

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA

CAROLINA ANDRADE OLIVEIRA DIBAI

ANÁLISE COMPARATIVA DAS ESTRATÉGIAS DE ABASTECIMENTO DE
MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO, NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte

2020

CAROLINA ANDRADE OLIVEIRA DIBAI

ANÁLISE COMPARATIVA DAS ESTRATÉGIAS DE ABASTECIMENTO DE
MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO, NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Área de Concentração: Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Orientadora: Dra. Professora Cristina Mariano Ruas

Coorientadora: Dra. Juliana Álvares Teodoro

Belo Horizonte

2020

D543a Dibai, Carolina Andrade Oliveira.
Análise comparativa das estratégias de abastecimento de medicamentos do
componente básico, no Estado de Minas Gerais / Carolina Andrade Oliveira
Dibai. – 2020.
113 f. : il.

Orientadora: Cristina Mariano Ruas.
Coorientadora: Juliana Álvares Teodoro.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos
e Assistência Farmacêutica.

1. Saúde Pública – Teses. 2. Economia da saúde – Teses. 3.
Medicamentos – Aspectos econômicos – Teses. 4. Assistência Farmacêutica
– Teses. 4. Descentralização – Teses. I. Ruas, Cristina Mariano. II.
Teodoro, Juliana Álvares. III. Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 362.1042



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE FARMÁCIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANÁLISE COMPARATIVA DAS ESTRATÉGIAS DE ABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO, NO ESTADO DE MINAS GERAIS

CAROLINA ANDRADE OLIVEIRA DIBAI

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 05 de novembro de 2020, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Cristina Mariano Ruas - Orientadora (FAFAR/UFMG)

Profa. Juliana Alvares Teodoro (UFMG)

Prof. Felipe Ferré (UFMG)

Profa. Carine Raquel Blatt (UFCSPA)



Documento assinado eletronicamente por **Felipe Ferre, Usuário Externo**, em 05/11/2020, às 19:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Alvares Teodoro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 23/11/2020, às 15:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristina Mariano Ruas, Professora do Magistério Superior**, em 23/11/2020, às 17:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carine Raquel Blatt, Usuário Externo**, em 24/11/2020, às 21:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0314747** e o código CRC **7929FC47**.

Dedico este trabalho ao meu avô, Antônio Oliveira (*in memoriam*), minha maior inspiração de formação profissional e de honestidade; ele certamente estaria orgulhoso por esta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por ser minha razão de felicidade, perseverança e esperança. Sem Ele eu não seria nada.

Ao meu esposo, Leandro, que com muito amor e paciência sempre me incentiva em todas as minhas conquistas.

Ao meu filho, Miguel, por encher minha caminhada de alegria e vida.

Aos meus pais, José Itamarírio e Antônia Maria, que renunciaram muitas coisas para priorizar os meus estudos e são minha fonte de inspiração.

Às minhas irmãs, Raissa e Hannah, minhas melhores amigas e que estão sempre presentes, ainda que distantes.

Aos meus avós, Antônio (in memoriam), Amélia e Julieta (in memoriam) por serem a base do meu conhecimento de Deus e exemplos de vigor e força.

À Elizete e Arnaldo que me auxiliaram nos cuidados com o Miguel nos momentos que precisei me ausentar para dedicar ao mestrado.

À minha orientadora, Cristina Mariano Ruas e à minha co-orientadora, Juliana Álvares Teodoro, que me acompanharam durante o curso e me ensinaram sobre ser pesquisadora e docente.

Aos amigos, sobrinhos, cunhados e familiares pela compreensão das ausências.

Aos colegas da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, pela grande contribuição com esta pesquisa.

Aos professores, funcionários e colegas da Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, pelo auxílio e ensinamentos.

Aos componentes da banca de qualificação, Dra. Carine Raquel Blatt, Dra. Grazielle Dias da Silva e Dr. Felipe Ferré, pelas contribuições para o aperfeiçoamento desta dissertação.

Às Universidades Federais de Minas Gerais, Fluminense e da Bahia pelo ensino público federal de alta qualidade que me acompanhou por quase 9 anos.

E, por fim, ao SUS, que tem sido minha maior faculdade. Em especial, à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais que me proporcionou redução de carga horária para me dedicar ao mestrado.

RESUMO

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ficou estabelecida a universalização do acesso aos bens e serviços de saúde de forma gratuita e abarca a Assistência Farmacêutica em seu campo de atuação. O abastecimento de medicamentos deve estar de acordo com as reais necessidades da população e em consonância com os princípios do SUS. Assim, a gestão da Assistência Farmacêutica vem adotando novos formatos de organização, baseados, especialmente, no princípio de descentralização, com o objetivo de promover melhor eficiência no processo de aquisição de medicamentos. Considerando a atual conjuntura de escassez de recursos financeiros, principalmente no que diz respeito aos recursos federais, que estão congelados desde 2016, os municípios apresentam maior participação no financiamento na Atenção Primária à Saúde. Adicionalmente, os valores fixados destinados ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica estão defasados e já têm se mostrado insuficientes para atender às necessidades dos municípios. Além disso, os custos com a logística de medicamentos também são expressivos nos gastos públicos. Diante deste cenário de limitação dos recursos e aumento das despesas e com o objetivo de melhorar o acesso, em 2016, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) implantou a estratégia descentralizada de abastecimento de medicamentos do Componente Básico e extinguiu o abastecimento centralizado. Este estudo teve como objetivo realizar uma análise comparativa entre a estratégia de abastecimento de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica centralizada e a estratégia descentralizada. Para atingir o objetivo, primeiramente realizou-se uma análise das principais características dos dois tipos de arranjos no que diz respeito ao financiamento, à forma de gestão dos recursos, à aquisição dos medicamentos e à logística. Para isso, foi realizada uma revisão documental dos principais marcos legais referentes ao financiamento e aquisição de medicamentos do Componente básico no estado de Minas Gerais, bem como Notas Técnicas, Memorandos, Ofícios e Relatórios que descrevem o histórico e as características das duas estratégias. Além disso, realizou-se uma avaliação econômica entre as duas estratégias na perspectiva do financiador público estadual, avaliando os custos de medicamentos e da operação logística. Por fim, foram comparados os preços e as quantidades dos medicamentos adquiridos nas Atas de Registro de Preços Estaduais em 2015 e em 2018, e os preços de medicamentos

adquiridos em processos licitatórios municipais com os preços estaduais em 2018. Os resultados deste estudo mostraram que o modelo descentralizado tem como vantagens acompanhar o princípio do SUS e conta com a cooperação do estado na etapa de aquisição. A descentralização também trouxe o aumento da contrapartida estadual, o aumento do elenco e maior autonomia dos municípios. Além disso, observou-se uma economia de 6,5% em 2018 quando comparado a 2015, referente à economia de escala em função do aumento das quantidades adquiridas e maior eficiência nas aquisições por meio de instrumentos licitatórios estaduais quando comparada com as aquisições em instrumentos municipais. Conclui-se, portanto, que o processo de descentralização do abastecimento de medicamentos do CBAF em Minas Gerais possibilita a economia de recursos e favorece a cooperação com os municípios no que tange à infraestrutura administrativa para aquisição de medicamentos e aumento da contrapartida estadual.

Palavras-chave: Saúde pública. Economia da saúde. Gestão de medicamentos. Assistência Farmacêutica. Descentralização.

ABSTRACT

The supply of medicines must be in accordance with the real needs of the population and in line with the principles of the Sistema Único de Saúde (SUS). Thus, Pharmaceutical Assistance management has been adopting new organizational formats, based, especially, on the principle of decentralization, with the objective of promoting better efficiency of the process. The current situation, of scarcity of financial resources, mainly with regard to federal resources, which have been frozen since 2016, places a greater participation in financing in Primary Health Care. In addition, the amounts set by doctors to the Basic Component of Pharmaceutical Care they are outdated and are already insufficient to meet the needs of the municipalities. And medication logistics costs are also significant in public spending. Faced with the scenario of limited resources and increased expenses in order to improve access, in 2016, the Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) implemented a decentralized strategy of supplying medicines from the Basic Component and extinguished centralized supply. This study aimed to carry out a comparative analysis between a drug supply strategy of the Basic Component of Centralized Pharmaceutical Assistance and a decentralized strategy. In order to achieve the objective, an analysis of the main characteristics of the two types of arrangement should be carried out as regards financing, the way resources are managed, the purchase of medicines and logistics. To this end, a documentary review of the main legal frameworks was carried out to reference the financing and purchase of medicines of the Basic Component in the state of Minas Gerais, as well as Technical Notes, Memoranda, Letters and Reports that describe the history and characteristics of the two strategies. In addition, an economic assessment was carried out between the two strategies from the perspective of state public financing, assessing the costs of medicines and logistical operations. Finally, the prices and quantities of drugs purchased in the State Price Record Minutes in 2015 and 2018 and the prices of drugs purchased in municipal bidding processes were compared with state prices in 2018. The results of this study showed that the decentralized model is positive because it follows the principle of SUS and has the cooperation of the state in the acquisition stage. Decentralization also brought about an increase in the state contribution, an increase in the number of castles and greater autonomy for the municipalities. In addition, savings of 6.5% were observed in 2018 when compared to 2015, economies of scale due to the increase

quantities purchased and greater efficiency in state acquisitions when compared to municipal ones. It is concluded, therefore, that the process of decentralization of the supply of medicines from the CBAF in Minas Gerais enables savings of resources and favors cooperation with the municipalities regarding the administrative infrastructure for the purchase of medicines and an increase in the state counterpart.

Keywords: Public health. Health economics. Drug management. Pharmaceutical Care. Decentralization.

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

ARPE – Ata de Registro de Preços Estadual

CEME - Central de Medicamentos

CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica

CEstAF - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CFT- Comissão de Farmácia e Terapêutica

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

DAF - Departamento de Assistência Farmacêutica

ERAF - Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica

SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

FUNED – Fundação Ezequiel Dias

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM - Política Nacional de Medicamentos

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos

SAF - Superintendência de Assistência Farmacêutica

SES/MG - Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SIGAF - Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica

SUS - Sistema Único de Saúde

WHO - World Health Organization

Sumário

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	21
1.1 Histórico da Assistência Farmacêutica no Brasil	21
1.2 Descentralização das ações na Assistência Farmacêutica	23
1.3 Medicamentos na Atenção Primária (APS) do SUS	24
1.4 O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica	25
1.5 Gastos com Assistência Farmacêutica	28
1.6 Gestão do Medicamento na Assistência Farmacêutica	29
1.6.1 Seleção	29
1.6.2 Programação	31
1.6.3 Aquisição	31
1.6.4 Armazenamento	32
1.6.5 Distribuição	33
1.6.6 Dispensação	33
1.6.7 Sistema de Informação	33
1.7 O estado de Minas Gerais	34
1.8 Gestão de abastecimento de medicamentos em Minas Gerais	35
1.8.1 Estratégia Centralizada de Abastecimento de Medicamentos Básicos em Minas Gerais	36
1.8.2 Estratégia Descentralizada de Abastecimento de Medicamentos Básicos em Minas Gerais	377
2 OBJETIVOS	39
2.1 Objetivo Geral	39
2.2 Objetivos Específicos	39
3 MÉTODOS	41
3.1 Revisão documental das principais características do abastecimento de medicamentos básicos em Minas Gerais - ARTIGO 1	41
3.2 Avaliação econômica do abastecimento de medicamentos básicos em Minas Gerais – ARTIGO 2	41
4 ARTIGO DE RESULTADOS 1	49
5 ARTIGO DE RESULTADOS 2	65
6 CONCLUSÕES	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
APÊNDICE A – Tabela de preços e quantidades dos medicamentos do Componente Básico em comum homologados em 2015 e 2018 nas Atas de Registro de Preços Estaduais.	95
ANEXO A – Artigo para submissão à Revista de Gestão em Sistemas de Saúde.....	99

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade, os quais, desde a sua criação, têm norteado as políticas de saúde no país e resultado em importantes mudanças no sistema público de saúde. O SUS apresenta, também, princípios organizativos, os quais representam a sua forma de organização e operacionalização. Dentre eles estão a Regionalização e a Hierarquização, Descentralização e Comando Único e a Participação Popular.

A universalidade trouxe consigo o direito de o cidadão ter o acesso aos serviços e ações de saúde, o que inclui a Assistência Farmacêutica. A ampliação do acesso aos serviços tem norteado as políticas públicas estabelecidas na área da Assistência Farmacêutica do SUS, de maneira a assegurar o aumento da distribuição gratuita de medicamentos seguros e de qualidade, paralelo à diminuição de custos.

O princípio da descentralização, por sua vez, exige um formato na condução e organização das políticas e se constitui como uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais, a partir da transferência de poder decisório do governo federal para as instâncias subnacionais de governo. Este princípio está presente nas normas e políticas da Assistência Farmacêutica e tem balizado suas ações de modo a garantir o acesso aos medicamentos essenciais de acordo com as reais necessidades da população. Entretanto, a efetivação da descentralização vem ocorrendo de modo lento nesta área.

As deficiências na capacidade financeira, administrativa e operacional dos municípios tornam um desafio garantir a integralidade e a universalidade da assistência à saúde no contexto descentralizado. Diante disso, se faz imprescindível a cooperação dos estados e do governo federal com os municípios na condução de políticas descentralizadoras.

O setor saúde enfrenta graves dificuldades com a elevação das despesas em função da crescente demanda e aumento dos custos dos serviços acima da inflação. A Assistência Farmacêutica é uma das áreas que mais tem contribuído para a elevação dos gastos em saúde. Os recursos do Componente Básico da Assistência

Farmacêutica (CBAF) têm se mostrado insuficientes diante das demandas da população e historicamente defasados.

Diante deste cenário, análises econômicas das políticas públicas, neste âmbito, se mostram relevantes, sobretudo quando se tratam de políticas descentralizadoras, as quais podem incrementar o financiamento municipal e sobrecarregar os municípios. É importante, ainda, que estas análises incluam custos logísticos, os quais podem ser responsáveis por uma significativa quantidade de recursos, que poderiam ser utilizados para a aquisição de medicamentos.

Sendo assim e tendo em vista que o arranjo descentralizado de abastecimento de medicamentos básicos foi recentemente implantado em Minas Gerais com o objetivo melhorar o acesso e a disponibilidade de medicamentos essenciais aos usuários do SUS e substituiu a estratégia centralizada e, considerando, ainda, que não existem estudos comparativos, este estudo realizará uma revisão documental para confrontar as principais características e custos entre as duas alternativas.

A estratégia de abastecimento de medicamentos do CBAF descentralizada foi criada em 2015 pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, com a premissa de melhorar o acesso de medicamentos em Minas Gerais. Esta estratégia substituiu o abastecimento centralizado e trouxe, como principais mudanças, a cooperação com os municípios, por meio da Ata de Registro de Preços Estadual para aquisição de medicamentos; o aumento da contrapartida estadual e a descentralização da gestão dos recursos para os municípios.

A Assistência Farmacêutica em Minas Gerais tem sido modelo para outros estados brasileiros, tanto devido à sua extensão territorial, quanto devido às suas diferenças regionais, o que o torna representativo do território brasileiro. Assim como o Consórcio Paraná, a estratégia descentralizada em Minas Gerais também consolidou as compras e fornece sua infraestrutura de aquisição aos municípios. Entretanto, esta estratégia possui diferenças, tais como a descentralização na gestão dos recursos e aumento da autonomia dos municípios, sendo ele o responsável pela aquisição. Este

estudo, portanto, contribui para o processo de decisão de gestores estaduais na construção de políticas na área da Assistência Farmacêutica.

Os resultados deste estudo contribuem para fomentar a formulação de novas políticas, bem como a manutenção ou ampliação das já existentes. Também poderá ser ponto de partida para estudos econômicos mais amplos. A partir dos dados de custos apresentados, será possível realizar uma análise econômica como a de custo-efetividade, tendo como desfecho o acesso aos medicamentos.

Este trabalho se desdobra em dois artigos que compõem a dissertação apresentada a seguir.

Para compor o primeiro artigo, será realizada uma revisão da literatura e dos principais marcos legais, com o objetivo de descrever os principais aspectos do modelo centralizado e descentralizado de abastecimento de medicamentos básicos em Minas Gerais e compará-los. Este artigo será submetido à Revista de Gestão em Sistemas de Saúde.

O segundo artigo será composto por uma análise comparativa dos custos e preços entre as duas estratégias. Com estes resultados, será possível identificar o impacto dos custos logísticos a partir desta mudança. Este artigo será submetido à Revista de Administração Pública.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Histórico da Assistência Farmacêutica no Brasil

Dentre os primeiros marcos históricos da Assistência Farmacêutica no Brasil, está a criação da Central de Medicamentos – CEME, em 1971, pelo governo federal, com a finalidade de buscar soluções para garantir o acesso da população a medicamentos. Esta prática, com vertentes centralizadora e assistencial, ocorreu durante a Ditadura Militar sob a justificativa de garantir a segurança pública (BRASIL, 1971; PORTELA *et al.*, 2011).

A CEME tinha como objetivo principal promover e organizar o fornecimento de medicamentos a preços acessíveis à população com baixo poder aquisitivo. Quanto às suas responsabilidades, cabia a ela a aquisição e distribuição dos medicamentos, bem como a elaboração da Relação de Medicamentos Básicos. Além disso, a CEME deveria funcionar como reguladora da produção e distribuição de medicamentos produzidos por laboratórios farmacêuticos oficiais, além de privilegiá-los em suas aquisições (BRASIL, 1971; PASQUETTI, 2011).

Sob a direção do Ministério da Previdência e Assistência Social, visando racionalizar o uso de medicamentos e atendendo aos princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1975, a CEME adequou a sua Relação de Medicamentos Básicos. Esta lista passou a abranger mais especialidades farmacêuticas e a denominar Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (BRASIL, 1975). Em 1987, com a criação do Programa Farmácia Básica, a distribuição passou a ser limitada a um conjunto fixo de medicamentos e apenas para os municípios pequenos (COSENDEY *et al.*, 2000).

Em 1988, foi publicada a Constituição Federal Brasileira que estabeleceu em seu artigo 196, a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, pelo Estado, através de políticas públicas (BRASIL, 1988). Em seguida, houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da publicação da Lei nº 8.080, de 29 de setembro de 1990. Esta Lei orgânica do SUS regulamenta as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS),

garante o acesso aos bens e serviços de saúde de forma gratuita e define o seu campo de atuação, no qual prevê a “assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica” (BRASIL, 1990).

Ao longo do tempo, a centralização das compras no governo federal, destinada a atender a maior parte do país, ocasionou inúmeros problemas. O principal deles era que o elenco de medicamentos adotado não levava em conta o perfil epidemiológico regional, o que levou ao desperdício e desabastecimento, limitando ainda mais o acesso aos medicamentos. Em 1983, estimava-se que 74,1% dos usuários dos serviços de saúde não receberam qualquer medicamento. Paralelamente, as deficiências no planejamento ocorreram perdas de medicamentos estimadas em 40% (PASQUETTI, 2011).

