LIDOCAINA,CLORIDRATO 2%,INJETAVEL,FRASCO-AMPOLA 20ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	62.765	R\$ 131.806,50	R\$ 635.181,80	R\$ 503.375,30	R\$ 604.050,36	R\$ 2,10	R\$ 10,12	M130/2019 Public. Inicial 27.11.2019 Vencimento 27.11.2020

40	1957279	METRONIDAZOL 0,5%(500 MG)EM NACL,BOLSA 100ML,SIST. FECH	Linha Estratégica Rede Hospitalar	107.436	R\$ 161.154,00	R\$ 322.308,00	R\$ 161.154,00	R\$ 193.384,80	R\$ 1,50	R\$ 3,00	Não houve ARP
41	1241575	NOREPINEFRINA 4MG,INJ,AMPOLA/FRAS CO- AMPOLA,INTRAVENOSA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	250.681	R\$ 383.541,93	R\$ 752.043,00	R\$ 368.501,07	R\$ 442.201,28	R\$ 1,53	R\$ 3,00	M131/2019 Public. Inicial 20.11.2019 Vencimento 20.11.2020
42	158240	OMEPRAZOL 40 MG/AMPOLA/FRASCO AMPOLA + DILUENTE	Linha Estratégica Rede Hospitalar	253.002	R\$ 1.125.858,90	R\$ 2.287.138,08	R\$ 1.161.279,18	R\$ 1.393.535,02	R\$ 4,45	R\$ 9,04	M130/2019 Public. Inicial 9.11.2019 Vencimento 29.11.2020
43	504173	RANITIDINA,50MG,INJET AVEL,AMPOLA/FRASCO- AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	422.270	R\$ 152.017,20	R\$ 886.767,00	R\$ 734.749,80	R\$ 881.699,76	R\$ 0,36	R\$ 2,10	Não houve ARP
44	280461	RINGER+LACTATO DE SODIO,500ML,INJ.,BOLS A/FRASCO,SIST.FECHA DO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	146.560	R\$ 278.464,00	R\$ 806.080,00	R\$ 527.616,00	R\$ 633.139,20	R\$ 1,90	R\$ 5,50	M136/2019 Public. Inicial 07.11.2019 Vencimento 07.11.2020
45	161217	TENOXICAM 20MG AMPOLA/FRASCO AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	69.100	R\$ 261.889,00	R\$ 599.788,00	R\$ 337.899,00	R\$ 405.478,80	R\$ 3,79	R\$ 8,68	M130/2019 Public. Inicial 01.11.2019 Vencimento 01.11.2020
46	765287	SURFACTANTE FOSFOLIP. DE PULMAO PORCINO,120 MG,INJ,FRASCO-AMPOLA 1,5ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	875	R\$ 868.787,50	R\$ 1.091.877,50	R\$ 223.090,00	R\$ 267.708,00	R\$ 992,90	R\$ 1.247,86	M134/2019 Public Inicial 07.11.2019 Vencimento 07.11.2020
			Total	13.534.186	R\$ 35.620.526,08	R\$ 211.420.909,09	R\$ 175.800.383,01	R\$ 210.960.459,61	R\$ 3.433,79	R\$ 4.645,68	

Fonte: Elaborado pelo autor/novembro de 2023

ANEXO D: Relatório anual orientado para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços – 2020

	Siafísico	Medicamento	Grupo estratégico	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (Março a Dezembro)	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (dez meses) multiplicado pelo menor valor pago pelo Estado	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (dez meses) multiplicado pelo maior valor pago pelo Estado	diferença entre o maior e o menor valor pago pelo Estado em relação ao consumo efetivamente adquirido (dez meses)	projeção de economia para 12 meses (equivalente a vigência de uma ARP de Registro de Preços)	MENOR valor efetivamente negociado com Estado/UGE adquirente	MAIOR valor efetivamente negociado com Estado/UGE adquirente	Período de cobertura de ARP
1	1227165	AMPICILINA SODICA 1000MG,FRASCOAMPOLA/AMPOLA	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	56.700	R\$ 160.461,00	R\$ 244.944,00	R\$ 84.483,00	R\$ 101.379,60	R\$ 2,83	R\$ 4,32	M132/2019 Public. Inicial 29.11.2019 Vencimento 29.11.2020
2	1975773	CEFTRIAXONA 1G, INJETAVEL, FRASCO-AMPOLA/AMPOLA,IV	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	378.430	R\$ 1.835.385,50	R\$ 3.595.085,00	R\$ 1.759.699,50	R\$ 2.111.639,40	R\$ 4,85	R\$ 9,50	M183/2019 Public. Inicial 04.03.2020 Vencimento 04.03.2021
3	165140	CEFEPIMA 1 G ,INJETAVEL,AMPOL/FRASCO-AMPOLA	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	78.541	R\$ 785.410,00	R\$ 2.984.558,00	R\$ 2.199.148,00	R\$ 2.638.977,60	R\$ 10,00	R\$ 38,00	M089/2020 Public. Inicial 11.12.2020 Vencimento 11.12.2021
4	119954	CEFAZOLINA SODICA 1 G,INJETAVEL,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA + DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	162.280	R\$ 965.566,00	R\$ 3.245.600,00	R\$ 2.280.034,00	R\$ 2.736.040,80	R\$ 5,95	R\$ 20,00	M012/2020 Public. Inicial 14.08.2020 Vencimento 14.08.2021
5	2853280	CIPROFLOXACINA 2MG/ML(200MG)EM SOLNACL,INJ,BOLSA/FRAS 100ML,SIST FECH	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	20.556	R\$ 411.120,00	R\$ 715.348,80	R\$ 304.228,80	R\$ 365.074,56	R\$ 20,00	R\$ 34,80	M132/2019 Public. Inicial 28.01.2020 Vencimento 28.01.2021
6	108723	COLAGENASE+CLORANFENICOL (0,6UI+0,01G)/G,POMADA,BISNAGA/G	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	884.850	R\$ 141.576,00	R\$ 477.819,00	R\$ 336.243,00	R\$ 403.491,60	R\$ 0,16	R\$ 0,54	M132/2019 Public. Inicial 07.11.2019 Vencimento 07.11.2020
7	237612	CLARITROMICINA 500 MG,INJETAVEL,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA+DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	24.878	R\$ 838.388,60	R\$ 1.007.559,00	R\$ 169.170,40	R\$ 203.004,48	R\$ 33,70	R\$ 40,50	M134/2019 Public. Inicial 07.11.2019 Vencimento 07.11.2020