Somado a isso, houve corrupção, desarticulação com os estados e municípios e redução das participações dos laboratórios oficiais em suas compras a 50%. Por fim, acarretou na descaracterização da CEME como instrumento voltado para a execução da política de medicamentos, o que culminou com sua extinção em 1997. Foi então que suas ações e atividades foram remanejadas para vários setores do Ministério da Saúde, trazendo a necessidade de reformulação da Assistência Farmacêutica nacional (BRASIL, 1997 e PORTELA *et al.*, 2011).

Fizeram-se necessárias mudanças na organização da Assistência Farmacêutica no sistema público, no contexto de garantia do acesso da população às ações e serviços de saúde na perspectiva do SUS, de maneira a ampliar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos e, ao mesmo tempo, reduzir custos. Sendo assim, o processo de descentralização ocorreu tardiamente na área da Assistência Farmacêutica quando, com a criação do SUS, tornou emergente a formulação de uma Política Nacional de Medicamentos (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2008).

Após continuadas tentativas de ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais, em 1998, foi formulada e publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), como parte da Política Nacional de Saúde, por meio da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Esta Política definiu as responsabilidades dos três entes governamentais e dos diferentes Ministérios. O seu propósito era garantir a eficácia,

segurança e qualidade dos medicamentos, promover o uso racional e o acesso universal àqueles considerados essenciais, buscando levar maior autonomia e responsabilidade para o município por meio da descentralização da gestão, respeitando as necessidades das populações locais com o uso de critérios epidemiológicos (BRASIL, 2002b).

Dentre as diretrizes da PNM, destaca-se o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária e a reorientação da Assistência Farmacêutica. Em relação a esta última, a portaria tem como objetivo fomentar a descentralização da Assistência Farmacêutica para que todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais sejam realizadas nas três esferas de governo. A proposta de reorientação é baseada na promoção do uso racional de medicamentos, na melhoria do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas para a regulação dos preços para que possibilitem o acesso à população (BRASIL, 2002b).

Apesar do grande avanço obtido com a PNM, foi necessária uma construção mais ampla e participativa da Assistência Farmacêutica como Política Pública, o que teve como resultado a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada pela Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde. A PNAF efetivou a Assistência Farmacêutica como uma política de saúde e norteadora da formulação de políticas setoriais. Foi definida também como “um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional” (BRASIL, 2004).

1.2 Descentralização das ações na Assistência Farmacêutica

Em um contexto de desigualdades regionais e sociais, o princípio da descentralização se constitui uma estratégia na condução e organização das políticas para se aproximar das reais necessidades da população (PINAFO, 2016). Neste sentido, diferente do histórico da CEME, os estados e municípios passam a ter responsabilidades e a participar dos processos decisórios. Sendo que, na gestão da

Assistência Farmacêutica, a descentralização traz maior efetividade nas etapas de seleção de medicamentos, planejamento, distribuição e gestão dos recursos (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2008).

No entanto, as deficiências na capacidade financeira, administrativa e operacional dos municípios fazem com que a garantia da integralidade e universalidade da assistência à saúde no contexto descentralizado seja um desafio. Na conjuntura de subfinanciamento do SUS, os municípios apresentam maior participação na provisão dos recursos financeiros na Atenção Básica à Saúde (ABS) em comparação com os demais entes, não obstante a relevância do recurso federal, o que se constitui uma barreira no processo de descentralização (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

Portanto, a coparticipação dos estados e governo federal no financiamento, elaboração de políticas e execução complementar das ações, são imprescindíveis para garantir a atenção integral à saúde no arranjo descentralizado. Sendo que, a centralização da etapa de aquisição de medicamentos nos estados, excepcionalmente, tem se mostrado mais vantajosa, devido à manutenção da economia de escala, bem como devido à sua estrutura operacional estar mais estruturada (BRASIL, 2007a).

1.3 Medicamentos na Atenção Primária (APS) do SUS

A APS se constitui como a porta de entrada e o primeiro nível de acesso da população no sistema de saúde, sendo o seu fortalecimento uma prioridade na reorientação de programas e políticas no SUS (MAGALHÃES; PINTO, 2014). Após a Conferência Mundial de Alma-Ata, sobre Atenção Primária, a Assistência Farmacêutica foi considerada pela OMS como ponto importante nesse contexto:

Recomendação para que os governos formulassem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários a saúde; que adotassem medidas específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos; que incorporassem medicamentos tradicionais de eficácia comprovada e estabelecessem sistemas eficientes de administração e fornecimento (OMS, 1978).

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica no âmbito da APS, baseado no elenco de referência nacional para o tratamento dos agravos que ocorrem mais comumente no país ou no âmbito de agravos e programas de saúde específicos (BRASIL, 2012). Juntamente com o Componente Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica, o Componente Básico compõe a RENAME. Seu elenco está estabelecido no Anexo I e Anexo IV desta Relação. Estão incluídos neste Componente: medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher e insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml (BRASIL, 2020, 2017b, c)

Esta relação do CBAF é um instrumento básico para a seleção de medicamentos das relações estaduais e municipais (BRASIL, 2020). Sua aquisição é de responsabilidade do município ou estado e a dispensação é de responsabilidade das secretarias municipais de saúde, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT). Com exceção dos medicamentos que compõem o Programa de Saúde da Mulher e insulinas, os quais são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos pelos estados aos municípios (BRASIL, 2017b, c).

Nesse contexto, diversos estados têm fomentado políticas públicas no âmbito da Assistência Farmacêutica, com o objetivo de garantir o acesso e aumentar a disponibilidade de medicamentos. Configuram como exemplos: Consórcio Paraná Saúde, do estado do Paraná; o Programa Dose Certa, do estado de São Paulo; e o Farmácia de Minas, do estado de Minas Gerais.

1.4 O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

Em 1998, logo após a publicação da PNM, e dando início ao processo de descentralização da AF, foi estabelecido o Incentivo à Assistência Farmacêutica na APS, com valores pactuados na CIT. Com a publicação da Portaria GM/MS nº 176, de 8 de março 1999, foi estabelecido o financiamento tripartite, bem como os critérios e os requisitos para a habilitação dos estados e municípios a receberem o referido incentivo (BRASIL, 1999).

A Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, estabelecendo o respectivo monitoramento e controle. Dentre os cinco blocos de Financiamento para o SUS, estava o da Assistência Farmacêutica, de responsabilidade dos três entes federados (União, estados, municípios e o Distrito Federal), observando o disposto na Constituição Federal e na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2007b).

O Bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica era organizado em três componentes principais: o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CEstAF) e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) (BRASIL, 2007b).

O financiamento dos medicamentos para APS teve seus valores ampliados. Atualmente, o financiamento e execução do CBAF são regidos pelas Portarias de Consolidação nº 2 e 6, de 28 de setembro de 2017 e suas atualizações, que estabelecem como valor mínimo do recurso de responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, para financiamento e execução do CBAF (BRASIL, 2017b, c, 2019):

I – contrapartida federal: os valores a serem repassados para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do CBAF constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS serão definidos com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), conforme classificação dos municípios nos seguintes grupos:

- a) IDHM muito baixo: R\$ 6,05 (seis reais e cinco centavos) por habitante/ano;
- b) IDHM baixo: R\$ 6,00 (seis reais) por habitante/ano;
- c) IDHM médio: R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) por habitante/ano;
- d) IDHM alto: R\$ 5,90 (cinco reais e noventa centavos) por habitante/ano; e
- e) IDHM muito alto: R\$ 5,85 (cinco reais e oitenta e cinco centavos) por habitante/ano;

II - contrapartida Estadual: R\$ 2,36 (dois e trinta e seis centavos) per capita/ano;

III - contrapartida Municipal: R\$ 2,36 (dois reais e trinta centavos) per capita/ano.

Esta Portaria estabelece que este financiamento deva ser destinado à aquisição dos medicamentos do CBAF constantes dos Anexos I da RENAME vigente no SUS. Sendo que estados e municípios devem adquirir insumos para os usuários

insulinodependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS. A forma de gestão do recurso é definida em cada estado, tendo em vista que as normas que regem o componente deixa aberto sua pactuação na CIB (BRASIL, 2017b, c).

A partir de 2017, os Blocos de financiamento do SUS foram marcados por uma significativa mudança, a partir da publicação da Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28/09/2017. Dentre as principais mudanças, está a criação dos Blocos de Custeio e Investimento e a junção dos antigos blocos de financiamento de custeio em um único bloco, mantendo-se grupos de ações dentro do Bloco de Custeio. Esses grupos de ações devem refletir a vinculação, ao final de cada exercício, do que foi definido em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União e que deu origem ao repasse do recurso, bem como o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde dos entes subnacionais (BRASIL, 2017d).

A Assistência Farmacêutica passou a ser um grupo de financiamento dentro do bloco de custeio, com ações subdivididas em Apoio ao Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS, Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, Organização dos Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS e Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na APS (BRASIL, 2017d). Segundo Bermudez *et al.* (2018), a extinção dos blocos de financiamento sem aumento nos recursos pode trazer fragilização de áreas internas, como a Assistência Farmacêutica, do sistema público de saúde que competirão entre si por recursos.

Somada a isso, está a promulgação da Emenda Constitucional Nº 95 pelo Congresso Nacional em 2016, que estabeleceu um novo regime fiscal através do congelamento das despesas com saúde pelo governo federal até 2036. A partir desta regra, os gastos federais com saúde passaram a ser limitados ao gasto com saúde no ano anterior com a correção da inflação acumulada. Deste modo, estima-se que os gastos com saúde não acompanhem o crescimento da população e da renda, com previsão de grande impacto no direito à saúde e no financiamento (VIEIRA; BENEVIDES, 2016; BRASIL, 2016).

1.5 Gastos com Assistência Farmacêutica

O setor saúde enfrenta graves dificuldades com a elevação das despesas em função da crescente demanda. Segundo relatório da OMS, os gastos públicos com saúde no Brasil chegam a 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB). Mesmo com os gastos acima da média de países da América Latina, o Brasil gasta com saúde pública muito abaixo da média dos países europeus, que apresentam sistemas de saúde universais, os quais aplicam em média 6,5% do PIB (XU *et al*, 2018). Entre 2008 e 2017, a Assistência Farmacêutica foi um dos itens que mais contribuíram para a elevação dos gastos em saúde, perdendo apenas para a Vigilância em Saúde (BRASIL, 2018), com uma elevação de 40% nos gastos de medicamentos no SUS entre 2010 e 2015 (VIEIRA, 2017).

Apesar do aumento dos gastos públicos totais com medicamentos, ao analisar apenas o gasto com o Componente Básico, houve redução de 25% no seu financiamento entre 2010 e 2015, em termos reais (VIEIRA, 2017). De acordo com Faleiros *et al.* (2017), de 2010 a 2017 os valores para financiamento do CBAF defasaram cerca de 50% e já têm se mostrado insuficientes para atender às necessidades dos municípios. Apenas em 2019 a contrapartida federal do CBAF teve aumento em função do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), entretanto, historicamente, os ajustes têm sido feitos apenas em função do aumento populacional, sem acompanhar a inflação e o aumento da demanda (BRASIL, 2019).

Nos próximos anos, estes recursos podem ficar ainda mais restritos em função do congelamento dos gastos federais até 2036 e da crise fiscal vivenciada pelos estados. Nesta conjuntura, os municípios apresentam maior participação no financiamento da APS (Pinafo, Carvalho, & Nunes, 2016).

Somado à isso, a projeção de envelhecimento da população brasileira, por volta de 2050, poderá ser mais que o dobro da de 2015. Haverá, concomitantemente, segundo o Centro de Estudos e Debates Estratégicos – CEDES (2017), um aumento da prevalência de condições crônicas, as quais levam a maior utilização dos serviços de saúde por indivíduos idosos. Diante disso, estima-se que ocorra um aumento exponencial da demanda de medicamentos, sobretudo, aqueles para tratar doenças

como hipertensão e diabetes, os quais estão elencados no CBAF (BALDONI; PEREIRA, 2010).

Além disso, uma pesquisa realizada pelo Banco Mundial estimou que cerca de 20% dos recursos financeiros da saúde são absorvidos pelo gerenciamento da logística de medicamentos, evidenciando que pode haver uma significativa ineficiência e perdas na utilização desses recursos (BANCO MUNDIAL, 2007).

Sendo assim, em um contexto de limitação de recursos financeiros somado às deficiências na capacidade administrativa e operacional dos municípios, torna um desafio garantir a integralidade e universalidade da assistência à saúde.

1.6 Gestão do Medicamento na Assistência Farmacêutica

Segundo Araújo *et al.* (2005), a Assistência Farmacêutica é composta pela gestão do medicamento, que tem como objetivo principal promover o acesso ao medicamento, e se complementa com a gestão do uso, para a utilização correta do medicamento. Os autores ressaltam que esta etapa é caracterizada “como atividade previsível e repetitiva, mas necessária ao cumprimento dos aspectos legais e às diretrizes das políticas de saúde”. Posto isso, torna-se fundamental na implantação do modelo de gestão e efetiva implementação de políticas no campo da Assistência Farmacêutica, o estabelecimento de critérios de padronização dos medicamentos, mecanismos de aquisição, armazenamento e logística de distribuição, de modo a garantir a racionalidade administrativa (MARIN *et al.*, 2003).

1.6.1 Seleção

Segundo a World Health Organization (WHO), são chamados essenciais medicamentos que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da maioria da população. A seleção destes medicamentos deve ser pautada em dados epidemiológicos, evidências sobre eficácia e segurança e os estudos comparativos de custo-efetividade (WHO, 2017). Neste contexto, o medicamento definido como essencial não terá necessariamente o menor custo, mas serão evitadas pressões mercadológicas e de relações interpessoais, minimizando o modelo estruturado com

base na prescrição médica e no atendimento automático da demanda por ela gerada. Além disso, o conceito de essencialidade vai de encontro com a integralidade na assistência, uma vez que inúmeras ações judiciais têm evidenciado vazios assistenciais, sobretudo no tratamento de doenças raras (GUERRA; ACURCIO, 2013).

No Brasil, a RENAME é regulamentada pela Portaria nº 533, de 28 de março de 2012, elaborada e atualizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS), para cumprimento legal e sob orientação da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2006 (BRASIL, 2012).

Com a publicação da Lei nº 12.401/2011, foi criada a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que assessora o Ministério da Saúde no processo de elaboração e atualização da RENAME. A CONITEC realiza as avaliações com base nas evidências científicas disponíveis, levando em consideração aspectos como a eficácia, efetividade e segurança do medicamento, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às opções terapêuticas já existentes (BRASIL, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Esta relação representa um instrumento mestre, racionalizador e de orientação ao planejamento das ações de saúde no âmbito da Assistência farmacêutica do SUS. Dentro de sua estrutura, estão a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico, Estratégico, Especializado e a Relação Nacional de Insumos (BRASIL, BRASIL, 2020).

As Listas de Medicamentos Essenciais devem ser elaboradas no âmbito Estadual e Municipal, mesmo com a instituição da RENAME, visando garantir a definição de prioridades e eficiência nos gastos. Neste processo é fundamental a implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) para que a seleção ocorra adequadamente (BRASIL, 2007a).

1.6.2 Programação

Com base em dados sobre o consumo de medicamentos, o perfil epidemiológico, a oferta e demanda de serviços na área de saúde, bem como com recursos humanos capacitados e a disponibilidade financeira, é possível estimar as quantidades a serem adquiridas para abastecer e garantir o acesso aos medicamentos. Nesta etapa, a programação adequada é de suma importância no processo de gestão do medicamento, uma vez que o uso isolado de dados epidemiológicos com baixa confiabilidade, sem o uso de um sistema de informação, pode gerar a indisponibilidade e excesso de itens nos estabelecimentos (DIEHL; SANTOS; SCHAEFER, 2016).

1.6.3 Aquisição

A fase de aquisição consiste num conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação. No contexto das compras públicas, a Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, atualizada pelas Leis nº 8.883, de 8 de junho de 1994 e nº 10.520/2002, impõe o dever de licitar, a fim de garantir o princípio constitucional da isonomia e selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração Pública. No caso dos medicamentos, considerando-se que a eficácia e efetividade são iguais para um mesmo princípio ativo, o critério de decisão de compra é o preço. Esta Lei estabelece modalidades de licitações: concorrência, tomada de preços, convite, concurso e leilão, além das ocasiões em que acontecem as dispensas e inexigibilidade (BRASIL, 1993).

Com o objetivo de dar celeridade aos processos de aquisição na administração pública e garantir redução de preços em decorrência de maior competitividade, foi criado o Sistema de Registro de Preços (BRASIL, 2002). Este procedimento tem sido amplamente utilizado para aquisição de medicamentos por permitir a contratação por ata de registro de preços, com a manutenção da proposta pelo período de 12 meses (AMARAL; BLATT, 2011).

A consolidação das compras dos municípios tem sido uma alternativa, diante de um mercado competitivo, uma vez que permite a aquisição de maior quantidade de medicamentos e, conseqüentemente, a redução dos preços em razão da economia

de escala, o que é relevante em um processo licitatório que prima pela proposta mais vantajosa para a administração pública. Muitos municípios e estados têm utilizado da formação de consórcios intermunicipais, como estratégia para aumentar o poder de compra de municípios de pequeno porte e para usufruir da infraestrutura administrativa proporcionada (DIEHL; SANTOS; SCHAEFER, 2016).

Dessa forma, outra opção vantajosa é realizar contratos de compra com volume maior, com prazo determinado e entregas parceladas, o que gera regularidade no abastecimento, redução dos estoques e dos custos de armazenamento, garantia de medicamentos com prazos de validade favoráveis e execução financeira planejada e gradual (BRASIL, 2007a).

Outro procedimento administrativo interno que faz parte do processo de aquisição é a emissão dos empenhos para entrega aos fornecedores contratados. Ao final da entrega da totalidade dos itens contratados, nas condições estabelecidas nos editais dos processos licitatórios, ocorre a efetivação do pagamento aos fornecedores (BRASIL, 2007a).

1.6.4 Armazenamento

O armazenamento é uma etapa do processo da Assistência Farmacêutica que propõe garantir a qualidade dos medicamentos por meio de condições adequadas de armazenamento e de um controle de estoque eficaz. Nesta etapa, são realizadas as seguintes atividades: recepção de medicamentos; estocagem com o maior aproveitamento de espaço possível e dentro de parâmetros que permitam segurança e rapidez; manutenção do material sob cuidados contra danos físicos, furtos e roubos, garantindo a segurança; conservação das características dos produtos durante o período de estocagem; e controle de estoque (PINTO, 2016).

Além disso, são necessárias a otimização de recursos e a melhoria da eficiência da logística, em que os recursos humanos físicos e informacionais precisam ser coordenados e integrados de maneira eficiente através da incorporação de sistemas de informação e de apoio à decisão ao processo gerencial (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2008).

1.6.5 Distribuição

O processo de qualquer sistema de distribuição tem início em uma solicitação de medicamentos (por parte do requisitante) para o nível de distribuição envolvido, a fim de suprir as necessidades desses medicamentos por um determinado período de tempo. Uma distribuição correta e racional de medicamentos deve garantir: rapidez na entrega, por meio de um cronograma estabelecido, impedindo atrasos e/ou desabastecimento ao sistema; segurança e eficiência no sistema de informação e controle; transporte adequado, considerando as condições adequadas de segurança, a distância das rotas das viagens, o tempo da entrega e os custos financeiros (DIEHL; SANTOS; SCHAEFER, 2016).