8	753165	IMIPENEM/CILASTATINA SODICA 500MG/500MG,INJETAVEL	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	51.995	R\$ 972.306,50	R\$ 2.079.800,00	R\$ 1.107.493,50	R\$ 1.328.992,20	R\$ 18,70	R\$ 40,00	Não houve ARP
9	111970	MEROPENEMA, TRIIDRARPDA 500MG,INJ,FRASCO-AMPOLA.	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	131.460	R\$ 1.118.724,60	R\$ 2.037.630,00	R\$ 918.905,40	R\$ 1.102.686,48	R\$ 8,51	R\$ 15,50	M183/2019 Public. Inicial 20.03.2020 Vencimento 20.03.2021
10	110299	OXACILINA 500MG, INJETAVEL, FRASCO-AMPOLA+DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	116.950	R\$ 185.950,50	R\$ 274.832,50	R\$ 88.882,00	R\$ 106.658,40	R\$ 1,59	R\$ 2,35	M134/2019 Public. Inicial 29.11.2019 Vencimento 29.11.2020
11	513865	PIPERACILINA SOD.+TAZOBACTAMA SOD.(4G +0,5G),INJ.,AMP/FRAMP+DI LUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	179.795	R\$ 2.260.023,15	R\$ 4.491.279,10	R\$ 2.231.255,95	R\$ 2.677.507,14	R\$ 12,57	R\$ 24,98	M134/2019 Public. Inicial 14.11.2019 Vencimento 14.11.2020
12	811564	POLIMIXINA B, SULFATO 500.000UI,INJ.,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA/FR-AMP+DIL	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	23.705	R\$ 349.885,80	R\$ 349.885,80	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 14,76	R\$ 14,76	M136/2019 Public. Inicial 30.11.2019 Vencimento 30.11.2020
13	111198	VANCOMICINA 500MG,INJETAVEL,FRASCO-AMPOLA	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	178.510	R\$ 505.183,30	R\$ 1.063.919,60	R\$ 558.736,30	R\$ 670.483,56	R\$ 2,83	R\$ 5,96	M132/2019 Public. Inicial 29.11.2019 Vencimento 29.11.2020
14	106330	FENTANILA, CITRATO 0,0785MG/ML(=0.05MG/ML FENTANIL) INJ AMP 10ML IV	Linha Intensiva Cirúrgica	271.875	R\$ 611.718,75	R\$ 1.367.531,25	R\$ 755.812,50	R\$ 906.975,00	R\$ 2,25	R\$ 5,03	M134/2019 Public. Inicial 20.11.2019 Vencimento 20.11.2020
15	103209	MIDAZOLAN, CLORIDRATO 5 MG/ML SOL INJ AMPOLA 3 ML PARENTERAL	Linha Intensiva Cirúrgica	70.000	R\$ 70.000,00	R\$ 546.000,00	R\$ 476.000,00	R\$ 571.200,00	R\$ 1,00	R\$ 7,80	M134/2019 Public. Inicial 26.11.2019 Vencimento 26.11.2020
16	202088	MIDAZOLAN, CLORIDRATO 5MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA FRASCO AMPOLA 10 ML	Linha Intensiva Cirúrgica	273.050	R\$ 759.079,00	R\$ 4.641.850,00	R\$ 3.882.771,00	R\$ 4.659.325,20	R\$ 2,78	R\$ 17,00	M134/2019 Public. Inicial 26.11.2019 Vencimento 26.11.2020
17	622826	PROPOFOL 10 MG/ML INJ SERINGA PREENCHIDA 50 ML PARENTERAL	Linha Intensiva Cirúrgica	3.999	R\$ 652.236,90	R\$ 709.022,70	R\$ 56.785,80	R\$ 68.142,96	R\$ 163,10	R\$ 177,30	Não houve ARP
18	157910	SEVOFLURANO 1MG/ML SOLUCAO FRASCO	Linha Intensiva Cirúrgica	38.237	R\$ 6.041.446,00	R\$ 18.659.656,00	R\$ 12.618.210,00	R\$ 15.141.852,00	R\$ 158,00	R\$ 488,00	M012/2020 Public. Inicial 20.08.2020 Vencimento 20.08.2021

19	480282	TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG/ML SOL INJ AMPOLA 2 ML PARENTERAL	Linha Intensiva Cirúrgica	258.525	R\$ 139.603,50	R\$ 447.248,25	R\$ 307.644,75	R\$ 369.173,70	R\$ 0,54	R\$ 1,73	M136/2019 Public. Inicial 01.11.2019 Vencimento 01.11.2020
20	103268	ACICLOVIR 250MG, INJETAVEL, FRASCO- AMPOLA/AMPOLA.	Linha dos Antimicrobia nos (antibiótico)	20.785	R\$ 147.573,50	R\$ 322.167,50	R\$ 174.594,00	R\$ 209.512,80	R\$ 7,10	R\$ 15,50	M131/2019 Public. Inicial 26.11.2019 Vencimento 26.11.2020
21	105848	AGUA PARA INJECAO,AMPOLA 10ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.875.400	R\$ 262.556,00	R\$ 1.369.042,00	R\$ 1.106.486,00	R\$ 1.327.783,20	R\$ 0,14	R\$ 0,73	Não houve ARP
22	823104	ALTEPLASE 50 MG INJETAVEL, AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.160	R\$ 2.343.200,00	R\$ 2.422.462,80	R\$ 79.262,80	R\$ 95.115,36	R\$ 2.020,00	R\$ 2.088,33	M136/2019 Public. Inicial 01.11.2019 Vencimento 01.11.2020
23	2626748	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 250 ML BOLSA/FRASCO SISTEMA FECHADO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	24.825	R\$ 397.200,00	R\$ 645.450,00	R\$ 248.250,00	R\$ 297.900,00	R\$ 16,00	R\$ 26,00	M183/2019 Public. Inicial 24.03.2020 Vencimento 24.03.2021
24	463205	CETOPROFENO 100 MG,FRASCO-AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	75.730	R\$ 131.770,20	R\$ 265.055,00	R\$ 133.284,80	R\$ 159.941,76	R\$ 1,74	R\$ 3,50	M132/2019 Public. Inicial 20.11.2019 Vencimento 20.11.2020
25	269549	CLORETO DE SODIO 0,9% EM AGUA PARA INJECAO,INJ,AMP/FRAS CO-AMP/FRS 10ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	2.551.050	R\$ 408.168,00	R\$ 1.862.266,50	R\$ 1.454.098,50	R\$ 1.744.918,20	R\$ 0,16	R\$ 0,73	Não houve ARP
26	3043932	CLOREXIDINA,GLUCONA TO 2% SOL DEGERMANTE ALMOTOLIA 100 ML DESCART	Linha Estratégica Rede Hospitalar	141.666	R\$ 184.165,80	R\$ 1.274.994,00	R\$ 1.090.828,20	R\$ 1.308.993,84	R\$ 1,30	R\$ 9,00	M059/2019 Public. Inicial 15.10.2019 Vencimento 15.10.2020
27	1482432	CLOREXIDINA,CLORIDR ATO 0,5%,SOL. ALCOOLICA,FRASCO DE 1000 ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	151.548	R\$ 157.609,92	R\$ 795.627,00	R\$ 638.017,08	R\$ 765.620,50	R\$ 1,04	R\$ 5,25	M136/2019 Public. Inicial 23.01.2020 Vencimento 23.01.2021
28	1792229	CLORETO DE SODIO 0,9%,INJETÁVEL,BOLSA FLEX.250ML,S/PVC,SIST . FECHADO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	25.000	R\$ 42.500,00	R\$ 63.750,00	R\$ 21.250,00	R\$ 25.500,00	R\$ 1,70	R\$ 2,55	Não houve ARP
29	480487	DEXAMETASONA FRASCO- AMPOLA/AMPOLA 2,5 ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	390.150	R\$ 179.469,00	R\$ 593.028,00	R\$ 413.559,00	R\$ 496.270,80	R\$ 0,46	R\$ 1,52	M131/2019 Public. Inicial 09.01.2020 Vencimento 09.01.2021

30	103390	DICLOFENACO SODICO 75 MG,INJETAVEL,FRASCO-AMPOLA/AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	105.370	R\$ 54.792,40	R\$ 68.490,50	R\$ 13.698,10	R\$ 16.437,72	R\$ 0,52	R\$ 0,65	M110/2019 Public. Inicial 19.12.2019 Vencimento 19.12.2020
31	105805	DIPIRONA SODICA 1000 MG,INJETAVEL,AMPOLA /FRASCO AMPOLA.	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.327.860	R\$ 531.144,00	R\$ 1.168.516,80	R\$ 637.372,80	R\$ 764.847,36	R\$ 0,40	R\$ 0,88	M131/2019 Public. Inicial 21.12.2019 Vencimento 21.12.2020
32	105937	EPINEFRINA 1 MG,INJETAVEL,FRASCO-AMPOLA/AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	595.550	R\$ 875.458,50	R\$ 1.965.315,00	R\$ 1.089.856,50	R\$ 1.307.827,80	R\$ 1,47	R\$ 3,30	M098/2020 Public. Inicial 31.12.2020 Vencimento 31.12.2021
33	109150	GLICOSE SORO 5% EM AGUA P/ INJECAO,INJ,FRASCO/BOLSA 500ML SIST.FECHADO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	218.650	R\$ 437.300,00	R\$ 732.477,50	R\$ 295.177,50	R\$ 354.213,00	R\$ 2,00	R\$ 3,35	M098/2020 Public. Inicial 30.12.2020 Vencimento 30.12.2021
34	110272	HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML FRASCO-AMPOLA/AMPOLA 5 ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	37.325	R\$ 492.690,00	R\$ 1.056.297,50	R\$ 563.607,50	R\$ 676.329,00	R\$ 13,20	R\$ 28,30	M131/2019 Public. Inicial 07.11.2019 Vencimento 07.11.2020
35	110302	HEPARINA SODICA 5.000UI, INJETAVEL 0,25ML,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	129.925	R\$ 454.737,50	R\$ 730.178,50	R\$ 275.441,00	R\$ 330.529,20	R\$ 3,50	R\$ 5,62	M131/2019 Public. Inicial 07.11.2019 Vencimento 07.11.2020
36	110248	HIDROCORTISONA, SUCCINATO SODICA 100MG;INJ;FRASCO-AMPOLA + DILUENTE	Linha Estratégica Rede Hospitalar	97.300	R\$ 180.978,00	R\$ 180.978,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 1,86	R\$ 1,86	Publicação Inicial 30/12/2020 Vencimento 30/12/2021
37	110221	HIDROCORTISONA,SUC CINATO SODICA 500MG,FRASCO-AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	60.850	R\$ 222.711,00	R\$ 396.742,00	R\$ 174.031,00	R\$ 208.837,20	R\$ 3,66	R\$ 6,52	M098/2020 Public. Inicial 30.12.2020 Vencimento 30.12.2021
38	501093	LIDOCAINA, CLORIDRATO 2%, GELEIA,BISNAGA/G	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.336.861	R\$ 80.211,66	R\$ 5.614.816,20	R\$ 5.534.604,54	R\$ 6.641.525,45	R\$ 0,06	R\$ 4,20	M181/2019 Public. Inicial 16.05.2020 Vencimento 16.05.2021
39	501115	LIDOCAINA,CLORIDRATO 2%,INJETAVEL,FRASCO-AMPOLA 20ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	42.379	R\$ 102.133,39	R\$ 211.895,00	R\$ 109.761,61	R\$ 131.713,93	R\$ 2,41	R\$ 5,00	M098/2020 Public. Inicial 31.12.2020 Vencimento 31.12.2021
40	1957279	METRONIDAZOL 0,5%(500 MG)EM NAACL,BOLSA 100ML,SIST. FECH	Linha Estratégica Rede Hospitalar	126.210	R\$ 232.226,40	R\$ 1.135.890,00	R\$ 903.663,60	R\$ 1.084.396,32	R\$ 1,84	R\$ 9,00	M130/2019 Public. Inicial 18.01.2020 Vencimento 18.01.2021

41	1241575	NOREPINEFRINA 4MG,INJ,AMPOLA/FRAS CO- AMPOLA,INTRAVENOSA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	463.660	R\$ 737.219,40	R\$ 6.954.900,00	R\$ 6.217.680,60	R\$ 7.461.216,72	R\$ 1,59	R\$ 15,00	M131/2019 Public. Inicial 20.11.2019 Vencimento 20.11.2020
42	158240	OMEPRAZOL 40 MG/AMPOLA/FRASCO AMPOLA + DILUENTE	Linha Estratégica Rede Hospitalar	160.044	R\$ 760.209,00	R\$ 4.881.342,00	R\$ 4.121.133,00	R\$ 4.945.359,60	R\$ 4,75	R\$ 30,50	M130/2019 Public. Inicial 29.11.2019 Vencimento 29.11.2020
43	504173	RANITIDINA,50MG,INJET AVEL,AMPOLA/FRASCO- AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	Não houve ARP
44	280461	RINGER+LACTATO DE SODIO,500ML,INJ.,BOLS A/FRASCO,SIST.FECHA DO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	97.190	R\$ 196.323,80	R\$ 415.001,30	R\$ 218.677,50	R\$ 262.413,00	R\$ 2,02	R\$ 4,27	M098/2020 Public. Inicial 30.12.2020 Vencimento 30.12.2021
45	161217	TENOXICAM 20MG AMPOLA/FRASCO AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	34.970	R\$ 184.641,60	R\$ 252.833,10	R\$ 68.191,50	R\$ 81.829,80	R\$ 5,28	R\$ 7,23	M130/2019 Public. Inicial 01.11.2019 Vencimento 01.11.2020
46	765287	SURFACTANTE FOSFOLIP. DE PULMAO PORCINO,120 MG,INJ,FRASCO-AMPOLA 1,5ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	681	R\$ 700.749,00	R\$ 885.300,00	R\$ 184.551,00	R\$ 221.461,20	R\$ 1.029,00	R\$ 1.300,00	M134/2019 Public. Inicial 07.11.2019 Vencimento 07.11.2020
Total				13.296.475	R\$ 29.301.803,17	R\$ 85.204.385,20	R\$ 55.902.582,03	R\$ 67.083.098,44	R\$ 3.587,32	R\$ 4.526,86	

Fonte: Elaborado pelo autor/novembro de 2023

ANEXO E: Relatório anual orientado para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços – 2021