A periodicidade na qual os medicamentos são distribuídos às unidades operativas varia em função da programação, número de unidades usuárias, capacidade de armazenamento dessas unidades, magnitude da demanda no nível local, tempo de aquisição, disponibilidade de transporte e de recursos humanos, entre outros. No fluxo almoxarifado municipal às unidades de saúde, a distribuição mensal é a que garante o melhor acompanhamento e gerenciamento das informações (MARIN *et al.*, 2003).

1.6.6 Dispensação

Dispensação é o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. É nesta etapa que o farmacêutico realiza a Atenção Farmacêutica (ANGONESI; RENNÓ, 2011).

1.6.7 Sistema de Informação

Em todas as etapas da gestão do medicamento é imprescindível um sistema de informação para aprimorar o planejamento, aumentar a eficiência e propiciar informações para a gestão da Assistência Farmacêutica. Em Minas Gerais, foi instituído, em 2009, o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) como centralizador de dados no estado. Desde então, diversas

melhorias vêm sendo realizadas no sistema e adaptações às mudanças nas formas de gestão da Assistência Farmacêutica no estado (MINAS GERAIS, 2012a).

Este trabalho aborda direta ou indiretamente as etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, as quais viabilizam o abastecimento de medicamentos básicos.

1.7 O estado de Minas Gerais

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado de Minas Gerais está localizado na região sudeste da República Federativa do Brasil, com uma grande extensão territorial de 586.521,123 km², correspondente à extensão da França e Bélgica juntas e a 7% do território nacional. Limitando-se ao norte e nordeste com o estado da Bahia, a leste com o estado do Espírito Santo, ao sul e sudeste com o estado do Rio de Janeiro, e ao sul com o estado de São Paulo. É o maior estado brasileiro em número de municípios (n=853) e o segundo em população, com 21.168.791 habitantes, perdendo apenas para o estado de São Paulo. Possui a maior malha rodoviária do Brasil (IBGE, 2019).

O estado de Minas Gerais é marcado por grandes desigualdades. O Índice Gini, que mede o grau de concentração de renda em determinado grupo, subiu de 0,486 para 0,490, de 2016 para 2017, este índice varia de zero, que corresponde igualdade, à um, que corresponde à desigualdade (IBGE, 2017). Ao estratificar por regiões, as desigualdades se mostram mais evidentes. De acordo com Souza *et al.* (2016), os territórios mineiros que mais se beneficiaram da criação da capital Belo Horizonte foram o Metropolitano, Sul e Triângulo do Norte, com o aumento da concentração da atividade industrial nos grandes centros urbanos, que se perpetua até hoje. Já regiões Sul, Triângulo Norte e Triângulo Sul se desenvolveram em função das atividades agropecuárias. Enquanto isso, o Norte de Minas Gerais permaneceu, de certo modo, isolado e com baixo dinamismo econômico e social. Tal processo gerou fortes contrastes dentro do estado de Minas Gerais.

As disparidades também são observadas em relação ao acesso que a população tem à APS e quanto à infraestrutura dos municípios. De um lado, estão os municípios

desenvolvidos, que apresentam uma APS fortalecida, equipes médicas especializadas, procedimentos de alta complexidade, atendimento em domicílio, tratamentos e muitos outros serviços (SOUZA; VIANA; LEAL FILHO, 2016). Por outro lado, há municípios em que os usuários não conseguem nem mesmo uma simples consulta. Segundo Galvarro *et al.* (2012):

[...]se observa que a desigualdade no acesso à saúde divide esse estado em dois grupos. Mesorregiões como Sul/Sudoeste de Minas, Triângulo Mineiro, Zona da Mata, Oeste de Minas, Central de Minas, Campo das Vertentes e Metropolitanas de Belo Horizonte apresentam, de forma geral, indicadores favoráveis nesta área, bem como maior homogeneidade no interior de cada mesorregião. E mesorregiões com baixo desempenho, como Jequitinhonha, Norte de Minas, Vale do Mucuri e Vale do Rio Doce, mostram estruturas mais heterogêneas, com indicadores predominantemente desfavoráveis.

Diante disso, as características territoriais peculiares apresentadas, somadas aos contrastes regionais históricos do estado de Minas Gerais, indicam a complexidade e o grande desafio da gestão do serviço público, sobretudo na área da saúde.

A Assistência Farmacêutica em Minas Gerais tem sido modelo para outros estados brasileiros, tanto devido à sua extensão territorial, quanto devido às suas diferenças regionais, o que o torna representativo do território brasileiro. Assim como o Consórcio Paraná, a estratégia descentralizada em Minas Gerais também consolidou as compras e fornece sua infraestrutura de aquisição aos municípios. Esta estratégia, entretanto, possui diferenças, tais como a descentralização na gestão dos recursos e aumento da autonomia dos municípios, sendo ele o responsável pela aquisição, pagamento e notificação ao fornecedor (MINAS GERAIS, 2018b). Portanto, é fundamental a avaliação das políticas implantadas no âmbito estadual, a fim de garantir a universalidade e integralidade da atenção à saúde.

1.8 Gestão de abastecimento de medicamentos em Minas Gerais

O abastecimento de medicamentos do CBAF em Minas Gerais, durante muitos anos, tinha a forma de gestão dos recursos financeiros e dos medicamentos centralizada no estado. Apenas em 2015 um novo arranjo foi implantado, com descentralização da gestão do componente.

1.8.1 Estratégia Centralizada de Abastecimento de Medicamentos Básicos em Minas Gerais

Em 1997, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais contava com a produção e distribuição da maioria dos Medicamentos Básicos pela Fundação Ezequiel Dias (FUNED). Os medicamentos não providos pela Fundação eram adquiridos de forma centralizada para garantia da economia de escala. Com a suspensão da produção pela FUNED, a SES-MG passou a adquirir, armazenar em almoxarifado próprio e distribuir os medicamentos, concentrando suas ações na execução de atividades logísticas, o que culminou no arranjo centralizado de abastecimento (MINAS GERAIS, 2016d).

Os medicamentos partiam de uma única Central de Abastecimento Farmacêutico, que concentrava as atividades de gestão, armazenamento e transporte direto aos municípios. Esta estratégia alcançava aproximadamente 250 municípios em 1997, foi ampliada para atender a 550 municípios, em 1998, e 705 municípios, em 1999, o que correspondia, à época, a 100% dos municípios mineiros com população inferior a 20.000 habitantes (COSENDEY, *et al.*, 2000). Este arranjo perdurou até 2015, quando o estado distribuía medicamentos para todos os municípios mineiros (MINAS GERAIS, 2013).

Apesar do avanço na cobertura do fornecimento de medicamentos básicos na conjuntura centralizada, houve ampliação do elenco ao longo dos anos, o que culminou na limitação da capacidade logística do órgão para atender à crescente demanda. Houve a inviabilidade de aumentar o elenco para atender às reais necessidades da população, o que levou o estado de Minas Gerais a terceirizar a operação logística de medicamentos (MINAS GERAIS, 2016d). O contrato celebrado com o operador logístico tinha como objeto a prestação de serviços de armazenamento, gestão de estoques, distribuição, gestão de transportes para medicamentos, correlatos, vacinas, bens de consumo e patrimônio da Secretaria de estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012b).

Sob gestão terceirizada, o abastecimento de medicamentos do CBAF em Minas Gerais passou a apresentar evidentes irregularidades nas entregas, divergências no

controle de estoque, grandes perdas de medicamentos, extravio de cargas e se tornou obsoleto e ineficiente. Além disso, o grande volume de medicamentos adquiridos ultrapassou o ponto ótimo da escala de compra, enfraquecendo a concorrência nos processos licitatórios. Em 2013, foi realizada uma auditoria pelo Tribunal de Contas do Estado, que constatou diversos desvios, demonstrando a incapacidade de gestão do consórcio criado exclusivamente para prestar tais serviços ao estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2016d).

1.8.2 Estratégia Descentralizada de Abastecimento de Medicamentos Básicos em Minas Gerais

Em 2015, a fim de sanar os problemas de abastecimento de medicamentos, foi criado o programa inicialmente denominado de Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF) e regulamentado pela Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.164, de 19 de agosto de 2015. Esta estratégia consiste na cooperação técnica aos municípios na aquisição e distribuição de medicamentos do CBAF por meio de Ata de Registro de Preço Estadual (ARPE), com ampliação do elenco disponível, ampliação do incentivo financeiro e criação de uma estrutura de apoio para aquisição de medicamentos básicos nos municípios. Atualmente, é regida pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.043, de 13 de novembro de 2019 (MINAS GERAIS, 2019).

A partir de abril de 2016, o projeto piloto contou com a mudança na forma de gestão de 261 municípios para Totalmente Centralizada no Município, os quais abrangiam mais da metade da população estadual (MINAS GERAIS, 2016b). Do mesmo modo, em julho de 2017, 591 municípios mudaram a forma de gestão para Totalmente Centralizada no Município (MINAS GERAIS, 2017a). Apenas em janeiro de 2018 todos os municípios de Minas Gerais apresentavam esta forma de gestão, quando o município de Porteirinha optou pela forma de gestão Totalmente Centralizada no Município (MINAS GERAIS, 2018a).

A princípio, a ERAF tinha o objetivo de realizar um processo licitatório por macrorregião de Minas Gerais; por esse motivo, utilizou-se o termo Regionalização. Entretanto, de modo geral, o mesmo fornecedor era o vencedor na maioria das regiões, não sendo vantajoso para a administração pública. Diante disso, e com o

objetivo de fornecer cooperação técnica aos municípios na aquisição e distribuição de medicamentos do CBAF, o estado passou a disponibilizar uma única Ata de Registro de Preço Estadual (ARPE), na qual o município passou a ser participante independente de manifestação formal a partir da publicação do Decreto Nº 46.945, de 29 de janeiro de 2016, que alterou o Decreto nº 46.311, de 16 de setembro de 2013, que regulamenta o Sistema de Registro de Preços disciplinado no art. 15 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 (MINAS GERAIS, 2016a, c).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar uma análise comparativa, documental e econômica, das estratégias de abastecimento de medicamentos básicos centralizada no estado e descentralizada nos municípios, em Minas Gerais.

2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.1 Comparar as principais características das duas estratégias de abastecimento de medicamentos do CBAF no que diz respeito ao financiamento, à forma de gestão dos recursos, à aquisição dos medicamentos e à logística;
- 2.2.2 Realizar comparação entre os custos das duas estratégias de abastecimento de medicamentos básicos;
- 2.2.3 Comparar os preços de medicamentos e quantidades adquiridas em 2015 e 2018.

2 MÉTODOS

3.1 Revisão documental das principais características do abastecimento de medicamentos básicos em Minas Gerais - ARTIGO 1

Para atender ao objetivo específico 1, foi realizada uma revisão documental. Foram descritos os principais marcos legais referentes ao financiamento e aquisição de medicamentos do CBAF no estado de Minas Gerais, bem como Notas Técnicas, Memorandos, Ofícios e Relatórios que fornecem o histórico e as características do abastecimento de medicamentos centralizado e descentralizado.

A busca dos documentos acima citados foi realizada entre outubro de 2019 a setembro de 2020, na Central de Ajuda do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) disponível no link: <http://sigaf.saude.mg.gov.br/#>. Também foram realizadas as buscas no site da SES-MG, através do link: <https://www.saude.mg.gov.br/documentos>, no mesmo período.

3.2 Avaliação econômica do abastecimento de medicamentos básicos em Minas Gerais – ARTIGO 2

Desenho de Estudo e Tipo de Análise

Foi realizada uma avaliação de custo e comparação de preços, com a utilização de quatro diferentes cenários:

Cenário 1 – Custo dos medicamentos do CBAF adquiridos pelas Secretarias Municipais de Saúde em 2018 através da ARPE, com a quantidade adquirida na ARPE em 2018.

Cenário 2 – Custo dos medicamentos CBAF adquiridos pela SES/MG em 2015 através da ARPE, considerando-se a mesma quantidade adquirida na ARPE em 2018.

Cenário 3 – Preços e quantidade dos medicamentos efetivamente adquiridos pelas SES-MG através da ARPE em 2015.

Cenário 4 – Preços e quantidade dos medicamentos efetivamente adquiridos pelas Secretarias Municipais de Saúde através da de instrumentos próprios em 2018.

Ou seja, foram comparados os custos dos mesmos medicamentos em dois contextos diferentes: estado e municípios; e em dois diferentes momentos: 2015 e 2018, conforme Apêndice A.

A avaliação dos custos foi realizada considerando a perspectiva do financiador público, em conformidade com as Diretrizes Metodológicas para Avaliações Econômicas de Tecnologias em Saúde do Brasil (Brasil, 2017a), a fim de estimar os custos incorridos nos dois tipos de processo de aquisição e logística dos medicamentos básicos, nas seguintes etapas:

1. Identificação dos custos relevantes à avaliação;
2. Mensuração dos recursos usados e;
3. Valoração dos recursos.

Identificação, mensuração e valoração dos custos

Cenário 1 – Custo dos medicamentos do CBAF adquiridos pelas Secretarias Municipais de Saúde em 2018 através da ARPE, com a quantidade adquirida na ARPE em 2018.

Foram identificados na estratégia descentralizada, no exercício 2018, os custos unitário e anual com aquisição (Etapas 1 e 2), considerando que esta estratégia faz a utilização da rede logística já estabelecida no mercado privado.

- 1) Aquisição: preço unitário dos medicamentos distribuídos.
- 2) Aquisição: custo anual dos medicamentos adquiridos.

A mensuração e valoração dos custos incorridos em 2018 ocorreram nas seguintes etapas:

- 1) Preço unitário dos medicamentos

Os preços unitários foram estabelecidos pelo valor registrado pela SES/MG no último processo licitatório vigente em 2018, dos itens que estavam homologados em comum

em 2015 e 2018. Estes dados foram obtidos do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF).

2) Unidades farmacotécnicas distribuídas na estratégia centralizada e estimativa de custo anual

Neste cenário, foi utilizada a quantidade de unidades farmacotécnicas por item, que, de fato, foi adquirida em 2018, pelos municípios na ARPE. Foi calculada a estimativa do custo anual em 2018, a partir do somatório dos custos de todos os itens (Cálculo 1). Para se obter o custo total por item, por sua vez, os quantitativos foram multiplicados pelos respectivos preços unitários em 2018 (Cálculo 2). O Custo total do Cenário 1 foi o valor anual em 2018 para os itens calculados.

$$\begin{aligned} \text{Custo anual com medicamentos em 2018} &= \text{Custo total por item 1} + \text{Custo total por item 2} + \\ &\text{Custo total por item 2} + (\dots) \end{aligned} \quad (1)$$

$$\begin{aligned} \text{Custo total por item} &= \text{Quantitativo adquirido de cada unidade farmacêutica em 2018} \times \\ &\text{Preço unitário em 2018 (Etapa 1 do Cenário 1)} \end{aligned} \quad (2)$$

Em nenhum dos cenários foram relacionadas as etapas de planejamento, controle, seleção, programação e dispensação, tendo em vista que não houveram mudanças nesses processos de trabalho com a implantação da estratégia descentralizada, portanto, infere-se que não houve mudanças de gastos nestas etapas.

Cenário 2 – Custo dos medicamentos CBAF adquiridos pelas Secretarias Municipais de Saúde em 2015, considerando-se a mesma quantidade adquirida na ARPE em 2018

No abastecimento de medicamentos centralizados foram identificados os custos desde a aquisição, que são os custos identificados na Etapa 1 e 2 do Cenário 1, até a etapa de distribuição, referente ao exercício de 2015:

3) Operação logística: armazenamento, distribuição e transporte

A mensuração e valoração dos custos em 2015 ocorreu nas seguintes etapas:

1) Preço unitário dos medicamentos

Os preços unitários foram estabelecidos a partir do valor registrado pela SES/MG no último processo licitatório vigente em 2015, dos itens que estavam homologados em comum em 2015 e 2018. Estes dados serão obtidos do SIGAF.

Considerando a extensão entre os períodos analisados, foi efetuada a correção monetária dos medicamentos homologados em 2015 em função do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) referente a produtos farmacêuticos, com a utilização da Variação Acumulada em 12 meses dos anos subsequentes, permitindo compará-los aos valores de 2018. Para tanto, foram utilizadas informações obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019).

2) Unidades farmacotécnicas adquiridas na estratégia centralizada e estimativa de custo anual

Neste cenário, assumiu-se que a quantidade adquirida em 2015 é a mesma quantidade de unidades farmacotécnicas por item adquiridas em 2018. O custo anual em 2015 para os medicamentos analisados é o somatório do total de custo por item (Cálculo 3). Por sua vez, o total de custo de cada item é o quantitativo de cada unidade farmacêutica adquirida na ARPE em 2018, multiplicado pelo seu preço unitário em 2015 (Cálculo 4). Estes dados foram obtidos no SIGAF.

$$\begin{aligned} \text{Valor do custo anual com medicamentos em 2015} &= \text{Custo total por item 1} + \\ &\text{Custo total por item 2} + \text{Custo total por item 2} + (\dots) \end{aligned} \quad (3)$$

$$\begin{aligned} \text{Custo total por item} &= \text{Quantitativo distribuído de cada unidade farmacêutica em 2018} \times \\ &\text{Preço unitário em 2015 (Etapa 1 do Cenário 1)} \end{aligned} \quad (4)$$

3) Custo da Operação Logística

O custo Logístico foi calculado a partir do valor global do contrato somado ao total de valores unitários, do contrato firmado entre a SES e a empresa terceirizada, proporcional a 12 meses. Os dados foram solicitados no Portal da Transparência de Minas Gerais.

Ao encontrar o custo logístico, foi aplicado o desconto de 60%, considerando que os medicamentos do Componente Básico demandavam cerca de 40% das atividades logísticas, segundo informações obtidas através de painel de especialistas realizados com profissionais que trabalharam o almoxarifado da SES/MG.

4) Total de custos do Cenário 2

O total dos custos do cenário 2 foi calculado a partir da soma do custo com medicamentos em 2015 (Etapa 2 do Cenário 2) com o custo da operação logística em 2015 (Etapa 3 do Cenário 2) (Cálculo 5).

$$\text{Total de custos do Cenário 2} = \text{Custo com medicamentos em 2015 (Etapa 2 do Cenário 2)} + \text{custo com operação logística em 2015 (Etapa 3 do Cenário 2)} \quad (5)$$

Análise dos custos

Para analisar se houve diferenças de custo entre a estratégia de abastecimento de medicamentos do CBAF centralizada e descentralizada, o valor do custo total do Cenário 1 foi subtraído do custo total do Cenário 2 (Cálculo 6).

$$\text{Análise de custo} = \text{Custo total do Cenário 1} - \text{Custo total do Cenário 2} \quad (6)$$

Comparativo de preços e quantidades dos medicamentos adquiridos em 2015 e 2018

Para comparar os preços e quantidades dos medicamentos adquiridos em 2015 e 2018 foram utilizadas as seguintes variáveis referentes aos cenários abaixo:

- a) Preço unitário dos medicamentos em 2015 registrados em ata estadual

Foram utilizados os preços unitários de medicamentos calculados na Etapa 1 do Cenário 2.

- b) Preço unitário dos medicamentos em 2018 registrados em ata estadual

Foram utilizados os preços unitários de medicamentos calculados na Etapa 1 do Cenário 1.

c) Preço unitário dos medicamentos em 2018 registrados em ata estadual sem Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)

Foram utilizados os preços unitários de medicamentos calculados na Etapa 1 do Cenário 1, subtraindo o valor do ICMS. A subtração deste valor permitirá a comparação com os preços unitários em 2015, quando havia dedução do ICMS.

d) Quantidade de unidades farmacotécnicas distribuídas na estratégia centralizada, em 2015 (d)

Foram utilizadas as quantidades de unidades farmacotécnicas de cada item, identificada na Etapa 2 do Cenário 1.

e) Quantidade de unidades farmacotécnicas distribuídas na estratégia centralizada, em 2018

Foram levantados o quantitativo por item adquirido nas Atas de Registros de Preços Estaduais em 2018. Essa informação foi coletada no SIGAF.

f) Preço unitário dos medicamentos em 2018 registrados em processo licitatório municipal

Os preços unitários foram estabelecidos pelos valores médios registrados pelos municípios que tiveram preços registrados em 2018. Estes dados foram extraídos do sistema Banco de Preços em Saúde (BPS).

Preços Cenário 1 versus preços Cenário 3

Para obter a variação dos preços unitários (v) de cada medicamento em porcentagem, entre 2015 (a) e 2018 (b), para cada item, foi realizada a razão do preço unitário adquirido em 2018 (b) pelo preço adquirido em 2015 (a).

Para se obter a variação dos preços unitários na hipótese de dedução do ICMS (vi) de cada medicamento em porcentagem, entre 2015 (a) e 2018 (c), para cada item, foi realizada a razão do preço unitário adquirido em 2018 com dedução do ICMS (c) pelo preço adquirido em 2015 (a) .

Quantidades Cenário 1 versus quantidades Cenário 3

Foi calculado o número de itens que tiveram quantidades maiores adquiridas em 2018 (c) em comparação a 2015 (d) e expressos em porcentagem. Em seguida, foi comparado a redução e o aumento dos preços em função do aumento de quantidades entre 2015 e 2018.

Preços Cenário 1 versus preços Cenário 3

Em sequência, foram comparados os preços praticados na ARPE em 2018 (b) com os preços de todos os itens adquiridos por cada município em instrumento próprio em 2018 (f). O resultado é a porcentagem de itens com preços para mais e para menos que os itens adquiridos na ARPE, do total de itens adquiridos por processos licitatórios municipais.

4 ARTIGO DE RESULTADOS 1

ABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO: COMPARAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA CENTRALIZADA E DESCENTRALIZADA, NO ESTADO DE MINAS GERAIS

BASIC COMPONENT MEDICINE SUPPLY: COMPARISON BETWEEN CENTRALIZED AND DECENTRALIZED STRATEGY, IN THE STATE OF MINAS GERAIS

Carolina Andrade Oliveira Dibai¹, Juliana Alvares-Teodoro², Cristina Mariano Ruas³

¹ Mestranda em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Antônio Carlos, 6627. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270901.
carolhymer@gmail.com

² Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Antônio Carlos, 6627. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270901.
jualvares@gmail.com

³ Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Antônio Carlos, 6627. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270901.
crisruasufmg@gmail.com

RESUMO

Com a premissa de melhorar o acesso aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, foi criada, em 2015, pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, uma estratégia de abastecimento descentralizada, que substituiu o abastecimento centralizado. Este estudo teve como objetivo comparar as principais características das duas estratégias no que diz respeito ao financiamento, à forma de gestão dos recursos, à aquisição dos medicamentos e à logística. Para isso, foi realizada uma revisão documental dos principais marcos legais referentes ao financiamento e aquisição, bem como Notas Técnicas, Memorandos, Ofícios e Relatórios que descrevem o histórico e as características do abastecimento entre as estratégias. Entre as principais mudanças observadas no processo de substituição da estratégia centralizada para a descentralizada está a cooperação com os municípios por meio da Ata de Registro de Preços Estadual para aquisição de medicamentos; aumento do elenco de medicamentos financiados pelo nível estadual; aumento da contrapartida financeira estadual; descentralização da gestão dos recursos financeiros para os municípios; e utilização da logística do setor privado na distribuição dos medicamentos para os municípios. O modelo descentralizado mostrou vantagens, pois atende integralmente ao princípio organizativo do Sistema único de Saúde, de descentralização da gestão, e conta com a cooperação do estado na etapa de aquisição de medicamentos. O aumento do elenco permitiu melhor adequação das relações de medicamentos de acordo com as necessidades dos municípios. Apesar do aumento da contrapartida,

identificou-se atraso no repasse financeiro da contrapartida estadual, o que pode comprometer o acesso aos medicamentos. Melhorias no sistema de ocorrências e capacitação de recursos humanos também são necessários.

Palavras-chave: Saúde Pública. Medicamentos para a Atenção Primária. Assistência Farmacêutica. Descentralização.

ABSTRACT

With the premise of improving access to medicines in the Basic Component of Pharmaceutical Assistance, a decentralized supply strategy was created in 2015 by the Minas Gerais State Department of Health, which replaced centralized supply. This study aimed to compare the main characteristics of the two strategies in terms of financing, the way resources are managed, the purchase of medicines and logistics. To this end, a documentary review of the main legal frameworks regarding financing and acquisition was carried out, as well as Technical Notes, Memoranda, Letters and Reports that describe the history and characteristics of the supply between the strategies. Among the main changes observed in the process of substituting the centralized strategy for the decentralized one is cooperation with the municipalities through the State Price Registration Act for the purchase of medicines; increase in the number of financial drugs at the state level; increase in the state financial contribution; decentralization of financial resource management to municipalities; and use of private sector logistics in the distribution of medicines to municipalities. The decentralized model shows advantages, as it fully complies with the organizational principle of Sistema Único de Saúde, of decentralization of management, and relies on the cooperation of the state in the stage of drug acquisition. The increase in the number of castles allows for a better adaptation of the drug relations according to the needs of the municipalities. Despite the increase in the counterpart, the delay in the financial transfer of the state counterpart was identified, which can compromise access to medicines. Improvements in the system of occurrences and training of human resources are also common.

Keywords: Public Health. Medicines for Primary Care. Pharmaceutical care. Decentralization.

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe um desafio na condução e organização da gestão da assistência à saúde, considerando o seu princípio de descentralização (Lei n. 8.080, 1990). Se por um lado a transferência de poder decisório do governo federal para as instâncias subnacionais de governo constitui uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais ao se aproximar das reais necessidades da população, por outro lado, a descentralização tem resultado na maior participação dos municípios no financiamento e Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Especificamente no campo da assistência terapêutica na Atenção Primária à Saúde, o desafio se torna ainda maior devido à forma de financiamento, de logística e questões próprias das regiões e municípios. Assim, a cooperação dos estados e governo federal é fundamental na efetividade das políticas públicas de medicamentos, neste contexto (Pinafo, Carvalho, & Nunes, 2016).

Em 1971, foi criada, pelo governo federal, a Central de Medicamentos (CEME), que era responsável pelas compras e distribuição de medicamentos de forma centralizada (Decreto n. 68.806, 1971). Sua finalidade era buscar soluções para garantir o acesso da população com

baixo poder aquisitivo a medicamentos com baixo custo. Seu arranjo centralizado, no entanto, ocasionou inúmeros problemas, dentre eles o elenco adotado, que não levava em conta o perfil epidemiológico regional, o que levou ao desperdício e desabastecimento, limitando ainda mais o acesso aos medicamentos. Somado a isso, ocorreram fraudes e corrupção, culminando em sua extinção em 1997 (Decreto n. 2.283, 1997; Pasqueti, & Junges, 2014).

Antes da extinção da CEME, em 1988, foi publicada a Constituição Federal Brasileira que estabeleceu em seu artigo 196, a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, pelo Estado, através de políticas públicas. (Constituição Federal, 1988). Em seguida, houve a criação do SUS a partir da publicação da Lei nº 8.080, de 29 de setembro de 1990, que regulamentou as ações e serviços de saúde, definindo o seu campo de atuação, no qual prevê a “assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica” (Lei n. 8.080, 1990). Devido ao cenário de instabilidade na área sanitária, tornou-se emergente a formulação de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM), que ocorreu apenas em 1998. Esta política definiu as ações das três esferas de gestão, direcionando para o município maior autonomia na gestão (Ministério da Saúde, 2002).

Logo após a publicação da PNM, o Ministério da Saúde instituiu o financiamento tripartite de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), com a publicação da Portaria GM/MS nº 176, de 8 de março 1999 (Ministério da Saúde, 1999). Tornar a responsabilidade pelo financiamento compartilhada entre os entes foi um grande avanço, todavia, os recursos financeiros do CBAF tem se apresentado defasados e insuficientes frente à crescente demanda. Além disso, os municípios apresentam maior participação no financiamento da Atenção Primária em comparação aos demais entes. Estas deficiências financeiras, somadas aos problemas administrativos e operacionais dos municípios, constituem barreiras no processo de descentralização, já que podem comprometer o alcance da integralidade e da universalidade da assistência à saúde (Pinafo, Carvalho, & Nunes, 2016).

No que diz respeito à responsabilidade pela aquisição de medicamentos do CBAF, esta tem sido definida como sendo dos estados e/ou dos municípios, conforme pactuação realizada nas Comissões Intergestores Bipartite – CIB (Ministério da Saúde, 2017b). Diante disso, diferentes estratégias de abastecimento de medicamentos são implantadas pelos estados brasileiros. De modo geral, a consolidação das compras, por meio de consórcios ou instrumentos licitatórios estaduais, tornou-se uma tendência, especialmente devido à baixa capacidade dos municípios brasileiros, que em sua maioria são de pequeno porte e encontram nos modelos centralizados de gestão condições favoráveis para melhorar a eficiência na aquisição de medicamentos. Por esse motivo, a efetivação do princípio de descentralização vem ocorrendo tardiamente no campo da Assistência farmacêutica (Oliveira, Assis & Barboni, 20018).

Em Minas Gerais, algumas características indicam a complexidade do estado, o que torna um desafio à gestão do serviço público, especialmente no âmbito da Assistência Farmacêutica. Uma delas é ser o maior estado brasileiro em número de municípios (n=853) e o segundo em população, ficando atrás apenas do estado de São Paulo (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2019). Também possui a maior malha rodoviária do Brasil. Minas Gerais é marcado por grandes desigualdades. O Índice de Gini, que mede o grau de concentração de renda em determinado grupo, subiu de 0,486 para 0,490, de 2016 para 2017 no estado (IBGE, 2017). Ao estratificar por regiões, as desigualdades se mostram mais evidentes, especialmente em relação ao acesso da população à Atenção Primária à Saúde e quanto à infraestrutura dos municípios (Souza, Viana, & Leal, 2016).

Até 2015, o abastecimento de medicamentos do CBAF em Minas Gerais apresentava a gestão dos recursos financeiros e dos medicamentos centralizada no estado. Com esse arranjo, houve a limitação da capacidade logística do estado para atender à demanda, o que levou à terceirização da operação logística de medicamentos a partir do ano de 2012. Sob gestão

terceirizada, o abastecimento de medicamentos do CBAF passou a apresentar evidentes irregularidades nas entregas, divergências no controle de estoque, grandes perdas de medicamentos, extravio de cargas, e se tornou obsoleto e ineficiente (Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais [SES/MG], 2016c).

Diante deste cenário e com o objetivo de aprimorar o acesso aos medicamentos do Componente Básico, foi criada, em 2016, pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, a estratégia de abastecimento descentralizada, inicialmente denominada de Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF), que substituiu o abastecimento centralizado, extinguindo a terceirização logística. Foram realizadas mudanças na forma de gestão dos recursos e na gestão do medicamento, especialmente nas etapas de seleção, aquisição e distribuição (SES/MG, 2016b).

Tendo em vista que o arranjo descentralizado de abastecimento de medicamentos básicos foi implantado em Minas Gerais em 2016 e que não existem estudos comparativos entre as duas alternativas, o presente trabalho teve como objetivo realizar uma análise comparativa documental das estratégias de abastecimento de medicamentos básicos centralizada no estado e descentralizada nos municípios, em Minas Gerais.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão documental e dos principais marcos legais referentes ao financiamento e aquisição de medicamentos do CBAF no estado de Minas Gerais, bem como Notas Técnicas, Memorandos, Ofícios, Manuais e Relatórios que fornecem o histórico e as características das estratégias de abastecimento de medicamentos centralizada e descentralizada.

A busca dos documentos acima citados foi realizada entre outubro de 2019 a setembro de 2020, na Central de Ajuda do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) disponível no link: <http://sigaf.saude.mg.gov.br/#>. Também foram realizadas as buscas no site da SES-MG, através do link: <https://www.saude.mg.gov.br/documentos>, no mesmo período.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma gestão eficiente da Assistência Farmacêutica e adequado financiamento são fundamentais para melhorar o acesso aos medicamentos, que são insumos essenciais no cuidado à saúde (Ferraes & Cordoni, 2002). Com este intuito é que foi criada a estratégia de abastecimento descentralizada de medicamentos em Minas Gerais. Estas características do modelo atual de gestão estratégica descentralizada e do antigo, de gestão centralizada no estado, estão resumidas no Quadro 1 e serão detalhadas na sequência.

Características	Estratégia Centralizada	Estratégia Descentralizada
Forma de Gestão do recurso	Totalmente Centralizada no Estado e Parcialmente Descentralizada no Município	Totalmente Centralizada no Município
Valor Contrapartida	Até R\$ 3,00	R\$ 3,00 - não aderiu à Ata de Registro de Preços Estadual. R\$ 3,35 - aderiu à Ata de Registro de Preços Estadual.
Número de Itens	Até 140	Até 340

Relação de Medicamentos	Estadual	Municipal
Frequência de solicitação/aquisição de medicamentos	Trimestral	Mensal
Ata de Registro de Preços Estadual (ARPE)	Estado como gestor	Estado como gestor, Município como participante
Responsável pela aquisição	Estado	Município
Responsável pela logística	Terceirizada pelo estado para operador logístico	Fornecedor
Responsável pelas ocorrências	Estado	Município com ciência do Estado

Quadro 01: Comparativo das principais características do abastecimento de medicamentos básicos sob gestão centralizada no estado e descentralizada no município, MG.

Forma de Gestão dos Recursos

O modelo centralizado se caracterizava, predominantemente, pela centralização dos recursos financeiros do CBAF no estado de Minas Gerais (SES/MG, 2013), com as seguintes formas de gestão:

- **Totalmente Centralizada no Estado:** Os recursos financeiros do gestor federal, estadual e municipal eram depositados no Fundo Estadual de Saúde, sendo aplicados pelo estado na aquisição e distribuição dos medicamentos e produtos definidos na Relação Estadual de Medicamentos (SES/MG, 2013).
- **Parcialmente Descentralizada no Município:** Os recursos financeiros dos gestores federal e municipal eram depositados no Fundo Municipal de Saúde, sendo aplicados pelo município na aquisição dos medicamentos e produtos definidos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. Sendo que o Estado ficava responsável pela aplicação dos recursos relativos à sua contrapartida na aquisição e distribuição dos medicamentos e produtos definidos na Relação Estadual de Medicamentos (SES/MG, 2013).

Em 2015, quase metade da população mineira (49%) estava sob a jurisdição de municípios com a forma de gestão Totalmente Centralizada no Estado (n=783), cabendo ao estado a responsabilidade do abastecimento de medicamentos equivalente ao recurso financeiro triparte destinado ao Componente Básico, que constituía 49,4% do recurso total investido. Os demais municípios (n=70), os quais abarcavam 51% da população, apresentavam forma de gestão Parcialmente Descentralizada no Município e o estado distribuía em medicamentos, o equivalente à sua contrapartida, que representava, por sua vez, 15,3 %. Com isso, cerca de 65% dos recursos do CBAF estavam sob a gestão da SES/MG e 35% sob a gestão municipal, conforme o Quadro 2 (SES/MG, 2013)

Estratégia		Centralizada		Descentralizada	
Forma de Gestão	Totalmente Centralizada no Estado	Parcialmente Centralizada no Estado	Centralizada no Estado	Totalmente Centralizada no Município	Descentralizada no Município
Número de municípios	783	70		853	

Habitantes	49 % (9.977.357)	51% (10.238.418)	100%
Recurso Tripartite	49,4%	50,6%	100%
Recurso integralizado no estado	49,4%	15,3%	0%
Recursos integralizado no município	0%	35,4%	100%

Quadro 02: Comparativo das formas de gestão financeira dos recursos do CBAF pactuadas em cada estratégia, em função da cobertura populacional e quantidade de recursos alocados em cada instância, em Minas Gerais.

Com a implantação do arranjo descentralizado, em 2016, uma das principais mudanças foi a inclusão da nova forma de gestão, Totalmente Centralizada no Município, em que os recursos financeiros do gestor federal, estadual e municipal passam a ser depositados diretamente no Fundo Municipal de Saúde, sendo aplicados pelo município na aquisição e distribuição dos medicamentos do CBAF (SES/MG, 2016b).

A partir de abril de 2016, o projeto piloto contou com a mudança na forma de gestão de 261 municípios para Totalmente Centralizada no Município, os quais abrangiam mais da metade da população estadual (SES/MG, 2016b). Do mesmo modo, em julho de 2017, 591 municípios mudaram a forma de gestão para Totalmente Centralizada no Município (SES/MG, 2017d). Em janeiro de 2018, todos os municípios de Minas Gerais apresentavam esta forma de gestão, conforme o Quadro 2 (SES/MG, 2018b).

A mudança para a forma centralizada de gestão do recurso financeiro no município gerou a reorientação da Assistência Farmacêutica no estado de Minas Gerais com a descentralização da gestão para os municípios, que passaram a ser responsáveis também pela aquisição dos medicamentos do CBAF (SES/MG, 2016b). Esta nova forma de gestão garante maior autonomia do município na utilização dos recursos, conforme seu perfil epidemiológico e não apenas nos itens disponibilizados pelo estado. Este fator se torna relevante quando se leva em conta o fracasso histórico marcado pela característica centralizadora da CEME (Oliveira, Assis, & Barboni, 2008).

Por outro lado, conforme constatado em diversos estudos, a gestão financeira pelo município apresenta dificuldades inerentes à sua operacionalização. Faleiros *et al.*, 2017 identificaram problemas sérios que comprometem a gestão do incentivo financeiro e financiamento do CBAF:

“pouca preocupação com a formalidade na execução dos recursos públicos seja por indícios de aquisição ou destinação de recursos fora dos padrões normativos ou pela não aplicação por parte dos estados e municípios das respectivas contrapartidas; gastos ocorridos para atendimento de demandas individuais em detrimento à coletividade; e registro da maioria dos gestores de que os recursos destinados ao CBAF são insuficientes para cobrir necessidades e demandas da população.”

Pontes, Tavares, Francisco e Naves (2017) identificaram que municípios, os quais possuem forma de gestão Totalmente Centralizada no Município investem menos recursos financeiros no Componente Básico do que municípios com forma de gestão parcialmente ou totalmente descentralizadas, sendo que a maioria dos municípios aplica menos do que o estabelecido nas normas vigentes.