	Siafísico	Medicamento	Grupo estratégico	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (Março a Dezembro)	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (dez meses) multiplicado pelo menor valor pago pelo Estado	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (dez meses) multiplicado pelo maior valor pago pelo Estado	diferença entre o maior e o menor valor pago pelo Estado em relação ao consumo efetivamente adquirido (dez meses)	projeção de economia para 12 meses (equivalente a vigência de uma ARP de Registro de Preços)	MENOR valor efetivamente negociado com Estado/UGE adquirente	MAIOR valor efetivamente negociado com Estado/UGE adquirente	Período de cobertura de ARP
1	1227165	AMPICILINA SODICA 1000MG,FRASCOAMPOLA/AMPOLA	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	63.850	R\$ 127.061,50	R\$ 217.728,50	R\$ 90.667,00	R\$ 108.800,40	R\$ 1,99	R\$ 3,41	M100/2020 Public. Inicial 26.03.2021 Vencimento 26.03.2022
2	1975773	CEFTRIAXONA 1G, INJETAVEL, FRASCO-AMPOLA/AMPOLA,IV	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	436.500	R\$ 1.309.500,00	R\$ 3.317.400,00	R\$ 2.007.900,00	R\$ 2.409.480,00	R\$ 3,00	R\$ 7,60	M161/2020 Public. Inicial 29.05.2021 Vencimento 29.05.2022
3	165140	CEFEPIMA 1G INJETÁVEL,AMPOL/FRASCO-AMPOLA	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	57.625	R\$ 724.922,50	R\$ 724.922,50	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 12,58	R\$ 12,58	M089/2020 Public.Inicial 11.12.2020 Vencimento 11.12.2021
4	119954	CEFAZOLINA SODICA 1G,INJETAVEL,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA + DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	113.760	R\$ 455.040,00	R\$ 716.688,00	R\$ 261.648,00	R\$ 313.977,60	R\$ 4,00	R\$ 6,30	M093/2021 Public. Inicial 05.11.2021 Vencimento 05.11.2022
5	2853280	CIPROFLOXACINA 2MG/ML(200MG)EM SOL,NACL,INJ,BOLSA/FRAS 100ML,SIST FECH	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	7.613	R\$ 113.509,83	R\$ 159.340,09	R\$ 45.830,26	R\$ 54.996,31	R\$ 14,91	R\$ 20,93	M133/2020 Public. Inicial 06.04.2021 Vencimento 06.04.2022
6	108723	COLAGENASE+CLORANFENICOL (0,6UI+0,01G)/G,POMADA,BISNAGA/G	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	769.840	R\$ 161.666,40	R\$ 692.856,00	R\$ 531.189,60	R\$ 637.427,52	R\$ 0,21	R\$ 0,90	M065/2021 Public. Inicial 20.10.2021 Vencimento 20.10.2022
7	237612	CLARITROMICINA 500MG,INJETAVEL,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA+DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	15.874	R\$ 297.637,50	R\$ 1.396.912,00	R\$ 1.099.274,50	R\$ 1.319.129,40	R\$ 18,75	R\$ 88,00	M100/2020 Public. Inicial 25.03.2021 Vencimento 25.03.2022

Relatório anual (CSS/SES/SP) orientado para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços-ARP. 2021

	Siafisico	Medicamento	Grupo estratégico	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (Março a Dezembro)	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (dez meses) multiplicado pelo menor valor pago pelo Estado	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (dez meses) multiplicado pelo maior valor pago pelo Estado	diferença entre o maior e o menor valor pago pelo Estado em relação ao consumo efetivamente adquirido (dez meses)	projeção de economia para 12 meses (equivalente a vigência de uma ARP de Registro de Preços)	MENOR valor efetivamente negociado com Estado/UGE adquirente	MAIOR valor efetivamente negociado com Estado/UGE adquirente	Período de cobertura de ARP
1	1227165	AMPICILINA SODICA 1000MG,FRASCOAMPOLA/AMPOLA	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	63.850	R\$ 127.061,50	R\$ 217.728,50	R\$ 90.667,00	R\$ 108.800,40	R\$ 1,99	R\$ 3,41	M100/2020 Public. Inicial 26.03.2021 Vencimento 26.03.2022
2	1975773	CEFTRIAXONA 1G, INJETAVEL, FRASCO-AMPOLA/AMPOLA,IV	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	436.500	R\$ 1.309.500,00	R\$ 3.317.400,00	R\$ 2.007.900,00	R\$ 2.409.480,00	R\$ 3,00	R\$ 7,60	M161/2020 Public. Inicial 29.05.2021 Vencimento 29.05.2022
3	165140	CEFEPIMA 1G INJETÁVEL,AMPOL/FRASCO-AMPOLA	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	57.625	R\$ 724.922,50	R\$ 724.922,50	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 12,58	R\$ 12,58	M089/2020 Public.Inicial 11.12.2020 Vencimento 11.12.2021
4	119954	CEFAZOLINA SODICA 1 G,INJETAVEL,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA + DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	113.760	R\$ 455.040,00	R\$ 716.688,00	R\$ 261.648,00	R\$ 313.977,60	R\$ 4,00	R\$ 6,30	M093/2021 Public. Inicial 05.11.2021 Vencimento 05.11.2022
5	2853280	CIPROFLOXACINA 2MG/ML(200MG)EM SOL,NACL,INJ,BOLSA/FRAS 100ML,SIST FECH	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	7.613	R\$ 113.509,83	R\$ 159.340,09	R\$ 45.830,26	R\$ 54.996,31	R\$ 14,91	R\$ 20,93	M133/2020 Public. Inicial 06.04.2021 Vencimento 06.04.2022
6	108723	COLAGENASE+CLORANFENICOL (0,6UI+0,01G)/G,POMADA,BISNAGA/G	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	769.840	R\$ 161.666,40	R\$ 692.856,00	R\$ 531.189,60	R\$ 637.427,52	R\$ 0,21	R\$ 0,90	M065/2021 Public. Inicial 20.10.2021 Vencimento 20.10.2022
7	237612	CLARITROMICINA 500 MG,INJETAVEL,AMPOLA /FRASCO-AMPOLA+DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	15.874	R\$ 297.637,50	R\$ 1.396.912,00	R\$ 1.099.274,50	R\$ 1.319.129,40	R\$ 18,75	R\$ 88,00	M100/2020 Public. Inicial 25.03.2021 Vencimento 25.03.2022

8	753165	IMIPENEM/CILASTATINA SODICA 500MG/500MG,INJETAVEL	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	28.809	R\$ 532.966,50	R\$ 893.079,00	R\$ 360.112,50	R\$ 432.135,00	R\$ 18,50	R\$ 31,00	Não houve ARP
9	111970	MEROPENEMA, TRIIDRARPDA 500MG,INJ,FRASCO-AMPOLA.	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	263.030	R\$ 2.367.270,00	R\$ 6.049.690,00	R\$ 3.682.420,00	R\$ 4.418.904,00	R\$ 9,00	R\$ 23,00	M144/2021 Public. Inicial 23.11.2021 Vencimento 23.11.2022
10	110299	OXACILINA 500MG, INJETAVEL, FRASCO-AMPOLA+DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	182.900	R\$ 237.770,00	R\$ 398.722,00	R\$ 160.952,00	R\$ 193.142,40	R\$ 1,30	R\$ 2,18	M100/2020 Public. Inicial 26.03.2021 Vencimento 26.03.2022
11	513865	PIPERACILINA SOD.+TAZOBACTAMA SOD.(4G+0,5G),INJ.,AMP/FRAMP+DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	217.570	R\$ 2.671.759,60	R\$ 6.200.745,00	R\$ 3.528.985,40	R\$ 4.234.782,48	R\$ 12,28	R\$ 28,50	M100/2020 Public. Inicial 30.03.2021 Vencimento 30.03.2022
12	811564	POLIMIXINA B, SULFATO500.000UI,NJ., AMPOLA/FRASCO-AMPOLA/FR-AMP+DIL	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	46.482	R\$ 697.230,00	R\$ 4.601.718,00	R\$ 3.904.488,00	R\$ 4.685.385,60	R\$ 15,00	R\$ 99,00	Não houve ARP
13	111198	VANCOMICINA 500MG,INJETAVEL,FRASCO-AMPOLA	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	198.785	R\$ 564.549,40	R\$ 1.252.345,50	R\$ 687.796,10	R\$ 825.355,32	R\$ 2,84	R\$ 6,30	M100/2020 Public. Inicial 30.03.2021 Vencimento 30.03.2022
14	106330	FENTANILA, CITRATO 0,0785MG/ML(=0.05MG/ML FENTANIL) INJ AMP 10ML IV	Linha Intensiva Cirúrgica	125.250	R\$ 604.957,50	R\$ 1.239.975,00	R\$ 635.017,50	R\$ 762.021,00	R\$ 4,83	R\$ 9,90	M066/2021 Public. Inicial 20.08.2021 Vencimento 20.08.2022
15	103209	MIDAZOLAN, CLORIDRATO 5 MG/ML SOL INJ AMPOLA 3 ML PARENTERAL	Linha Intensiva Cirúrgica	76.165	R\$ 152.330,00	R\$ 859.141,20	R\$ 706.811,20	R\$ 848.173,44	R\$ 2,00	R\$ 11,28	M096/2021 Public. Inicial 09.09.2021 Vencimento 09.09.2022
16	202088	MIDAZOLAN, CLORIDRATO 5MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA FRASCO AMPOLA 10ML	Linha Intensiva Cirúrgica	222.480	R\$ 1.757.592,00	R\$ 5.882.371,20	R\$ 4.124.779,20	R\$ 4.949.735,04	R\$ 7,90	R\$ 26,44	M066/2021 Public. Inicial 20.08.2021 Vencimento 20.08.2022
17	622826	PROPOFOL 10 MG/ML INJ SERINGA PREENCHIDA 50 ML PARENTERAL	Linha Intensiva Cirúrgica	2.129	R\$ 374.704,00	R\$ 402.593,90	R\$ 27.889,90	R\$ 33.467,88	R\$ 176,00	R\$ 189,10	Não houve ARP
18	157910	SEVOFLURANO 1MG/ML SOLUCAO FRASCO	Linha Intensiva Cirúrgica	2.100	R\$ 462.000,00	R\$ 1.050.000,00	R\$ 588.000,00	R\$ 705.600,00	R\$ 220,00	R\$ 500,00	M094/2021 Public. Inicial 17.11.2021 Vencimento 17.11.2022

19	480282	TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG/ML SOL INJ AMPOLA 2 MLPARENTERAL	Linha Intensiva Cirúrgica	294.860	R\$ 221.145,00	R\$ 1.444.814,00	R\$ 1.223.669,00	R\$ 1.468.402,80	R\$ 0,75	R\$ 4,90	M136/2020 Public. Inicial 31.03.2021 Vencimento 31.03.2022
20	103268	ACICLOVIR 250MG, INJETAVEL, FRASCO- AMPOLA/AMPOLA.	Linha dos Antimicrobia nos (antibiótico)	23.700	R\$ 162.819,00	R\$ 202.635,00	R\$ 39.816,00	R\$ 47.779,20	R\$ 6,87	R\$ 8,55	M100/2020 Public. Inicial 24.03.2021 Vencimento 24.03.2022
21	105848	AGUA PARA INJECAO,AMPOLA 10ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.460.750	R\$ 219.112,50	R\$ 1.314.675,00	R\$ 1.095.562,50	R\$ 1.314.675,00	R\$ 0,15	R\$ 0,90	Não houve ARP
22	823104	ALTEPLASE 50 MG INJETAVEL, AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.202	R\$ 2.510.172,66	R\$ 3.269.043,34	R\$ 758.870,68	R\$ 910.644,82	R\$ 2.088,33	R\$ 2.719,67	M097/2021 Public. Inicial 18.09.2021 Vencimento 18.09.2022
23	2626748	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 250 ML BOLSA/FRASCO SISTEMA FECHADO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	18.552	R\$ 328.926,96	R\$ 779.184,00	R\$ 450.257,04	R\$ 540.308,45	R\$ 17,73	R\$ 42,00	M183/2019 Public. Inicial 24.03.2020 Vencimento 24.03.2021
24	463205	CETOPROFENO 100 MG,FRASCO-AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	84.450	R\$ 211.969,50	R\$ 316.687,50	R\$ 104.718,00	R\$ 125.661,60	R\$ 2,51	R\$ 3,75	Public. Inicial 10.02.2021 Vencimento 10.02.2022
25	269549	CLORETO DE SODIO 0,9% EM AGUA PARA INJECAO,INJ,AMP/FRAS CO-AMP/FRS 10ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	2.351.100	R\$ 352.665,00	R\$ 940.440,00	R\$ 587.775,00	R\$ 705.330,00	R\$ 0,15	R\$ 0,40	M125/2021 Public. Inicial 21.08.2021 Vencimento 21.08.2022
26	3043932	CLOREXIDINA, GLUCONA TO 2% SOL DEGERMANTE ALMOTOLIA 100 ML DESCART	Linha Estratégica Rede Hospitalar	84.251	R\$ 112.896,34	R\$ 352.169,18	R\$ 239.272,84	R\$ 287.127,41	R\$ 1,34	R\$ 4,18	M083/2020 Public. Inicial 20.03.2021 Vencimento 20.03.2022
27	1482432	CLOREXIDINA, CLORIDR ATO 0,5%, SOL. ALCOOLICA, FRASCO DE 1000 ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	59.090	R\$ 63.226,30	R\$ 316.131,50	R\$ 252.905,20	R\$ 303.486,24	R\$ 1,07	R\$ 5,35	M083/2020 Public. Inicial 31.03.2021 Vencimento 31.03.2022
28	1792229	CLORETO DE SODIO 0,9%, INJETÁVEL, BOLSA FLEX. 250ML, S/PVC, SIST. FECHADO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	47.060	R\$ 98.826,00	R\$ 343.538,00	R\$ 244.712,00	R\$ 293.654,40	R\$ 2,10	R\$ 7,30	Não houve ARP
29	480487	DEXAMETASONA FRASCO- AMPOLA/AMPOLA 2,5 ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	290.930	R\$ 200.741,70	R\$ 2.129.607,60	R\$ 1.928.865,90	R\$ 2.314.639,08	R\$ 0,69	R\$ 7,32	Não houve ARP

30	103390	DICLOFENACO SODICO 75 MG,INJETAVEL,FRASCO-AMPOLA/AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	87.350	R\$ 48.042,50	R\$ 84.729,50	R\$ 36.687,00	R\$ 44.024,40	R\$ 0,55	R\$ 0,97	M117/2020 Public. Inicial 23.04.2021 Vencimento 23.04.2022
31	105805	DIPIRONA SODICA 1000 MG,INJETAVEL,AMPOLA /FRASCO AMPOLA.	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.185.420	R\$ 497.876,40	R\$ 1.043.169,60	R\$ 545.293,20	R\$ 654.351,84	R\$ 0,42	R\$ 0,88	M118/2020 Public. Inicial 25.03.2021 Vencimento 25.03.2022
32	105937	EPINEFRINA 1 MG,INJETAVEL,FRASCO-AMPOLA/AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	39.700	R\$ 61.535,00	R\$ 127.040,00	R\$ 65.505,00	R\$ 78.606,00	R\$ 1,55	R\$ 3,20	M098/2020 Public. Inicial 31.12.2020 Vencimento 31.12.2021
33	109150	GLICOSE SORO 5% EM AGUA P/INJECAO,INJ,FRASCO/ BOLSA 500ML SIST.FECHADO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	242.056	R\$ 484.112,00	R\$ 881.083,84	R\$ 396.971,84	R\$ 476.366,21	R\$ 2,00	R\$ 3,64	M098/2020 Public. Inicial 30.12.2020 Vencimento 30.12.2021
34	110272	HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML FRASCO-AMPOLA/AMPOLA 5 ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	33.955	R\$ 499.817,60	R\$ 1.014.235,85	R\$ 514.418,25	R\$ 617.301,90	R\$ 14,72	R\$ 29,87	Não houve ARP
35	110302	HEPARINA SODICA 5.000UI, INJETAVEL 0,25ML,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	193.875	R\$ 1.442.430,00	R\$ 2.171.400,00	R\$ 728.970,00	R\$ 874.764,00	R\$ 7,44	R\$ 11,20	M086/2021 Public. Inicial 17.09.2021 Vencimento 17.09.2022
36	110248	HIDROCORTISONA, SUCCINATO SODICA 100MG;INJ;FRASCO-AMPOLA + DILUENTE	Linha Estratégica Rede Hospitalar	159.450	R\$ 309.333,00	R\$ 428.920,50	R\$ 119.587,50	R\$ 143.505,00	R\$ 1,94	R\$ 2,69	M098/2020 Public. Inicial 30.12.2020 Vencimento 30.12.2021
37	110221	HIDROCORTISONA,SUC CINATO SODICA 500MG,FRASCO-AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	65.450	R\$ 261.800,00	R\$ 261.800,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 4,00	R\$ 4,00	M206/2021 Public. Inicial 27.01.2022 Vencimento 27.01.2023
38	501093	LIDOCAINA, CLORIDRATO 2%, GELEIA,BISNAGA/G	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.460.480	R\$ 87.628,80	R\$ 4.089.344,00	R\$ 4.001.715,20	R\$ 4.802.058,24	R\$ 0,06	R\$ 2,80	M016/2021 Public. Inicial 02.07.2021 Vencimento 02.07.2022
39	501115	LIDOCAINA,CLORIDRATO 2%,INJETAVEL,FRASCO-AMPOLA 20ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	37.555	R\$ 93.887,50	R\$ 168.997,50	R\$ 75.110,00	R\$ 90.132,00	R\$ 2,50	R\$ 4,50	M098/2020 Public. Inicial 31.12.2020 Vencimento 31.12.2021
40	1957279	METRONIDAZOL 0,5%(500 MG)EM NAEL,BOLSA 100ML,SIST. FECH	Linha Estratégica Rede Hospitalar	75.330	R\$ 173.259,00	R\$ 602.640,00	R\$ 429.381,00	R\$ 515.257,20	R\$ 2,30	R\$ 8,00	M066/2021 Public. Inicial 20.08.2021 Vencimento 20.08.2022