Outra deficiência é a ausência de recursos humanos qualificados com conhecimento sobre as políticas vigentes no município, sobretudo devido à grande rotatividade de

profissionais de saúde e de gestão em função da alternância de governantes (Oliveira, Assis, & Barboni, 2008). Neste sentido, para garantir o uso adequado dos recursos, é imprescindível a cooperação e acompanhamento pelo ente estadual, por meio de educação permanente e comunicação com os municípios. Isso pode ser feito de modo a levar os profissionais farmacêuticos ou outros profissionais responsáveis pela programação a terem boa comunicação com o setor financeiro, o conhecimento dos critérios para utilização dos recursos, da periodicidade de repasse de cada ente, com base nas normas e as políticas vigentes.

Outro contraponto da forma de gestão Totalmente Centralizada no Município é a atual crise financeira do estado, que prejudica o repasse regular do recurso estadual, o que sobrecarrega ainda mais os municípios. Com a descentralização dos recursos financeiros, houve constantes atrasos de repasses da Contrapartida Estadual, enquanto que a Contrapartida Federal foi repassa regularmente (SES/MG, 2020).

No entanto, no modelo anterior, como os recursos em sua maioria eram de gestão do estado e o repasse era feito em medicamentos, quando ocorria atraso nas distribuições, os municípios com forma de gestão Totalmente Centralizados no Estado tinham como opção apenas investir recursos adicionais ao tripartite para sobrepor o desabastecimento. Enquanto que, atualmente, com o atraso da contrapartida estadual, ele ainda conta com cerca de 70% do recurso tripartite em conta para garantir o abastecimento (SES/MG, 2016c).

Valor da contrapartida

Historicamente, o estado de Minas Gerais investiu além do valor mínimo estabelecido da Contrapartida Estadual em Portaria Ministerial. Em 2015, enquanto vigorava o modelo centralizado de abastecimento de medicamentos, o estado investia R\$ 3,00 *per capita*/ano, o que correspondia 27% acima do valor mínimo. Após a implantação da estratégia descentralizada os municípios passaram a receber o incentivo de R\$ 3,35 *per capita*/ano, o que equivalia a 42% além do valor mínimo (SES/MG, 2016b, 2019; Ministério da Saúde 2017a, b).

Este incentivo financeiro no contexto descentralizado está condicionado à adesão à Ata de Registro de Preços Estadual (ARPE). Em 2020, apenas 7 municípios não fazem jus aos R\$ 0,35 *per capita*/ano adicionais. Os demais 846 municípios recebem do estado o valor de R\$ 3,35 *per capita*/ano (SES/MG, 2020b).

No processo de descentralização, o aumento da contrapartida em R\$ 0,35 *per capita*/ano foi tratado pelos gestores como uma transferência do valor dos custos logísticos como incentivo para aumentar o poder de compra de medicamentos dos municípios. Entretanto, avaliações econômicas entre os dois modelos são necessárias para identificar possíveis aumentos nos preços de medicamentos acima da inflação e, se identificado, relacionar as possíveis causas, sobretudo se houve transferências dos custos logísticos do setor privado para o preço do medicamento.

De acordo com Faleiros *et al.* (2017), de 2010 a 2017, os valores para financiamento do CBAF defasaram cerca de 50%. Tendo em vista que estas perdas ainda não foram recuperadas com as mudanças nos valores mínimos, estados e municípios têm investido além do valor mínimo estabelecido para garantir o abastecimento.

Neste sentido, caso não fique comprovado que o custo logístico do setor privado não esteja influenciando o aumento dos preços dos medicamentos, este aumento pode ser considerado uma compensação de parte das perdas inflacionárias do incentivo.

Tendo em vista as disparidades socioeconômicas no estado de Minas Gerais, especialmente na área da saúde, uma alternativa seria um aporte maior do valor da contrapartida estadual em função das carências municipais, o que tornaria mais equânime o financiamento do CBAF. Esta estratificação pode ser realizada nos moldes da Contrapartida Federal, que estabelece valores por faixas de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Seleção do elenco de medicamentos

No modelo centralizado de abastecimento, o Estado abria o processo licitatório apenas para itens constantes na Relação Estadual de Medicamentos Essenciais de Minas Gerais (REMEMG), composta por 140 itens. Destes, muitos itens tinham a licitação deserta ou fracassada. Em 2015, apenas 126 itens foram homologados na ata estadual, conforme o Quadro 3 (SES/MG, 2015). Isso contribuía para que muitos municípios realizassem a aquisição em instrumento próprio, composto por itens não homologados pelo estado ou que não faziam parte da relação estadual. Ainda assim, municípios que representavam cerca de metade da população de Minas Gerais contavam apenas com os itens da REMEMG (SES/MG, 2016c).

A estratégia descentralizada ampliou o elenco disponível, pois permitiu o Registro de Preços de todos os medicamentos constantes no Anexo I e II da RENAME, os quais totalizam 340 itens. Em 2018, foram 247 itens homologados na ARPE, 96% superior ao número de itens homologados em 2015, conforme o Quadro 3 (SES/MG, 2018a).

Ano	2015	2018
Número de itens homologado por ano	126	247
Número de unidades farmacotécnicas adquiridas na ARPE por ano	1.122.122.871	1.513.076.650

Quadro 3: Itens homologados e unidades farmacotécnicas adquiridas nas Atas de registro de Preços Estadual em 2015 e 2018.

Essa mudança se mostra positiva, tendo em vista que o estado de Minas Gerais é amplo em número de municípios, os quais apresentam desigualdades devidas aos diferentes perfis epidemiológicos e socioeconômicos, tornando um desafio delimitar os itens possíveis de aquisição em uma lista única estadual (Galvarro, Faria & Ferreira, 2012). No novo formato, os municípios têm mais opções de medicamentos constantes na RENAME, para incluir em sua lista de Medicamentos Essenciais, de acordo com o seu perfil epidemiológico.

A aquisição centralizada de um número maior de itens com instrumento licitatório do estado promove maior eficiência, devido ao aumento da escala de compra. Já que os medicamentos essenciais que não constam na lista, inevitavelmente, acabam por ser adquiridos pelos municípios em licitações próprias e com baixa eficiência (Pontes *et al.*, 2017).

A etapa de seleção é fundamental para a racionalidade e eficiência na gestão da AF. Deste modo, a ampliação do elenco no âmbito estadual exige que o município fortaleça a sua Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), a fim de definir a Relação de Medicamentos Essenciais do Município que se adeque ao seu perfil epidemiológico, tendo as Relações Estadual e Nacional como norteadoras (Magarinos-Torres, Pepe, Oliveira & Osorio-de-Castro, 2014). Uma alternativa de suporte aos municípios, neste processo, é a criação de relações estaduais de medicamentos por regiões do estado, de acordo com cada perfil epidemiológico.

Em 2019, a SES-MG instituiu a Coordenação de Farmácia e Terapêutica a fim de disponibilizar apoio técnico aos municípios. Esta coordenação, visando dar suporte aos municípios, criou o Manual intitulado “Diretriz para Instituir Comissão de Farmácia e Terapêutica Municipal” (SES/MG, 2020a).

SIGAF

Anteriormente à implantação da estratégia de abastecimento descentralizada as solicitações de medicamentos já eram feitas pelos municípios via SIGAF. Entretanto, diversas

mudanças foram necessárias e um novo módulo foi acrescentado para as etapas de planejamento anual, autorização de execução de compras e autorização de fornecimento (SES/MG, 2016c). As melhorias garantiram maior centralização de dados no estado, permitindo-o obter mais informações sobre a gestão do medicamento municipal.

Aquisição de medicamentos

As normas que regem o Componente Básico estabelecem que a responsabilidade de aquisição dos medicamentos é dos estados e/ou dos municípios e deve ser pactuada nas Comissões Intergestores. Com isso, cada estado tem adotado um formato diferente no abastecimento desses medicamentos. Em geral, os estados optam pela consolidação das compras, seja por meio de consórcio, como o estado do Paraná, ou por meio das próprias secretarias estaduais que assumem a centralização na aquisição, modelo estabelecido em Minas Gerais até 2016 (SES/MG, 2016c).

Desde 1997, a SES/MG contava com a produção e distribuição da maioria dos Medicamentos Básicos pela Fundação Ezequiel Dias (FUNED). Os medicamentos não providos pela Fundação eram adquiridos de forma centralizada para garantia da economia de escala. Com a suspensão da produção pela FUNED, a SES-MG passou a adquirir, armazenar em almoxarifado próprio e distribuir os medicamentos, concentrando suas ações na execução de atividades logísticas, o que culminou no arranjo centralizado de abastecimento e que perdurou até o início de 2016 (SES/MG, 2016c).

A princípio, a ERAF tinha o objetivo de realizar um processo licitatório por macrorregião de Minas Gerais, por esse motivo, utilizou-se o termo “Regionalização”. Entretanto, de modo geral, o mesmo fornecedor era o vencedor na maioria das regiões, não sendo esse processo vantajoso para a administração pública. Diante disso, e com o objetivo de fornecer cooperação técnica aos municípios na aquisição e distribuição de medicamentos do CBAF, o estado passou a disponibilizar uma única ARPE, na qual o município passou a ser participante independente de manifestação formal a partir da publicação do Decreto Nº 46.945, de 29 de janeiro de 2016 (Decreto Estadual n. 46.945, 2016; SES/MG, 2016a).

A aquisição dos medicamentos básicos no novo arranjo continuou a ser realizada por meio da modalidade de pregão eletrônico, no sistema de registro de preços (SES/MG, 2016b). O uso dessa modalidade de compra tem se revelado vantajoso, pois permite a contratação por meio de Ata de Registro de Preços por 12 meses, mantendo-se o preço do item durante esse período. Também propicia maior agilidade na aquisição, redução na quantidade de licitações e redução de preços pela economia de escala (Amaral & Blatt, 2011).

A programação anual é realizada pelo município via SIGAF, com posterior avaliação da CFT da Superintendência de Assistência Farmacêutica, a qual embasa os quantitativos por item no Edital. Para os itens com licitação deserta ou fracassada, novos pregões eletrônicos são realizados periodicamente, com o objetivo de garantir a disponibilização de todo o elenco (SES/MG, 2016b).

Manter o processo licitatório centralizado na SES-MG apresenta a vantagem de garantir a economia de escala, devido aos preços dos medicamentos em virtude do grande volume de itens adquiridos. Além disso, o número de itens com licitação deserta e fracassada é reduzido. O aumento da eficiência beneficia principalmente os municípios com menos de 20.000 habitantes, que totalizam 78% dos municípios de Minas Gerais e, em sua maioria, apresentam baixo poder econômico e pequena escala de compra de medicamentos (IBGE, 2019; Vieira & Zucchi, 2013).

Além disso, os municípios ficam desobrigados a manter uma infraestrutura de licitação de medicamentos e podem contar com a estrutura administrativa estadual. Esta cooperação é relevante, pois minimiza os efeitos de sobrecarga dos municípios nas ações e no financiamento,

os quais são inerentes ao processo de descentralização. Ao mesmo tempo, garante a autonomia do município nas etapas de programação, empenho, emissão de ordens de compra e aplicação de sanções ao fornecedor.

Ao comparar as duas estratégias, é possível identificar um aumento de cerca de 36% do número de itens adquiridos após a implantação do modelo centralizado (Quadro 3). Ressalta-se, entretanto, que o aumento do número de itens não corresponde, necessariamente, ao aumento no acesso aos medicamentos, uma vez que houve aumento de recursos investidos em ARPE em detrimento de instrumentos municipais. Vale lembrar que, em 2015, cerca de 35% dos recursos tripartite, correspondentes à contrapartida municipal e federal dos municípios que tinham forma de gestão Parcialmente Descentralizada no Município, não eram investidos na ARPE, mas em instrumentos licitatórios municipais, o que explica ao menos parte deste aumento.

Nas licitações e compras públicas realizadas pela administração estadual, havia dedução do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) no preço dos medicamentos utilizado para a classificação das propostas, julgamento, adjudicação e homologação das Atas, conforme estabelecido no Decreto Estadual nº 43.080, de 13 de dezembro de 2012 e Resolução Conjunta SEF/SEPLAG nº 3.458 de 22 de julho de 2003. Com a descentralização, esta dedução não foi aplicada às aquisições municipais por meio da ARPE, o que pode ter impactado nos custos de medicamentos aos municípios, já que a alíquota padrão de ICMS em Minas Gerais é de 18% (Decreto Estadual n. 43.080, 2012; SES/MG, 2017b; Secretaria de Estado da Fazenda [SEF] & Secretaria de Planejamento e Gestão [SEPLAG], 2003).

A operacionalização inicial da estratégia descentralizada permitia ao município realizar apenas quatro aquisições anuais nos moldes do modelo centralizado. Com o objetivo de otimizar a gestão dos estoques e reduzir o custo com almoxarifado, em 2018, houve o aumento da frequência das janelas de atendimento aos municípios, que passaram a ser mensais, resultando em até 12 aquisições anuais. Essa mudança permitiu ao município realizar a compra com a frequência que melhor se adequasse às suas demandas e à sua capacidade de armazenamento (SES/MG, 2018c).

A possibilidade de aumento na frequência de aquisição permite que o município tenha maior giro de medicamentos em estoque e, conseqüentemente, menor estoque. Maximizar o giro do estoque tem como vantagem reduzir os custos com despesas fixas de armazenamento e perda de medicamentos. Entretanto, é necessário aos farmacêuticos conhecimento em gestão de estoques para se evitar a falta dos medicamentos. Deve-se levar em conta possível aumento da demanda e flutuações da mesma em torno da média, o que exige a manutenção de um estoque reserva (Pinheiro, 2005).

No novo processo de trabalho, em cada ciclo, o município emite uma Autorização de Execução de Compra no SIGAF para a realização de empenho pelos municípios e, em seguida, é emitida a Autorização de Fornecimento, com base na qual o fornecedor realiza a distribuição dos medicamentos (SES/MG, 2016b). Nesta etapa é fundamental uma boa comunicação entre o setor financeiro e de compras com o farmacêutico de cada município, de modo a garantir adequada utilização dos recursos em função da maior autonomia do farmacêutico no processo de emissão das Autorizações de Fornecimento.

A Autorização de Fornecimento é o contrato do fornecedor com o município, portanto, o município é o responsável pela compra, cabendo a ele aplicar as sanções necessárias, como notificação, penalidade e multa, caso fornecedor descumpra qualquer cláusula. O município, a partir das sanções, pode realizar aquisições em instrumentos próprios, a fim de evitar desabastecimento (SES/MG, 2017c). Apesar da autonomia do município nesta etapa, são necessárias melhorias e maior participação estadual, visto que a penalidade dos municípios que têm baixa demanda, isoladamente, não impacta significativamente o fornecedor, o que pode causar ineficiência na entrega devido aos constantes atrasos.

Estudos devem ser realizados para avaliar a alteração dos preços com o processo de centralização das compras de medicamentos, com o objetivo de identificar a influência do poder de compra municipal e a capacidade de pequenos fornecedores se manterem no mercado para atender a um quantitativo maior. Sabe-se que alguns fornecedores não conseguem concorrer nos certames licitatórios por baixa capacidade de atender à elevada demanda. Adicionalmente, deve-se avaliar se esse processo aumentou o acesso aos medicamentos.

Logística

Anteriormente à ERAF o estado era responsável pela logística e distribuição de medicamentos aos 853 municípios mineiros. Havia a necessidade de uma complexa operação logística para o armazenamento e distribuição de medicamentos a partir de uma única central de abastecimento, tendo em vista que é o maior estado em número de municípios e possui a maior malha rodoviária do país. Isso levou à terceirização da logística de medicamentos. O modelo centralizado se mostrou ineficiente diante do expressivo número de ocorrências que envolviam atrasos nas entregas, cargas extraviadas e perda de medicamentos (SES/MG, 2016b).

Ao utilizar a rede logística já estabelecida no mercado privado, o arranjo descentralizado traz a possibilidade de maior rapidez na entrega aos municípios, o que deve ser objeto de novos estudos. A entrega descentralizada em todos os municípios de Minas Gerais, diferencia esta estratégia dos grandes consórcios e programas estaduais de abastecimento centralizado, os quais, em geral, com o objetivo de consolidar as compras, têm a maior parte das entregas centralizadas em um único ponto. O estado também teve uma grande economia com os custos logísticos, no entanto, estudos devem ser realizados a fim de avaliar se houve transferência destes custos logísticos ao preço do medicamento, pelo fornecedor.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O arranjo centralizado de abastecimento de medicamentos do CBAF em Minas Gerais acompanha o princípio de descentralização do SUS e conta com a cooperação do Estado aos municípios com sua infraestrutura administrativa na etapa de aquisição. Também permite melhor adequação das relações de medicamentos do Componente Básico de acordo com as reais necessidades de cada município, mais transparência nas informações, maior autonomia do farmacêutico na emissão de ordem de compra e no gerenciamento de estoque. O aumento da contrapartida se mostra relevante, pois minimiza a sobrecarga de financiamento dos municípios, muito comum na conjuntura descentralizada. Outra vantagem e diferencial desta estratégia é o aproveitamento da logística do setor privado, com entrega descentralizada em todos os municípios, que aponta para efetividade no processo de entrega, tendo em vista a grande extensão territorial e em número de municípios do estado.

Apesar dos avanços, algumas melhorias ainda podem ser realizadas no contexto descentralizado, tais como: construção de um sistema de ocorrências de fornecedores irregulares, regularização dos repasses financeiro da contrapartida estadual, criação de diferentes valores de contrapartida estadual com o objetivo de reduzir as disparidades municipais, capacitação e educação continuada dos farmacêuticos municipais no que diz respeito às novas mudanças implantadas.

Este estudo se limita a avaliar as vantagens e desvantagens de mudanças específicas no processo de gestão da Assistência Farmacêutica estadual e não avalia a efetividade da descentralização. Estudos complementares de custo-efetividade são necessários a fim de identificar se houve melhorias no abastecimento de medicamentos do Componente Básico em função da redução dos custos com esta mudança. A falta de medicamentos em decorrência de atraso de repasse pelo estado e mau gerenciamento dos recursos pelos municípios, podem

comprometer a integralidade e universalidade da assistência à saúde, impactando diretamente nas condições de saúde da população.

REFERÊNCIAS

Amaral S. M. S., & Blatt C. R (2011). Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Revista de Saúde Pública**; 45(4):799-801.

Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, Brasil.

Decreto nº 2.283 de 24 de julho de 1997 (1997). Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. Diário oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

Decreto n. 68.806 de 25 de junho de 1971 (1971). Dispõe sobre a Criação da Central de Medicamentos – CEME. Diário oficial. República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

Decreto Estadual n. 43.080, de 13 de dezembro de 2012 (2012). Aprova o Regulamento do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (RICMS). Belo Horizonte, MG.

Decreto Estadual n. 46.945, de 29 de janeiro de 2016 (2016). Altera o Decreto nº 46.311, de 16 de setembro de 2013, que regulamenta o Sistema de Registro de Preços disciplinado no art. 15 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e dá outras providências. Belo Horizonte.

Faleiros D. R., Acurcio F. A., Álvares J., Nascimento R. C. R. M, Costa E. A., Guibu I. A., Soeiro M. O., Leite S. N., Karnikowski M. G. de O., Costa K. S., & Guerra Jr. A A.. (2017) Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**;51 Supl 2:14s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007060>

Ferraes, A. M. B.; & Cordoni Junior, L (2002). O medicamento, a farmácia, o farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 4, n. 1. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/index.htm>. Acesso em: 12 jun. 2020.

Galvarro, M. P. S. Q. S.; Faria. E. R.; & Ferreira, M. A. M (2012). Desigualdades regionais na saúde no Estado de Minas Gerais. RAHIS. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 8, n. 8, p.12-27.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual de 2017**. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=resultados>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019). **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2019**. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101597>. Acesso em: jul, 2020

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasil.

Magarinos-Torres R., Pepe V. L. E., Oliveira M. A., & Osorio-de-Castro C. G. S. (2014). Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**; 19(9):3859-3868.

Ministério da Saúde (1999). **Portaria GM/MS nº 176, de 08 de março de 1999.** Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à assistência farmacêutica básica e define valores a serem transferidos. Diário oficial. República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

Ministério da Saúde (2017a). Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diário oficial. República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

Ministério da Saúde (2017b). Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário oficial. República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

Ministério da Saúde (2019). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília.

Oliveira, C. F. O.; Assis, M. M. A.; & Barboni, A. R (2008). Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**.

Pasqueti C.V., & Junges F. (2014). **O Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil: evolução da legislação e o seu contexto histórico.** Universidade de Brasília – UnB.

Pinafo, E; Carvalho, B. G.; & Nunes, E. de F. P. de A. (2016). Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 5 [Acessado 20 Fevereiro 2019], pp. 1511-1524. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>.

Pinheiro, A. C. M. Gerenciamento de Estoque Farmacêutico (2005). **Revista Eletrônica de Contabilidade**, v. 1, n. 3, mar./mai.

Pontes M. A., Tavares N. U. L, Francisco P. M. S. B., & Naves J. O. S (2017). Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet]. 22(8):2453-62. Disponível em: Disponível

em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2453.pdf> doi: 10.1590/1413-81232017228.18282016

Rosa W. A. G., & Labate R. C (2005). Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-Am Enferm**; 13(6):1027-1034.

Secretaria de Estado da Fazenda, Secretaria de Planejamento e Gestão (2003). Resolução Conjunta SEF/SEPLAG nº 3.458 de 22 de julho de 2003. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2013). **Resolução CIB/SUS-MG Nº 1.610 de 16 de outubro de 2013**. Aprova o financiamento do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) composto por medicamentos e insumos a serem utilizados na atenção primária em saúde. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2012). **Contrato nº 32595/2012 de Prestação de Serviços**. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2015). **Ata de Registro de Preços Estadual n. 195/2015**. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2016a). **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.266, de 27 de janeiro de 2016**. Divulga a forma de gestão atual dos municípios, conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.164, de 19 de agosto de 2015. Brasil, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2016b). **Resolução CIB/SUS-MG Nº 2.416 de 17 de novembro de 2016**. Aprova a Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF) e as normas de financiamento do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS-MG. Belo Horizonte, MG, 2016.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2016c). **Nota Técnica SAF/SES Nº 08/2016**. Dispõe sobre a adesão à Ata de Registro de Preços Estadual e aprovação das Normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), no âmbito do SUS/MG. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2017a). **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.486, de 17 de maio de 2017**, que divulga a forma de gestão atual dos municípios, conforme Deliberação CIBSUS/MG nº 2.416, de 17 de novembro de 2016. Belo Horizonte.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2017b). **Memorando Circular CSC/SEPLAG/DMB/SAF/SES-MG Nº 20/2017**, que presta esclarecimentos sobre os valores unitários de medicamentos na Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2017c). **Nota Técnica DMB/SAF/SES Nº 04/2017**. Traz esclarecimentos sobre a aplicação de penalidades e sanções à fornecedores, pelos municípios participantes da compra estadual. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2017d). **Deliberação CIB-SUS/MG n° 2.486, de 17 de maio de 2017**. Divulga a forma de gestão atual dos municípios, conforme Deliberação CIBSUS/MG n° 2.416, de 17 de novembro de 2016. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2018a). **Ata de Registro de Preços Estadual n. 199/2018**. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2018b). **Deliberação CIB-SUS/MG N° 2.660, de 29 de janeiro de 2018**. Divulga a forma de gestão atual do município de Porteirinha que aderiu às normas de financiamento e execução do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF), de que trata a Deliberação CIB-SUS/MG n° 2.416, de 17 de novembro de 2016, e dá outras providências. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2018c). **Memorando-Circular n° 10/2018/SES/SUBPAS-SAF-DMB**. Abertura da Programação de Medicamentos do CBAF – 2o Ciclo de Abastecimento/2018 da Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF). Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2019). **Deliberação CIB-SUS/MG N° 3.043, de 13 de novembro de 2019**. Aprova as normas de financiamento e gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), no âmbito do SUSMG, as diretrizes para a descentralização de recursos e dá outras providências. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2020a). **Diretriz para Instituir Comissão de Farmácia e Terapêutica Municipal**. Belo Horizonte, Minas Gerais.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2020b). **Comunicação SES/SUBPAS-SAF-DMB n°. 20/2020**. Que trata dos valores repassados da Contrapartida estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Belo Horizonte, Minas Gerais.

Souza, c. C. A. de; Viana, R. de M.; & Leal Filho, R. de S (2016). **Desigualdade nos territórios de desenvolvimento de Minas Gerais: período 2000 a 2013**. Seminário Sobre a Economia Mineira, 17., 2016, Diamantina, MG. Anais. Diamantina: CEDEPLAR, UFMG.

Vieira F. S., Zucchi P (2013). Financing of pharmaceutical services in Brazilian public health system. **Saúde Soc.**; 22(1):73-84.

5 ARTIGO DE RESULTADOS 2

AValiação EconôMica DO Abastecimento DE Medicamentos EM Minas Gerais: Centralizado Versus Descentralizado

ECONOMIC EVALUATION OF THE SUPPLY OF DRUGS IN MINAS GERAIS: CENTRALIZED VERSUS DECENTRALIZED

Carolina Andrade Oliveira Dibai¹, Juliana Alvares-Teodoro³, Cristina Mariano Ruas²

¹ Mestranda em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Antônio Carlos, 6627. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270901. carolhymer@gmail.com

² Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Antônio Carlos, 6627. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270901. crisruasufmg@gmail.com

³ Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Antônio Carlos, 6627. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270901. jualvares@gmail.com

RESUMO

As políticas públicas no campo da Assistência Farmacêutica têm adotado um novo formato na condução e organização, baseadas, especialmente, no princípio de descentralização do Sistema Único de Saúde, de modo a garantir que o abastecimento de medicamentos esteja de acordo com as reais necessidades da população. Apesar de o financiamento dos medicamentos destinados à Atenção Primária à Saúde ser tripartite, na atual conjuntura, de congelamento dos recursos federais, os municípios têm apresentado maior participação. Adicionalmente, os recursos financeiros destinados ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica estão defasados e já têm se mostrado insuficientes para atender às necessidades dos municípios. Os custos com a logística de medicamentos também se mostram expressivos nos gastos públicos. Diante deste cenário de limitação dos recursos e aumento das despesas e com o objetivo de melhorar o acesso, em 2016, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) implantou a estratégia descentralizada de abastecimento de medicamentos do Componente Básico e extinguiu o abastecimento centralizado. Este estudo teve como objetivo realizar uma análise comparativa entre a estratégia de abastecimento de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica centralizada e a estratégia descentralizada. Para atingir o objetivo, realizou-se

uma avaliação econômica entre as duas estratégias na perspectiva do financiador público, avaliando os custos de medicamentos e de operação logística. Também foram comparados os preços e as quantidades dos medicamentos adquiridos nas Atas de Registro de Preços Estaduais em 2015 e 2018 e os preços de medicamentos adquiridos em processos licitatórios municipais com os preços estaduais em 2018. Os resultados deste estudo mostraram uma economia de 6,5% em 2018 quando comparado a 2015, economia de escala em função do aumento das quantidades adquiridas e maior eficiência nas aquisições estaduais quando comparadas com as municipais. Conclui-se, portanto, que o processo de descentralização do abastecimento de medicamentos do CBAF em Minas Gerais possibilita economia de recursos e fornece cooperação com os municípios, com a disponibilização da infraestrutura administrativa para aquisição de medicamentos.

Palavras-chave: Saúde Pública, Economia da Saúde, Gestão de Medicamentos, Assistência Farmacêutica, Descentralização.

ABSTRACT

Public policies in the field of Pharmaceutical Assistance have adopted a new format in the conduct and organization, based, especially, on the principle of decentralization of the Sistema Único de Saúde, in order to ensure that the supply of medicines is in accordance with the real needs of the population. . However, in the context of SUS underfunding, municipalities have a greater participation in financing in Primary Health Care in the decentralized context. In addition, the financial resources allocated to the Basic Component of Pharmaceutical Assistance are out of date and have already proved insufficient to meet the needs of the municipalities. The costs of medication logistics are also significant in public spending. Faced with this scenario of limited resources and increased expenses and in order to improve access, in 2016, the Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES / MG) implemented the decentralized strategy of supplying medicines from the Basic Component and extinguished the centralized supply. This study aimed to carry out a comparative analysis between the drug supply strategy of the Basic Component of Centralized Pharmaceutical Assistance and the decentralized strategy. To achieve the objective, an economic evaluation was carried out between the two strategies from the perspective of the state public financier, evaluating the costs of medicines and logistical operations. The prices and quantities of drugs purchased in the State Price Record Proceedings in 2015 and 2018 and the prices of drugs purchased in municipal bidding processes were also compared with state prices in 2018. The results of this study showed savings of 6.5 % in 2018 when compared to 2015, economy of scale due to the increase in the quantities purchased and greater efficiency in state acquisitions when compared to municipal ones. It is concluded, therefore, that the process of decentralization of

the supply of medicines from the CBAF in Minas Gerais enables savings of resources and provides cooperation to municipalities with the provision of administrative infrastructure for acquisition.

Keywords: Public Health, Health Economics, Drug Management, Pharmaceutical Assistance, Decentralization.

INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a Assistência Farmacêutica integral passou a ser um direito do cidadão (Lei n. 8.080, 1990). As políticas públicas devem garantir o acesso a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, os quais são fundamentais na prevenção e tratamento de agravos à saúde. Para garantir este direito, as ações em saúde devem ser pensadas a partir do financiamento adequado, eficiência no gerenciamento dos recursos e compartilhamento de responsabilidades entre os entes (governo federal, estados e municípios) (Bermudez, 2018).

Os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) são destinados à Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada e o primeiro nível de acesso da população ao sistema de saúde, sendo o seu fortalecimento uma prioridade na reorientação de programas e políticas no SUS (Magalhães & Pinto, 2014). Apesar do grande avanço alcançado nas últimas décadas, com o estabelecimento da responsabilidade das três esferas de governo, o financiamento do CBAF teve redução de 25%, entre 2010 e 2015, em termos reais (Vieira, 2017). De acordo com Faleiros *et al.* (2017), de 2010 a 2017, os valores para financiamento do CBAF defasaram cerca de 50% e já têm se mostrado insuficientes para atender às necessidades dos municípios.

Nos próximos anos, estes recursos podem ficar ainda mais restritos em função do congelamento dos gastos federais até 2036 e da crise fiscal vivenciada pelos estados. Nesta conjuntura, os municípios apresentam maior participação no financiamento da APS (Pinafo, Carvalho, & Nunes, 2016). Sendo assim, em um contexto de limitação de recursos financeiros somado às deficiências na capacidade administrativa e operacional dos municípios, torna um desafio garantir a integralidade e universalidade da assistência à saúde.

Estes desafios são ainda maiores no contexto de descentralização das ações de saúde. Vale destacar que a descentralização é um princípio organizativo do SUS e se constitui uma estratégia importante para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais, a partir da transferência de poder decisório do governo federal para as instâncias subnacionais de governo (Lei n. 8.080, 1990). Este princípio aproxima os serviços às reais necessidades da

população. Por outro lado, esta forma de organização tem aumentado ainda mais a participação dos municípios nas ações e financiamento da saúde (Pinafo, Carvalho, & Nunes, 2016). Diante disso, as estratégias governamentais devem estar voltadas para o aumento da eficiência, a redução de desperdícios e a cooperação aos municípios.

Para sanar a fragmentação ocasionada pela descentralização e garantir eficiência nas compras públicas, os estados e municípios têm buscado, na consolidação das compras, uma alternativa para redução dos custos e compartilhamento da infraestrutura de aquisição em decorrência da economia de escala. Essa integração tem sido realizada por meio de consórcios ou a partir de aquisições centralizadas nas secretarias estaduais de saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS], 2007).

Os custos com o gerenciamento logístico de medicamentos, também apresentam alto impacto financeiro para o setor público. Uma pesquisa realizada pelo Banco Mundial estimou que cerca de 20% dos recursos financeiros da saúde são consumidos pela logística de medicamentos, evidenciando que pode haver uma significativa ineficiência e perdas na utilização desses recursos (Banco Mundial, 2007).

Em Minas Gerais, o abastecimento de medicamentos do CBAF até 2015 apresentava um arranjo centralizado, quase metade da população mineira (49%) estava sob a jurisdição de municípios com a forma de gestão Totalmente Centralizada no Estado, cabendo ao estado a responsabilidade do abastecimento de medicamentos equivalente ao recurso triparte. Sendo que os demais municípios, que correspondia a 49% da população, apresentavam forma de gestão Parcialmente Descentralizada no Município e o Estado distribuía o equivalente à sua contrapartida (Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais [SES/MG], 2013).

Com a centralização de 65% dos recursos financeiros, a Secretaria de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) era responsável pela aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do CBAF para todos os municípios mineiros. Apesar do avanço na cobertura do fornecimento de medicamentos deste componente na conjuntura centralizada, houve ampliação do elenco ao longo dos anos o que culminou na limitação da capacidade logística do órgão para atender à crescente demanda e impossibilitou o aumento do elenco para atender às reais necessidades da população (SES/MG, 2016a).

À vista disso, o estado de Minas Gerais passou a terceirizar a operação logística de medicamentos (SES/MG, 2012). Sob gestão terceirizada, o abastecimento de medicamentos do CBAF em Minas Gerais passou a apresentar evidentes irregularidades nas entregas, divergências no controle de estoque, grandes perdas de medicamentos, extravio de cargas e se tornou obsoleto e ineficiente (SES/MG, 2016a).

Com a premissa de sanar estes problemas e aumentar o acesso de medicamentos do Componente Básico, foi criada, em 2015, pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, a estratégia de abastecimento descentralizada, inicialmente denominada de Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF). Este arranjo substituiu o abastecimento centralizado, mantendo apenas a estrutura de aquisição estadual como cooperação aos municípios. Trouxe mudanças como a criação de uma única forma de gestão, a Totalmente Centralizado no Município, a ampliação da contrapartida estadual com criação do incentivo financeiro para adesão à Ata de Registro de Preço Estadual (ARPE), ampliação do elenco para todos os itens do CBAF na REANAME, aproveitamento a logística do setor privado e aumento do número de ciclos de abastecimento (SES/MG, 2016b).

Tendo em vista o arranjo descentralizado de abastecimento de medicamentos básicos foi recentemente implantado em Minas Gerais e que não existem estudos comparativos entre as duas alternativas, o presente estudo teve como objetivo realizar uma comparação entre os custos das duas estratégias de abastecimento de medicamentos básicos, bem como comparar os preços de medicamentos e quantidades adquiridos em 2015 e 2018.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho de Estudo e Tipo de Análise

Foi realizada uma avaliação de custo e comparação de preços, com a utilização de quatro diferentes cenários:

Cenário 1 – Custo dos medicamentos do CBAF adquiridos pelas Secretarias Municipais de Saúde em 2018 através da ARPE, com a quantidade adquirida na ARPE em 2018.

Cenário 2 – Custo dos medicamentos CBAF adquiridos pela SES/MG em 2015 através da ARPE, considerando-se a mesma quantidade adquirida na ARPE em 2018.

Cenário 3 – Preços e quantidade dos medicamentos efetivamente adquiridos pelas SES-MG através da ARPE em 2015.

Cenário 4 – Preços e quantidade dos medicamentos efetivamente adquiridos pelas Secretarias Municipais de Saúde através da de instrumentos próprios em 2018.

Ou seja, foram comparados os custos dos mesmos medicamentos em dois contextos diferentes: estado e municípios; e em dois diferentes momentos: 2015 e 2018, conforme Apêndice A.

A avaliação dos custos foi realizada considerando a perspectiva do financiador público, em conformidade com as Diretrizes Metodológicas para Avaliações Econômicas de Tecnologias em Saúde do Brasil (Brasil, 2017a), a fim de estimar os custos incorridos nos dois tipos de processo de aquisição e logística dos medicamentos básicos, nas seguintes etapas:

4. Identificação dos custos relevantes à avaliação;
5. Mensuração dos recursos usados e;
6. Valoração dos recursos.

Identificação, mensuração e valoração dos custos

Cenário 1 – Custo dos medicamentos do CBAF adquiridos pelas Secretarias Municipais de Saúde em 2018 através da ARPE, com a quantidade adquirida na ARPE em 2018.

Foram identificados na estratégia descentralizada, no exercício 2018, os custos unitário e anual com aquisição (Etapas 1 e 2), considerando que esta estratégia faz a utilização da rede logística já estabelecida no mercado privado.

- 3) Aquisição: preço unitário dos medicamentos distribuídos.
- 4) Aquisição: custo anual dos medicamentos adquiridos.

A mensuração e valoração dos custos incorridos em 2018 ocorreram nas seguintes etapas:

- 3) Preço unitário dos medicamentos

Os preços unitários foram estabelecidos pelo valor registrado pela SES/MG no último processo licitatório vigente em 2018, dos itens que estavam homologados em comum em 2015 e 2018. Estes dados foram obtidos do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF).

- 4) Unidades farmacotécnicas distribuídas na estratégia centralizada e estimativa de custo anual

Neste cenário, foi utilizada a quantidade de unidades farmacotécnicas por item, que, de fato, foi adquirida em 2018, pelos municípios na ARPE. Foi calculada a estimativa do custo anual em 2018, a partir do somatório dos custos de todos os itens (Cálculo 1). Para se obter o custo total por item, por sua vez, os quantitativos foram multiplicados pelos respectivos preços

unitários em 2018 (Cálculo 2). O Custo total do Cenário 1 foi o valor anual em 2018 para os itens calculados.

$$\begin{aligned} \text{Custo anual com medicamentos em 2018} &= \text{Custo total por item 1} + \\ &\text{Custo total por item 2} + \text{Custo total por item 2} + (\dots) \end{aligned} \quad (1)$$

$$\begin{aligned} \text{Custo total por item} &= \text{Quantitativo adquirido de cada unidade farmacêutica em 2018} \times \\ &\text{Preço unitário em 2018 (Etapa 1 do Cenário 1)} \end{aligned} \quad (2)$$

Em nenhum dos cenários foram relacionadas as etapas de planejamento, controle, seleção, programação e dispensação, tendo em vista que não houveram mudanças nesses processos de trabalho com a implantação da estratégia descentralizada, portanto, infere-se que não houve mudanças de gastos nestas etapas.