41	1241575	NOREPINEFRINA 4MG,INJ,AMPOLA/FRAS CO- AMPOLA,INTRAVENOSA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	378.700	R\$ 2.044.980,00	R\$ 4.355.050,00	R\$ 2.310.070,00	R\$ 2.772.084,00	R\$ 5,40	R\$ 11,50	M006/2021 Public. Inicial 07.05.2021 Vencimento 07.05.2022
42	158240	OMEPRAZOL 40 MG/AMPOLA/FRASCO AMPOLA + DILUENTE	Linha Estratégica Rede Hospitalar	348.337	R\$ 4.113.859,97	R\$ 12.540.132,00	R\$ 8.426.272,03	R\$ 10.111.526,44	R\$ 11,81	R\$ 36,00	M065/2021 Public. Inicial 20.10.2021 Vencimento 20.10.2022
43	504173	RANITIDINA,50MG,INJET AVEL,AMPOLA/FRASCO- AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	Não houve ARP
44	280461	RINGER+LACTATO DE SODIO,500ML,INJ.,BOLS A/FRASCO,SIST.FECHA DO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	125.625	R\$ 262.556,25	R\$ 628.125,00	R\$ 365.568,75	R\$ 438.682,50	R\$ 2,09	R\$ 5,00	M098/2020 Public. Inicial 30.12.2020 Vencimento 30.12.2021
45	161217	TENOXICAM 20MG AMPOLA/FRASCO AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	42.550	R\$ 220.834,50	R\$ 246.790,00	R\$ 25.955,50	R\$ 31.146,60	R\$ 5,19	R\$ 5,80	M086/2020 Public. Inicial 10.02.2021 Vencimento 10.02.2022
46	765287	SURFACTANTE FOSFOLIP. DE PULMAO PORCINO,120 MG,INJ,FRASCO-AMPOLA 1,5ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.108	R\$ 1.176.696,00	R\$ 1.444.942,80	R\$ 268.246,80	R\$ 321.896,16	R\$ 1.062,00	R\$ 1.304,10	M101/2020 Public. Inicial 10.02.2021 Vencimento 10.02.2022
Total				12.023.648	R\$ 29.873.616,21	R\$ 77.553.553,60	R\$ 47.679.937,39	R\$ 57.215.924,87	R\$ 3.770,75	R\$ 5.304,89	

Fonte: Elaborado pelo autor/novembro de 2023

ANEXO F: Relatório anual orientado para compras centralizadas por Ata de Registro de Preços – 2022

	Siafísico	Medicamento	Grupo estratégico	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (Março a Dezembro)	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (dez meses) multiplicado pelo menor valor pago pelo Estado	consumo efetivamente adquirido pela SES/SP (dez meses) multiplicado pelo maior valor pago pelo Estado	diferença entre o maior e o menor valor pago pelo Estado em relação ao consumo efetivamente adquirido (dez meses)	projeção de economia para 12 meses (equivalente a vigência de uma ARP de Registro de Preços)	MENOR valor efetivamente negociado com Estado/UGE adquirente	MAIOR valor efetivamente negociado com Estado/UGE adquirente	Período de cobertura de ARP
1	1227165	AMPICILINA SODICA 1000MG,FRASCOAMPOLA/AMPOLA	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	57.550	R\$ 96.684,00	R\$ 115.100,00	R\$ 18.416,00	R\$ 22.099,20	R\$ 1,68	R\$ 2,00	M244/2021 Public. Inicial 24.05.2022 Vencimento 24.05.2023
2	1975773	CEFTRIAXONA 1G, INJETAVEL, FRASCO-AMPOLA/AMPOLA,IV	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	368.000	R\$ 1.030.400,00	R\$ 2.097.600,00	R\$ 1.067.200,00	R\$ 1.280.640,00	R\$ 2,80	R\$ 5,70	Publicação Inicial 02.08.2022 Vencimento 02.08.2023
3	165140	CEFEPIMA 1G INJETAVEL,AMPOL/FRASCO-AMPOLA	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	37.625	R\$ 255.473,75	R\$ 614.416,25	R\$ 358.942,50	R\$ 430.731,00	R\$ 6,79	R\$ 16,33	M018/2022 Public. Inicial 16.06.2022 Vencimento 16.06.2023
4	119954	CEFAZOLINA SODICA 1 G,INJETAVEL,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA + DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	168.700	R\$ 610.694,00	R\$ 1.083.054,00	R\$ 472.360,00	R\$ 566.832,00	R\$ 3,62	R\$ 6,42	M103/2022 Public. Inicial 20.12.2022 Vencimento 20.12.2023
5	2853280	CIPROFLOXACINA 2MG/ML(200MG)EM SOL NACL,INJ,BOLSA/FRAS 100ML,SIST FECH	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	45.482	R\$ 709.519,20	R\$ 1.318.978,00	R\$ 609.458,80	R\$ 731.350,56	R\$ 15,60	R\$ 29,00	M007/2022 Public. Inicial 24.05.2022 Vencimento 24.05.2023
6	108723	COLAGENASE+CLORAN FENICOL (0,6UI+0,01G)/G,POMADA,BISNAGA/G	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	1.063.400	R\$ 212.680,00	R\$ 1.276.080,00	R\$ 1.063.400,00	R\$ 1.276.080,00	R\$ 0,20	R\$ 1,20	M100/2022 Public. Inicial 17.11.2022 Vencimento 17.11.2023
7	237612	CLARITROMICINA 500 MG,INJETAVEL,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA+DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	7.620	R\$ 142.875,00	R\$ 218.236,80	R\$ 75.361,80	R\$ 90.434,16	R\$ 18,75	R\$ 28,64	M004/2022 Public. Inicial 27.05.2022 Vencimento 27.05.2023

8	753165	IMIPENEM/CILASTATINA SODICA 500MG/500MG,INJETAVEL	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	3.190	R\$ 73.178,60	R\$ 111.650,00	R\$ 38.471,40	R\$ 46.165,68	R\$ 22,94	R\$ 35,00	M211/2022 Public. Inicial 28/12/2022 Vencimento 28/12/2023
9	111970	MEROPENEMA, TRIIDRARPDA 500MG,INJ,FRASCO-AMPOLA.	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	143.285	R\$ 1.432.850,00	R\$ 3.223.912,50	R\$ 1.791.062,50	R\$ 2.149.275,00	R\$ 10,00	R\$ 22,50	M116/2022 Public. Inicial 13.12.2022 Vencimento 13.12.2023
10	110299	OXACILINA 500MG, INJETAVEL, FRASCO-AMPOLA+DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	117.600	R\$ 110.544,00	R\$ 188.160,00	R\$ 77.616,00	R\$ 93.139,20	R\$ 0,94	R\$ 1,60	M244/2021 Public. Inicial 24.05.2022 Vencimento 24.05.2023
11	513865	PIPERACILINA SOD.+TAZOBACTAMA SOD.(4G+0,5G),INJ.,AMP/FRAMP+DILUENTE	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	150.955	R\$ 1.853.727,40	R\$ 3.992.759,75	R\$ 2.139.032,35	R\$ 2.566.838,82	R\$ 12,28	R\$ 26,45	M244/2021 Public. Inicial 14.05.2022 Vencimento 14.05.2023
12	811564	POLIMIXINA B, SULFATO 500.000UI,NJ.,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA/FR-AMP+DIL	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	27.380	R\$ 459.984,00	R\$ 876.160,00	R\$ 416.176,00	R\$ 499.411,20	R\$ 16,80	R\$ 32,00	M071/2022 Public. Inicial 16.07.2022 Vencimento 16.07.2023
13	111198	VANCOMICINA 500MG,INJETAVEL,FRASCO-AMPOLA	Linha dos Antimicrobianos (antibiótico)	110.900	R\$ 250.634,00	R\$ 2.218.000,00	R\$ 1.967.366,00	R\$ 2.360.839,20	R\$ 2,26	R\$ 20,00	M244/2021 Public. Inicial 24.05.2022 Vencimento 24.05.2023
14	106330	FENTANILA, CITRATO 0,0785MG/ML(=0.05MG/ML FENTANIL) INJ AMP 10ML IV	Linha Intensiva Cirúrgica	55.300	R\$ 99.540,00	R\$ 440.188,00	R\$ 340.648,00	R\$ 408.777,60	R\$ 1,80	R\$ 7,96	M056/2022 Public. Inicial 14.10.2022 Vencimento 14.10.2023
15	103209	MIDAZOLAN, CLORIDRATO 5 MG/ML SOL INJ AMPOLA 3 ML PARENTERAL	Linha Intensiva Cirúrgica	34.290	R\$ 53.492,40	R\$ 312.724,80	R\$ 259.232,40	R\$ 311.078,88	R\$ 1,56	R\$ 9,12	M076/2022 Public. Inicial 13.12.2022 Vencimento 13.12.2023
16	202088	MIDAZOLAN, CLORIDRATO 5MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA FRASCO AMPOLA 10 ML	Linha Intensiva Cirúrgica	90.400	R\$ 244.080,00	R\$ 1.647.088,00	R\$ 1.403.008,00	R\$ 1.683.609,60	R\$ 2,70	R\$ 18,22	M056/2022 Public. Inicial 14.10.2022 Vencimento 14.10.2023
17	622826	PROPOFOL 10 MG/ML INJ SERINGA PREENCHIDA 50 ML PARENTERAL	Linha Intensiva Cirúrgica	1.950	R\$ 360.750,00	R\$ 370.500,00	R\$ 9.750,00	R\$ 11.700,00	R\$ 185,00	R\$ 190,00	Não houve ARP
18	157910	SEVOFLURANO 1MG/ML SOLUCAO FRASCO	Linha Intensiva Cirúrgica	2.641	R\$ 602.280,05	R\$ 831.915,00	R\$ 229.634,95	R\$ 275.561,94	R\$ 228,05	R\$ 315,00	M108/2022 Public. Inicial 27.12.2022 Vencimento 27.12.2023

19	480282	TRAMADOL, CLORIDRATO 50 MG/ML SOL INJ AMPOLA 2 ML PARENTERAL	Linha Intensiva Cirúrgica	323.520	R\$ 242.640,00	R\$ 1.679.068,80	R\$ 1.436.428,80	R\$ 1.723.714,56	R\$ 0,75	R\$ 5,19	M251/2021 Public. Inicial 12.05.2022 Vencimento 12.05.2023
20	103268	ACICLOVIR 250MG, INJETAVEL, FRASCO- AMPOLA/AMPOLA.	Linha dos Antimicrobian os (antibiótico)	10.050	R\$ 49.546,50	R\$ 72.862,50	R\$ 23.316,00	R\$ 27.979,20	R\$ 4,93	R\$ 7,25	M244/2021 Public. Inicial 14.05.2022 Vencimento 14.05.2023
21	105848	AGUA PARA INJECAO,AMPOLA 10ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.522.200	R\$ 426.216,00	R\$ 1.065.540,00	R\$ 639.324,00	R\$ 767.188,80	R\$ 0,28	R\$ 0,70	Não houve ARP
22	823104	ALTEPLASE 50 MG INJETAVEL, AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	952	R\$ 2.124.987,76	R\$ 2.354.286,48	R\$ 229.298,72	R\$ 275.158,46	R\$ 2.232,13	R\$ 2.472,99	M076/2022 Public. Inicial 13.12.2022 Vencimento 13.12.2023
23	2626748	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 250 ML BOLSA/FRASCO SISTEMA FECHADO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	11.980	R\$ 266.195,60	R\$ 401.330,00	R\$ 135.134,40	R\$ 162.161,28	R\$ 22,22	R\$ 33,50	M215/2021 Public. Inicial 12.04.2022 Vencimento 12.04.2023
24	463205	CETOPROFENO 100 MG,FRASCO-AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	151.000	R\$ 379.010,00	R\$ 604.000,00	R\$ 224.990,00	R\$ 269.988,00	R\$ 2,51	R\$ 4,00	M232/2021 Public. Inicial 26.04.2022 Vencimento 26.04.2023
25	269549	CLORETO DE SODIO 0,9% EM AGUA PARA INJECAO,INJ,AMP/FRAS CO-AMP/FRS 10ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	2.611.400	R\$ 574.508,00	R\$ 1.619.068,00	R\$ 1.044.560,00	R\$ 1.253.472,00	R\$ 0,22	R\$ 0,62	M125/2021 Public. Inicial 21.08.2021 Vencimento 21.08.2022
26	3043932	CLOREXIDINA, GLUCONAT O 2% SOL DEGERMANTE ALMOTOLIA 100 ML DESCART	Linha Estratégica Rede Hospitalar	96.392	R\$ 129.165,28	R\$ 308.454,40	R\$ 179.289,12	R\$ 215.146,94	R\$ 1,34	R\$ 3,20	M083/2020 Public. Inicial 20.03.2021 Vencimento 20.03.2022
27	1482432	CLOREXIDINA, CLORIDR ATO 0,5%, SOL. ALCOOLICA, FRASCO DE 1000 ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	115.542	R\$ 172.157,58	R\$ 288.855,00	R\$ 116.697,42	R\$ 140.036,90	R\$ 1,49	R\$ 2,50	M083/2020 Public. Inicial 31.03.2021 Vencimento 31.03.2022
28	1792229	CLORETO DE SODIO 0,9%, INJETÁVEL, BOLSA FLEX. 250ML, S/PVC, SIST . FECHADO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	4.680	R\$ 11.700,00	R\$ 23.400,00	R\$ 11.700,00	R\$ 14.040,00	R\$ 2,50	R\$ 5,00	Não houve ARP
29	480487	DEXAMETASONA FRASCO- AMPOLA/AMPOLA 2,5 ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	272.865	R\$ 545.730,00	R\$ 1.009.600,50	R\$ 463.870,50	R\$ 556.644,60	R\$ 2,00	R\$ 3,70	M099/2022 Public. Inicial 16.09.2022 Vencimento 16.09.2023