Cenário 2 – Custo dos medicamentos CBAF adquiridos pelas Secretarias Municipais de Saúde em 2015, considerando-se a mesma quantidade adquirida na ARPE em 2018

No abastecimento de medicamentos centralizados foram identificados os custos desde a aquisição, que são os custos identificados na Etapa 1 e 2 do Cenário 1, até a etapa de distribuição, referente ao exercício de 2015:

- 4) Operação logística: armazenamento, distribuição e transporte

A mensuração e valoração dos custos em 2015 ocorreu nas seguintes etapas:

- 5) Preço unitário dos medicamentos

Os preços unitários foram estabelecidos a partir do valor registrado pela SES/MG no último processo licitatório vigente em 2015, dos itens que estavam homologados em comum em 2015 e 2018. Estes dados serão obtidos do SIGAF.

Considerando a extensão entre os períodos analisados, foi efetuada a correção monetária dos medicamentos homologados em 2015 em função do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) referente a produtos farmacêuticos, com a utilização da Variação Acumulada em 12 meses dos anos subsequentes, permitindo compará-los aos valores de 2018. Para

tanto, foram utilizadas informações obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019).

6) Unidades farmacotécnicas adquiridas na estratégia centralizada e estimativa de custo anual

Neste cenário, assumiu-se que a quantidade adquirida em 2015 é a mesma quantidade de unidades farmacotécnicas por item adquiridas em 2018. O custo anual em 2015 para os medicamentos analisados é o somatório do total de custo por item (Cálculo 3). Por sua vez, o total de custo de cada item é o quantitativo de cada unidade farmacêutica adquirida na ARPE em 2018, multiplicado pelo seu preço unitário em 2015 (Cálculo 4). Estes dados foram obtidos no SIGAF.

$$\text{Valor do custo anual com medicamentos em 2015} = \text{Custo total por item 1} + \text{Custo total por item 2} + \text{Custo total por item 2} + (\dots) \quad (3)$$

$$\text{Custo total por item} = \text{Quantitativo distribuído de cada unidade farmacêutica em 2018} \times \text{Preço unitário em 2015 (Etapa 1 do Cenário 1)} \quad (4)$$

7) Custo da Operação Logística

O custo Logístico foi calculado a partir do valor global do contrato somado ao total de valores unitários, do contrato firmado entre a SES e a empresa terceirizada, proporcional a 12 meses. Os dados foram solicitados no Portal da Transparência de Minas Gerais.

Ao encontrar o custo logístico, foi aplicado o desconto de 60%, considerando que os medicamentos do Componente Básico demandavam cerca de 40% das atividades logísticas, segundo informações obtidas através de painel de especialistas realizados com profissionais que trabalharam o almoxarifado da SES/MG.

8) Total de custos do Cenário 2

O total dos custos do cenário 2 foi calculado a partir da soma do custo com medicamentos em 2015 (Etapa 2 do Cenário 2) com o custo da operação logística em 2015 (Etapa 3 do Cenário 2) (Cálculo 5).

Total de custos do Cenário 2 = Custo com medicamentos em 2015 (Etapa1 do Cenário 1) + custo com operação logística em 2015 (Etapa 3 do Cenário 1) (5)

Análise dos custos

Para analisar se houve diferenças de custo entre a estratégia de abastecimento de medicamentos do CBAF centralizada e descentralizada, o valor do custo total do Cenário 1 foi subtraído do custo total do Cenário 2 (Cálculo 6).

Análise de custo = Custo total do Cenário 1 – Custo total do Cenário 2 (6)

Comparativo de preços e quantidades dos medicamentos adquiridos em 2015 e 2018

Para comparar os preços e quantidades dos medicamentos adquiridos em 2015 e 2018 foram utilizadas as seguintes variáveis referentes aos cenários abaixo:

g) Preço unitário dos medicamentos em 2015 registrados em ata estadual

Foram utilizados os preços unitários de medicamentos calculados na Etapa 1 do Cenário 2.

h) Preço unitário dos medicamentos em 2018 registrados em ata estadual

Foram utilizados os preços unitários de medicamentos calculados na Etapa 1 do Cenário 1.

i) Preço unitário dos medicamentos em 2018 registrados em ata estadual sem Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)

Foram utilizados os preços unitários de medicamentos calculados na Etapa 1 do Cenário 1, subtraindo o valor do ICMS. A subtração deste valor permitirá a comparação com os preços unitários em 2015, quando havia dedução do ICMS.

j) Quantidade de unidades farmacotécnicas distribuídas na estratégia centralizada, em 2015 (d)

Foram utilizadas as quantidades de unidades farmacotécnicas de cada item, identificada na Etapa 2 do Cenário 1.

k) Quantidade de unidades farmacotécnicas distribuídas na estratégia centralizada, em 2018

Foram levantados o quantitativo por item adquirido nas Atas de Registros de Preços Estaduais em 2018. Essa informação foi coletada no SIGAF.

l) Preço unitário dos medicamentos em 2018 registrados em processo licitatório municipal

Os preços unitários foram estabelecidos pelos valores médios registrados pelos municípios que tiveram preços registrados em 2018. Estes dados foram extraídos do sistema Banco de Preços em Saúde (BPS).

Preços Cenário 1 versus preços Cenário 3

Para obter a variação dos preços unitários (v) de cada medicamento em porcentagem, entre 2015 (a) e 2018 (b), para cada item, foi realizada a razão do preço unitário adquirido em 2018 (b) pelo preço adquirido em 2015 (a).

Para se obter a variação dos preços unitários na hipótese de dedução do ICMS (vi) de cada medicamento em porcentagem, entre 2015 (a) e 2018 (c), para cada item, foi realizada a razão do preço unitário adquirido em 2018 com dedução do ICMS (c) pelo preço adquirido em 2015 (a).

Quantidades Cenário 1 versus quantidades Cenário 3

Foi calculado o número de itens que tiveram quantidades maiores adquiridas em 2018 (c) em comparação a 2015 (d) e expressos em porcentagem. Em seguida, foi comparado a redução e o aumento dos preços em função do aumento de quantidades entre 2015 e 2018.

Preços Cenário 1 versus preços Cenário 3

Em sequência, foram comparados os preços praticados na ARPE em 2018 (b) com os preços de todos os itens adquiridos por cada município em instrumento próprio em 2018 (f). O resultado é a porcentagem de itens com preços para mais e para menos que os itens adquiridos na ARPE, do total de itens adquiridos por processos licitatórios municipais.

RESULTADOS

Avaliação de custo entre as duas estratégias de abastecimento de medicamentos básicos.

Para a análise de custo, foram identificados 121 itens do CBAF homologados em comum em 2015 e 2018 em Atas de Registro de Preços Estaduais, conforme apêndice A.

Cenário 1 – Custo dos medicamentos do CBAF adquiridos pelas Secretarias Municipais de Saúde em 2018 através da ARPE, com a quantidade adquirida na ARPE em 2018.

O total de custos do Cenário 1 é o Custo de medicamentos em 2018 (Cálculo 1), tendo como resultado o valor de R\$ 139.649.183,79 (cento e trinta e nove milhões seiscentos e quarenta e nove mil e cento e oitenta e três reais e setenta e nove centavos).

Cenário 2 – Custo dos medicamentos CBAF adquiridos pelas Secretarias Municipais de Saúde em 2015, considerando-se a mesma quantidade adquirida na ARPE em 2018

Primeiramente, foram calculados os custos logísticos. 1) O valor global do contrato firmado entre o estado e o operador logístico, proporcional a 12 meses, foi de R\$ 19.204.540,80 (dezenove milhões duzentos e quatro mil quinhentos e quarenta reais e oitenta centavos). 2) Os somatório dos valores unitários, proporcionais a 12 meses, totalizaram R\$ 20.827.982,44 (vinte milhões oitocentos e vinte e sete mil e novecentos e oitenta e dois reais e quarenta e quatro centavos). Após somar os custos das etapas 1 e 2, foi aplicado ao resultado o percentual de 40%, correspondente aos custos com o Componente Básico, resultando no custo logístico de R\$ 16.013.009,30 (dezesesseis milhões treze mil e nove reais e trinta centavos).

Em segundo momento, foi calculado o custo de medicamentos em 2015, considerando-se a mesma quantidade registrada pela SES/MG em 2018. O resultado foi de R\$ 132.937.569,05 (cento e trinta e dois milhões novecentos e trinta e sete mil quinhentos e sessenta e nove reais e cinco centavos).

O total de custos do Cenário 2 (Cálculo 5) resultou em R\$ 148.950.578,35 (cento e quarenta e oito milhões novecentos e cinquenta mil e quinhentos e setenta e oito reais e trinta e cinco centavos)

Custos do Cenário 1 versus Custos do Cenário 2

Apesar do custo anual com medicamentos aumentar cerca de 5% de 2015 a 2018, a diferença estimada de custo entre a estratégia de abastecimento de medicamentos do CBAF centralizada e descentralizada, a partir da subtração do custo total do Cenário 2 do custo total do Cenário 1 (Cálculo 6) resultou em R\$ 9.301.394,56 (nove milhões trezentos e um mil trezentos e noventa e quatro reais e cinquenta e seis centavos), o que equivale a uma economia

estimada em 6,25% com a estratégia de descentralização da assistência farmacêutica aos municípios.

Quantidades Cenário 1 versus quantidades Cenário 3

Foram adquiridos, no total, mais itens em 2018 do que em 2015, com um aumento estimado em 99%. Ao comparar individualmente, 83% dos itens (n=101) tiveram aumento na quantidade adquirida e o restante, 17% dos itens (n=20) tiveram quantidades reduzidas.

Preços Cenário 1 versus preços Cenário 3

Ao comparar os preços dos itens em 2018 com 2015, constatou-se que apenas 38% (n=46) dos itens tiveram redução nos preços com a descentralização. A tendência central da variação de preço unitário 2018 com ICMS em comparação com os preços em 2015, ficou entre 99% para menos e 86% para mais, conforme apêndice A.

Considerando que em 2015 havia dedução do ICMS, este imposto também subtraído do preço de 2018 e realizada nova comparação, o resultado foi de 57% (n=69) de itens que sofreram redução dos preços com a descentralização, ao considerar a dedução do ICMS nos preços 2018. A dedução do ICMS reduziria cerca de 11% do custo anual com medicamentos em 2018.

Preços e quantidades Cenário 1 versus preços e quantidades Cenário 3

Ao cruzar os dados de preços com quantidades, constatou-se que 50% (n=60) dos itens tiveram redução do preço em função do aumento da quantidade adquirida no processo de descentralização e 7% (n=9) tiveram os preços reduzidos, ainda que com a quantidade adquirida reduzida. Em contrapartida, 34% (n=41) dos itens tiveram aumento nos preços ainda que com aumento da quantidade adquirida e 9% (n=11) dos itens tiveram aumento do preço com a redução da quantidade adquirida.

Preços Cenário 1 versus preços Cenário 4

Foram encontrados 865 preços de itens adquiridos por meio de processos licitatórios municipais em 2018 e comparados aos preços registrados na ARPE em 2018. O resultado foi de 66% de preços maiores adquiridos em instrumentos municipais (Gráfico 4).

Verificou-se que, 93% dos itens adquiridos com preço maior em processo licitatório municipal, foram adquiridos por municípios participantes da ata estadual e poderiam ser adquiridos com preços menores na ARPE.

DISCUSSÃO

Instituir o financiamento tripartite de medicamentos do Componente Básico foi um passo importante na ampliação das políticas da Assistência Farmacêutica no Brasil. Entretanto, os recursos mínimos estabelecidos têm se mostrado insuficientes e defasados (Faleiros *et al.*, 2017). Com a escassez de recursos destinados à saúde, surge a necessidade de aumentar a eficiência na utilização destes recursos, haja vista a limitação com os gastos federais em saúde em 20 anos a partir da promulgação da Emenda Constitucional Nº 95 em 2016 (Emenda Constitucional nº 95, 2016).

Diante do impasse entre descentralizar as ações e manter a cooperação aos municípios, é que o estado de Minas Gerais, em 2016, criou a estratégia descentralizada de abastecimento de medicamentos do CBAF. Além da descentralização dos recursos financeiros, os quais passaram a ser de gestão municipal, houve também transferência da responsabilidade pela aquisição, bem como utilização da logística privada para a distribuição direta nos municípios. Isto trouxe maior autonomia, de modo a atender à demanda de acordo com o perfil epidemiológico municipal e está em consonância com os princípios do SUS. Ao mesmo tempo, houve manutenção da disponibilização da ARPE, da qual o município passou a ser participante sem a necessidade de manifestação formal, usufruindo da estrutura de aquisição estadual (Decreto nº 46.945, 2016).

Este formato adotado, até o momento, se mostra vantajoso, já que os resultados deste estudo apontam que a descentralização com a consolidação das compras possibilitou a redução dos custos. Apesar do custo anual com medicamentos em 2018 se apresentar maior do que 2015, ainda assim, o impacto nos custos com a extinção do operador logístico superou essa diferença, o que aponta para maior eficiência do modelo descentralizado. O incremento do custo anual com medicamentos a partir da descentralização, pode ser justificado pela dedução do ICMS ao estado no contexto centralizado.

Somado a isso, os resultados indicam o aumento do poder de compra dos municípios. Ainda que o custo anual com medicamentos de 2015 a 2018 sofreu um aumento (5%), o aumento da contrapartida em função da adesão a ARPE foi superior, cerca de 11%. Isso mostra que os recursos dos custos logísticos foram volvidos para o financiamento dos medicamentos.

Ao comparar os preços de 2015 com 2018, considerando a dedução do ICMS também em 2018, constata-se que os preços sofreram redução com a descentralização dos abastecimentos em Minas Gerais. Tal redução pode ser explicada em razão do aumento das quantidades de medicamentos adquiridas. O que permite afirmar que a manutenção das compras consolidadas e centralizadas no estado proporcionou a economia de escala e aumentou o poder de negociação em função da competitividade, com maiores volumes adquiridos. Um fator crucial para o aumento dos quantitativos e consequente eficiência na

aquisição, foi a criação do incentivo financeiro vinculado à adesão da ARPE, ao proporcionar que um número maior de municípios participasse deste processo.

Vale salientar que, em 2015, cerca de 35% dos recursos tripartite, correspondentes à contrapartida municipal e federal, dos municípios que tinha forma de gestão Parcialmente Descentralizada no Município, não eram investidos na ARPE, mas em instrumentos licitatórios municipais, o que explica ao menos parte deste aumento nas quantidades adquiridas. Portanto, o aumento do número de itens não corresponde, necessariamente, ao aumento no acesso aos medicamentos, uma vez que houve aumento de recursos investidos na ARPE em detrimento de instrumentos municipais.

A consolidação das compras beneficia principalmente os municípios com menos de 20.000 habitantes, os quais totalizam 78% dos municípios de Minas Gerais e, em sua maioria, apresentam baixo poder econômico e pequena escala de compra de medicamentos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2019; Vieira & Zucchi, 2013). Com a disponibilização da ata estadual, os municípios ficam desobrigados a manter uma infraestrutura de licitação de medicamentos e podem contar com a estrutura administrativa estadual.

Observa-se que as aquisições em instrumentos licitatórios municipais demonstraram ineficiência na aquisição de medicamentos do CBAF, tendo em vista que preços menores foram registrados na ARPE. Esta constatação aponta para irregularidades nas aquisições municipais, já que a maioria dos itens com preços maiores foi adquirida por municípios participantes da ARPE, os quais deveriam prezar pela proposta mais vantajosa para a administração, em conformidade com Lei 8.666 de 21 de junho de 1993 (Lei 8.666, 1993). Em contrapartida, essas aquisições podem ser justificadas em caso de desabastecimento devido a atrasos na entrega pelo fornecedor que perdurem ainda que com a aplicação das sanções previstas no contrato.

Vale destacar que a redução de custos no abastecimento de medicamentos do componente básico por si só não aumenta a disponibilidade e, conseqüentemente, o acesso aos medicamentos. Para tanto, é necessário o compromisso dos gestores com o financiamento regular das contrapartidas e adequada utilização dos recursos financeiros. No caso de Minas Gerais, também é fundamental a entrega dentro dos prazos pelo setor privado. Para tanto, o acompanhamento dos municípios pelo estado é imprescindível na conjuntura descentralizada.

COSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da estratégia de descentralização do abastecimento de medicamentos do CBAF possibilitou economia de recursos. Apesar da descentralização da gestão dos recursos,

os municípios contam com a infraestrutura de aquisição do estado se beneficiando da economia de escala. Dessa forma, a Estratégia Descentralizada de abastecimento de medicamentos básicos em Minas Gerais pode ser uma ferramenta importante para a melhoria da gestão da Assistência Farmacêutica.

Este estudo avalia apenas os custos entre as estratégias de abastecimento e tem como limitação a ausência de informações sobre os impactos no acesso ao medicamento, aspecto crucial para garantir a universalidade e integralidade na atenção à saúde. A falta de medicamentos em decorrência de atraso de repasse pelo estado, mau gerenciamento dos recursos pelos municípios e atrasos na entrega pelo fornecedor, podem comprometer o abastecimento. Diante disso, estudos complementares, como de custo-efetividade, são necessários a fim de identificar se houve melhorias no acesso em função da redução dos custos com esta mudança.

REFERÊNCIAS

- BANCO MUNDIAL. (2007). Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. Washington: Banco Mundial. Recuperado de: [site resources.worldbank.org/BRAZIL-INPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf](http://site.resources.worldbank.org/BRAZIL-INPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf).
- Bermudez J. A. Z., Esher A., & Osorio-de-Castro C. G. S., Vasconcelos D. M. M., Chaves G. C., Oliveira M. A., Silva R. M, Luiza V. L. (2018). Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Cien Saude Colet* ; 23(6):1937-1949.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2007). Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília, DF: CONASS.
- Decreto nº 46.945, de 29 de janeiro de 2016. (2016). Altera o Decreto nº 46.311, de 16 de setembro de 2013, que regulamenta o Sistema de Registro de Preços disciplinado no art. 15 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e dá outras providências. Belo Horizonte.
- Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. (2016) Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Faleiros, D. R., Acurcio, F. A., Álvares, J., Nascimento ,R. C. R. M., Costa, E. A., Guibu I. A., *et al.* (2017). Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*;51 Supl 2:14s.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. (1993). Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF. Disponível em: 06 de julho de 2020.

Magalhães, J. R. H. M., & Pinto, H. A. (2014) Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? Divulg. Saúde debate [internet]. 51:14-29. Recuperado de: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (2017). Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes metodológicas : avaliação de desempenho de tecnologias em saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde.

Pinafo, E, Carvalho, B. G., & Nunes, E. de F. P. De A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 21, n. 5, pp. 1511-1524. Recuperado de: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais [SES/MG]. (2013). Resolução CIB/SUS-MG Nº 1.610 de 16 de outubro de 2013. Aprova o financiamento do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) composto por medicamentos e insumos a serem utilizados na atenção primária em saúde. Belo Horizonte.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2012). Contrato nº 32595/2012 de Prestação de Serviços. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2016a). Nota Técnica SAF/SES Nº 08/2016. Dispõe sobre a adesão à Ata de Registro de Preços Estadual e aprovação das Normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), no âmbito do SUS/MG. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2016b). Resolução CIB/SUS-MG Nº 2.416 de 17 de novembro de 2016. Aprova a Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF) e as normas de financiamento do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS-MG. Belo Horizonte, MG.