30	103390	DICLOFENACO SODICO 75 MG,INJETAVEL,FRASCO AMPOLA/AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	117.800	R\$ 64.790,00	R\$ 204.972,00	R\$ 140.182,00	R\$ 168.218,40	R\$ 0,55	R\$ 1,74	M070/2022 Public. Inicial 02.08.2022 Vencimento 02.08.2023
31	105805	DIPIRONA SODICA 1000 MG,INJETAVEL,AMPOLA /FRASCO AMPOLA.	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.432.364	R\$ 601.592,88	R\$ 7.305.056,40	R\$ 6.703.463,52	R\$ 8.044.156,22	R\$ 0,42	R\$ 5,10	Não houve ARP
32	105937	EPINEFRINA 1 MG,INJETAVEL,FRASCO AMPOLA/AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	50.700	R\$ 50.700,00	R\$ 76.050,00	R\$ 25.350,00	R\$ 30.420,00	R\$ 1,00	R\$ 1,50	M206/2021 Public. Inicial 01.02.2022 Vencimento 01.02.2023
33	109150	GLICOSE SORO 5% EM AGUA P/ INJECAO,INJ,FRASCO/BOLSA 500ML SIST.FECHADO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	202.465	R\$ 439.349,05	R\$ 1.346.392,25	R\$ 907.043,20	R\$ 1.088.451,84	R\$ 2,17	R\$ 6,65	M206/2021 Public. Inicial 13.01.2022 Vencimento 13.01.2023
34	110272	HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML FRASCO-AMPOLA/AMPOLA 5 ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	27.605	R\$ 541.058,00	R\$ 730.428,30	R\$ 189.370,30	R\$ 227.244,36	R\$ 19,60	R\$ 26,46	M215/2021 Public. Inicial 06.04.2022 Vencimento 06.04.2023
35	110302	HEPARINA SODICA 5.000UI, INJETAVEL 0,25ML,AMPOLA/FRASCO-AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	119.375	R\$ 596.875,00	R\$ 1.551.875,00	R\$ 955.000,00	R\$ 1.146.000,00	R\$ 5,00	R\$ 13,00	M068/2022 Public. Inicial 14.10.2022 Vencimento 14.10.2023
36	110248	HIDROCORTISONA, SUCCINATO SODICA 100MG;INJ;FRASCO-AMPOLA + DILUENTE	Linha Estratégica Rede Hospitalar	123.350	R\$ 219.563,00	R\$ 346.613,50	R\$ 127.050,50	R\$ 152.460,60	R\$ 1,78	R\$ 2,81	M206/2021 Public. Inicial 27.01.2022 Vencimento 27.01.2023
37	110221	HIDROCORTISONA,SUCINATO SODICA 500MG,FRASCO-AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	54.650	R\$ 197.833,00	R\$ 240.460,00	R\$ 42.627,00	R\$ 51.152,40	R\$ 3,62	R\$ 4,40	M206/2021 Public. Inicial 27.01.2022 Vencimento 27.01.2023
38	501093	LIDOCAINA, CLORIDRATO 2%, GELEIA,BISNAGA/G	Linha Estratégica Rede Hospitalar	1.546.850	R\$ 92.811,00	R\$ 2.985.420,50	R\$ 2.892.609,50	R\$ 3.471.131,40	R\$ 0,06	R\$ 1,93	M044/2022 Public. Inicial 05.07.2022 Vencimento 05.07.2023
39	501115	LIDOCAINA,CLORIDRATO 2%,INJETAVEL,FRASCO-AMPOLA 20ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	53.400	R\$ 168.744,00	R\$ 267.000,00	R\$ 98.256,00	R\$ 117.907,20	R\$ 3,16	R\$ 5,00	M206/2021 Public. Inicial 15.01.2022 Vencimento 15.01.2023

40	1957279	METRONIDAZOL 0,5%(500 MG)EM NACL,BOLSA 100ML,SIST. FECH	Linha Estratégica Rede Hospitalar	101.603	R\$ 233.686,90	R\$ 3.048.090,00	R\$ 2.814.403,10	R\$ 3.377.283,72	R\$ 2,30	R\$ 30,00	M066/2021 Public. Inicial 20.08.2021 Vencimento 20.08.2022
41	1241575	NOREPINEFRINA 4MG,INJ,AMPOLA/FRAS CO- AMPOLA,INTRAVENOSA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	217.550	R\$ 778.829,00	R\$ 1.740.400,00	R\$ 961.571,00	R\$ 1.153.885,20	R\$ 3,58	R\$ 8,00	M028/2022 Public. Inicial 26.05.2022 Vencimento 26.05.2023
42	158240	OMEPRAZOL 40 MG/AMPOLA/FRASCO AMPOLA + DILUENTE	Linha Estratégica Rede Hospitalar	279.300	R\$ 1.089.270,00	R\$ 3.686.760,00	R\$ 2.597.490,00	R\$ 3.116.988,00	R\$ 3,90	R\$ 13,20	M100/2022 Public. Inicial 17.11.2022 Vencimento 17.11.2023
43	504173	RANITIDINA,50MG,INJET AVEL,AMPOLA/FRASCO- AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	Não houve ARP
44	280461	RINGER+LACTATO DE SODIO,500ML,INJ.,BOLS A/FRASCO,SIST.FECHA DO	Linha Estratégica Rede Hospitalar	159.442	R\$ 382.660,80	R\$ 382.660,80	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 2,40	R\$ 2,40	M206/2021 Public. Inicial 13.01.2022 Vencimento 13.01.2023
45	161217	TENOXICAM 20MG AMPOLA/FRASCO AMPOLA	Linha Estratégica Rede Hospitalar	52.950	R\$ 274.810,50	R\$ 341.527,50	R\$ 66.717,00	R\$ 80.060,40	R\$ 5,19	R\$ 6,45	M232/2021 Public. Inicial 26.04.2022 Vencimento 26.04.2023
46	765287	SURFACTANTE FOSFOLIP. DE PULMAO PORCINO,120 MG,INJ,FRASCO-AMPOLA 1,5ML	Linha Estratégica Rede Hospitalar	747	R\$ 793.314,00	R\$ 847.150,29	R\$ 53.836,29	R\$ 64.603,55	R\$ 1.062,00	R\$ 1.134,07	M235/2021 Public. Inicial 08.04.2022 Vencimento 08.04.2023
Total				12.147.000	R\$ 20.047.130,25	R\$ 55.463.845,32	R\$ 35.416.715,07	R\$ 42.500.058,08	R\$ 3.920,87	R\$ 4.568,50	

Fonte: Elaborado pelo autor/novembro de 2023