Vieira F. S. (2017). Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde do período 2010 a 2016. Brasília (DF): IPEA. (Texto para Discussão, 2356)

Vieira F. S., & Zucchi P. (2013). Financing of pharmaceutical services in Brazilian public health system. *Saude Soc.* 2013; 22(1):73-84.

6 CONCLUSÕES

O arranjo centralizado de abastecimento de medicamentos do CBAF em Minas Gerais mostrou vantagens, pois acompanha o princípio de descentralização do SUS e conta com a cooperação do estado aos municípios com sua infraestrutura administrativa na etapa de aquisição. Também permite melhor adequação das relações de medicamentos do Componente Básico de acordo com as reais necessidades de cada município, mais transparência nas informações e melhor gerenciamento de estoque. O aumento da contrapartida se mostra relevante, tendo em vista minimizar a sobrecarga de financiamento dos municípios, muito comum na conjuntura descentralizada. Outra vantagem é o aproveitamento da logística do setor privado, que aponta para efetividade no processo de entrega, tendo em vista a grande extensão territorial e em número de municípios do estado.

Apesar dos avanços, algumas melhorias ainda podem ser realizadas no contexto descentralizado, tais como: construção de um sistema de ocorrências de fornecedores irregulares, viabilização da isenção do ICMS no preço dos medicamentos adquiridos através da ARPE pelos municípios, regularização dos repasses financeiros da contrapartida estadual, criação de diferentes valores de contrapartida estadual com o objetivo de reduzir as disparidades municipais, capacitação e educação continuada dos farmacêuticos municipais no que diz respeito às novas mudanças implantadas.

A implantação da estratégia de descentralização do abastecimento de medicamentos do CBAF também possibilitou economia de recursos. Apesar da descentralização da gestão dos recursos, os municípios contam com a infraestrutura de aquisição do estado, se beneficiando da economia de escala. Dessa forma, a Estratégia descentralizada de abastecimento de medicamentos básicos em Minas Gerais pode ser uma ferramenta importante para a melhoria da gestão da Assistência Farmacêutica.

Este estudo compara apenas os custos e as características entre as estratégias de abastecimento e tem como limitação a ausência de informações sobre os impactos no acesso ao medicamento, aspecto crucial para garantir a universalidade e integralidade na atenção à saúde. A falta de medicamentos em decorrência de atraso de repasse pelo estado, mau gerenciamento dos recursos pelos municípios e atrasos na entrega pelo fornecedor podem comprometer o abastecimento. Diante disso, estudos complementares, como de custo-efetividade, são necessários a fim de identificar se

houve melhorias no abastecimento em função da redução dos custos com esta mudança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ÁLVARES J., GUERRA JUNIOR A. A., ARAÚJO V. E., ALMEIDA A. M., DIAS C. Z., OLIVEIRA B. A., et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 2:20s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007139>
2. AMARAL SMS, BLATT CR. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. Rev Saude Publica 2011; 45(4):799-801.
3. ANGONESI D., RENNÓ M.U.P. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. Cien Saude Colet 2011; 16(9):3883-3891.
4. ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., v.26, n. p.87-92, 2005.
5. BALDONI A. O., PEREIRA L. R. L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2011;32(3):313- 21.
6. BANCO MUNDIAL. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. Washington: Banco Mundial; 2007. Disponível em: site resources.worldbank.org/BRAZIL-INPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf. Acessado em 05 de agosto de 2019.
7. BERMUDEZ J. A. Z., ESHER A., OSORIO-DE-CASTRO C. G. S., VASCONCELOS D. M. M., CHAVES G. C., OLIVEIRA M. A., SILVA R. M, LUIZA V. L. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. Cien Saude Colet 2018; 23(6):1937-1949.
8. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF, 2004.
9. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007a.

10. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
11. BRASIL. Decreto nº 2.283 de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. Diário oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1997.
12. BRASIL. Decreto nº 68.806 de 25 de junho de 1971. Dispõe sobre a Criação da Central de Medicamentos - CEME. Diário oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1971.
13. BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2016; 15 dez.
14. BRASIL. Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Portal da Legislação: Leis Ordinárias. 2002a. Disponível em: 06 de julho de 2020.
15. BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS [lei na internet]. Brasília (DF); 2011. [acesso em 10 abr 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm
16. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
17. BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun. 1993. Disponível em: 06 de julho de 2020.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes metodológicas : avaliação de desempenho de tecnologias em saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência,

- Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017a.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.
 20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 b.
 21. BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.
 22. BRASIL. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.
 23. BRASIL. Portaria MPAS nº 233 de 08 de julho de 1975. Dispõe sobre a criação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME. Diário oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1975.
 24. BRASIL. Portaria GM/MS nº 176, de 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à assistência farmacêutica básica e define valores a serem transferidos. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 22 p
 25. BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. 2007b[acessado 2019 fev 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm207/gm.htm>
 26. BRASIL. Portaria nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

27. BRASIL. Portaria Nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.
28. BRASIL. Portaria nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
29. BRASIL. Tesouro Nacional. Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil. Brasília, 2018.
30. CENTRO DE ESTUDOS E DEBATES ESTRATÉGICOS – CEDES. Brasil 2050 [recurso eletrônico] : desafios de uma nação que envelhece / Câmara dos Deputados, Centro de Estudos e Debates Estratégicos, Consultoria Legislativa ; relator Cristiane Brasil ; consultores legislativos Alexandre Cândido de Souza (coord.), Alberto Pinheiro ... [et al.]. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017.
31. COSENDEY, M. A. E, BERMUDEZ J. A. Z., REIS A.L DE A. DOS R., SILVA H. F. DA, OLIVEIRA M. A., & LUIZA V. L. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. Cadernos de Saúde Pública [online], vol.16, n.1, pp.171-182, 2000. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100018>.
32. DIEHL, E. E.; SANTOS, R. I. dos; SCHAEFER, S. da C. Logística de medicamentos. Florianópolis: EdUFSC, 2016.
33. FALEIROS, D. R., ACURCIO, F. A., ÁLVARES, J., NASCIMENTO, R. C. R. M., COSTA, *et al.* Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica 2017;51 Supl 2:14s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007060>
34. » <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007060>GARCIA
35. FERRAES, A. M. B.; CORDONI JUNIOR, L. O medicamento, a farmácia, o farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas. Revista Espaço para Saúde, Londrina, v. 4, n. 1, dez. 2002. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/index.htm>. Acesso em: 12 jun. 2020.
36. M. M., GUERRA JUNIOR A. A., ACÚRCIO F. A. Economic evaluation of the Programs Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil.

- Cienc Saude Coletiva. 2017;22(1):221-33. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.15912015>
37. GALVARRO, M. P. S. Q. S.; FARIA. E. R.; FERREIRA, M. A. M. Desigualdades regionais na saúde no Estado de Minas Gerais. RAHIS. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, v. 8, n. 8, p.12-27, 2012.
 38. GUERRA Jr. & ACÚRCIO, F. Políticas de Medicamentos e Assistência Farmacêutica In Medicamentos: Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia / Francisco de Assis Acúrcio (org). Belo Horizonte: Coopmed, 2013.
 39. GUERRA JR. A. A., ACÚRCIO F. DE A., GOMES C. A. P., Miralles M, Girardi S. N., Werneck GAF, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004;15(3):168–75.
 40. INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual de 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=resultados>
 41. INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101597>. Acesso em: jul, 2020
 42. MACHLINE, C. “Compras, estoques e inflação”, Revista de Administração de Empresas, Vol. 21, No. 2, pp. 7-15, 19,81.
 43. MAGALHÃES, J. R. H. M.; PINTO, H. A. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? Divulg. Saúde debate [internet]. 2014 Out; 51:14-29. [acesso em 2018 fev 20]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>
 44. MAGARINOS-TORRES R., PEPE V. L. E., Oliveira MA, Osorio-de-Castro CGS. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. Cien Saude Colet 2014; 19(9):3859-3868.
 45. MARIN N., LUIZA V. L., OSORIO-DE-CASTRO C. G. S., MACHADO-DOS-SANTOS S., organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro; Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.

46. MINAS GERAIS. Decreto nº 46.945, de 29 de janeiro de 2016. Altera o Decreto nº 46.311, de 16 de setembro de 2013, que regulamenta o Sistema de Registro de Preços disciplinado no art. 15 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e dá outras providências. Belo Horizonte, 2016a.
47. MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.067, de 20 de março de 2012. Estabelece normas para transferência dos dados de Assistência Farmacêutica gerados no âmbito do SUS Estadual para o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde. Belo Horizonte, 2012a.
48. MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.266, de 27 de janeiro de 2016, que divulga a forma de gestão atual dos municípios, conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.164, de 19 de agosto de 2015. Belo Horizonte, 2016b.
49. MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.486, de 17 de maio de 2017, que divulga a forma de gestão atual dos municípios, conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.416, de 17 de novembro de 2016. Belo Horizonte, 2017a.
50. MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.660, de 29 de janeiro de 2018. Divulga a forma de gestão atual do município de Porteirinha que aderiu às normas de financiamento e execução do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF), de que trata a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.416, de 17 de novembro de 2016, e dá outras providências. Belo Horizonte, 2018a.
51. MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.043, de 13 de novembro de 2019. Aprova as normas de financiamento e gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), no âmbito do SUSMG, as diretrizes para a descentralização de recursos e dá outras providências. Belo Horizonte, 2019.
52. MINAS GERAIS. MEMO CIRCULAR CSC/SEPLAG/DMB/SAF/SES-MG Nº 20/2017, que presta esclarecimentos sobre os valores unitários de medicamentos na Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica. Belo Horizonte, 2017b. MINAS GERAIS.
53. MINAS GERAIS. Resolução CIB/SUS-MG Nº 1.610 de 16 de outubro de 2013. Aprova o financiamento do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) composto por medicamentos e insumos a serem utilizados na atenção primária em saúde. Belo Horizonte, 2013.
54. MINAS GERAIS. Resolução CIB/SUS-MG Nº 2.416 de 17 de novembro de 2016. Belo Horizonte, 2016c.

55. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Ata de Registro de Preços Estadual nº195/2015. Belo Horizonte, MG: Secretaria de Estado da Saúde, 2015.
56. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Contrato nº 32595/2012 de Prestação de Serviços. Belo Horizonte, MG: Secretaria de Estado da Saúde, 20 abr. 2012b.
57. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Memorando-Circular nº 10/2018/SES/SUBPAS-SAF-DMB. Belo Horizonte, MG: Secretaria de Estado da Saúde, 20 abr. 2018b.
58. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Nota Técnica SAF/SES Nº 04/2017. Belo Horizonte, MG: Secretaria de Estado da Saúde, 19 jun. 2017b.
59. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Nota Técnica SAF/SES Nº 08/2016. Belo Horizonte, MG: Secretaria de Estado da Saúde, 15 jul. 2016d.
60. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Nova Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias de Saúde e impacto ao Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2011 [acesso em 10 abr 2019];45(5):993-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500024&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
61. OLIVEIRA, C. F. O.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Cien Saude Colet 2008.
62. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/United Nations Children's Fund. Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata. URSS, 6-12 de setembro de 1978.
63. PASQUETTI, C. V. O. Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil: evolução da legislação e o seu contexto histórico. 20p. Trabalho de conclusão de curso (Pós-Graduação) – Curso de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: Acessado em 25 de abril 2019.
64. PINAFO, E; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. de F. P. de A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 21, n. 5 [Acessado 20 Fevereiro 2019], pp. 1511-1524.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>.

65. PINTO, V. B. Armazenamento e distribuição: o medicamento também merece cuidados. *Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica*. 2016; 1(12):978-985
66. PONTES, M. A., TAVARES, N. U. L., FRANCISCO, P. M. S. B., NAVES, J. O. S. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. *Ciêns Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 ago [citado 2019 jul 1];22(8):2453-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2453.pdf> doi: 10.1590/1413-81232017228.18282016
67. PORTELA, A.S. *et al.* Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. 2011;31(1):09-14. Disponível em: . Acesso em: 10 de agosto de 2019.
68. ROSA W. A. G., LABATE R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enferm* 2005; 13(6):1027-1034.
69. SOUZA, C. C. A. de; VIANA, R.de M.; LEAL FILHO, R. de S.. Desigualdade nos territórios de desenvolvimento de Minas Gerais: período 2000 a 2013. SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 17., 2016, Diamantina, MG. Anais... Diamantina: CEDEPLAR, UFMG, 2016
70. VIEIRA, F. S., ZUCCHI, P. Financing of pharmaceutical services in Brazilian public health system. *Saude Soc*. 2013; 22(1):73-84.
71. VIEIRA F. S., BENEVIDES, R. P. S. Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016. (Nota Técnica, 28).
72. VIEIRA F. S. Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde do período 2010 a 2016. Brasília (DF): IPEA; 2017. (Texto para Discussão, 2356)
73. XU K., SOUCAT A., KUTZIN J., BRINDLEY C., VANDE MAELE N., TOURE H., ARANGUREN GARCIA M., LI D., BARROY H., FLORES SAINT-GERMAIN G., et al. Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018

74. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Medicines Strategy-countries the core: 2004-2007. Geneva: WHO; 2004. [acessado 2019 fez 06]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines>.
75. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO - Essential medicines [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2018 Feb 24]. Available from: http://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/

APÊNDICE A – Tabela de preços e quantidades dos medicamentos do Componente Básico em comum homologados em 2015 e 2018 nas Atas de Registro de Preços Estaduais.

Item	Código CATMAT	Preço unitário corrigido 2015	Preço unitário 2018 sem ICMS	Preço unitário 2018 com ICMS	Variação 2015 versus 2018 sem ICMS	Variação 2015 versus 2018 com ICMS	Quantidade 2015	Quantidade 2018
1	BR0268370	R\$ 0,105	R\$ 0,150	R\$ 0,170	43%	62%	48800	1144530
2	BR0267502	R\$ 0,024	R\$ 0,017	R\$ 0,021	-29%	-14%	30305500	63554000
3	BR0278489	R\$ 6,144	R\$ 4,700	R\$ 5,732	-24%	-7%	72000	36200
4	BR0267503	R\$ 0,036	R\$ 0,032	R\$ 0,039	-12%	8%	5228	11727700
5	BR0267507	R\$ 1,020	R\$ 0,899	R\$ 1,022	-12%	0%	94108	369200
6	BR0267506	R\$ 0,367	R\$ 0,340	R\$ 0,386	-7%	5%	780180	1072700
7	BR0269462	R\$ 0,379	R\$ 0,200	R\$ 0,200	-47%	-47%	377224	1457756
8	BR0267508	R\$ 0,048	R\$ 0,036	R\$ 0,044	-26%	-9%	5515	3600500
9	BR0267509	R\$ 0,133	R\$ 0,140	R\$ 0,159	6%	20%	1344831	3403000
10	BR0267510	R\$ 0,265	R\$ 0,305	R\$ 0,372	15%	40%	6669320	5366000
11	BR0267512	R\$ 0,036	R\$ 0,028	R\$ 0,032	-23%	-13%	34921	27263880
12	BR0271111	R\$ 1,795	R\$ 2,850	R\$ 3,239	59%	80%	737	767250
13	BR0271089	R\$ 0,137	R\$ 0,130	R\$ 0,148	-5%	8%	17047660	15945090
14	BR0271217	R\$ 0,926	R\$ 0,399	R\$ 0,399	-57%	-57%	3731767	5335440
15	BR0268896	R\$ 0,059	R\$ 0,045	R\$ 0,051	-24%	-13%	3491	3596250
16	BR0272434	R\$ 0,027	R\$ 0,023	R\$ 0,028	-15%	4%	29635500	46661000
17	BR0267517	R\$ 0,034	R\$ 0,034	R\$ 0,038	-2%	11%	19412361	31293600
18	BR0314517	R\$ 2,012	R\$ 4,760	R\$ 5,409	137%	169%	121800	247602
19	BR0267140	R\$ 0,373	R\$ 0,390	R\$ 0,443	4%	19%	2495	3178284
20	BR0267581	R\$ 38,973	R\$ 39,140	R\$ 39,140	0%	0%	11991303	59479
21	BR0346586	R\$ 30,883	R\$ 27,810	R\$ 27,810	-10%	-10%	11322600	25558
22	BR0270140	R\$ 0,201	R\$ 0,147	R\$ 0,147	-27%	-27%	7674800	13373800
23	BR0267613	R\$ 0,023	R\$ 0,014	R\$ 0,014	-39%	-39%	33833	42497000
24	BR0272454	R\$ 6,987	R\$ 7,426	R\$ 8,439	6%	21%	57	74867
25	BR0267618	R\$ 0,108	R\$ 0,064	R\$ 0,073	-41%	-33%	19789	43494500
26	BR0267621	R\$ 0,129	R\$ 0,165	R\$ 0,188	28%	45%	7740	7506000
27	BR0267564	R\$ 0,096	R\$ 0,073	R\$ 0,083	-24%	-14%	8741429	22845840
28	BR0267566	R\$ 0,075	R\$ 0,064	R\$ 0,078	-14%	4%	7969974	17949840
29	BR0331555	R\$ 5,722	R\$ 5,293	R\$ 6,015	-8%	5%	210300	264750
30	BR0267625	R\$ 0,181	R\$ 0,286	R\$ 0,325	58%	80%	6657643	7692960
31	BR0267632	R\$ 0,173	R\$ 0,180	R\$ 0,180	4%	4%	2495	4850100
32	BR0268439	R\$ 0,785	R\$ 2,430	R\$ 2,761	210%	252%	235690	397080
33	BR0267522	R\$ 0,843	R\$ 0,520	R\$ 0,634	-38%	-25%	1094752	6404600
34	BR0270120	R\$ 1,505	R\$ 1,528	R\$ 1,736	2%	15%	620	580500

35	BR0375474	R\$ 2,879	R\$ 2,169	R\$ 2,645	-25%	-8%	242250	427650
36	BR0267638	R\$ 0,152	R\$ 0,168	R\$ 0,205	11%	35%	2699	7046700
37	BR0267635	R\$ 0,196	R\$ 0,180	R\$ 0,180	-8%	-8%	6062	5347400
38	BR0340207	R\$ 5,421	R\$ 4,650	R\$ 4,650	-14%	-14%	19	16930
39	BR0267187	R\$ 4,710	R\$ 5,746	R\$ 5,746	22%	22%	25820	14785
40	BR0267643	R\$ 0,699	R\$ 0,745	R\$ 0,846	7%	21%	5698000	843861
41	BR0267646	R\$ 0,895	R\$ 0,770	R\$ 0,874	-14%	-2%	223572	538680
42	BR0267645	R\$ 0,076	R\$ 0,063	R\$ 0,071	-18%	-6%	1439000	5169920
43	BR0267197	R\$ 0,034	R\$ 0,033	R\$ 0,041	-1%	21%	28693	17826000
44	BR0267195	R\$ 0,030	R\$ 0,034	R\$ 0,041	12%	36%	468953	1480800
45	BR0267647	R\$ 0,035	R\$ 0,044	R\$ 0,049	23%	39%	1222187	5408000
46	BR0267203	R\$ 0,067	R\$ 0,065	R\$ 0,074	-3%	10%	5363775	18038000
47	BR0268252	R\$ 0,439	R\$ 0,289	R\$ 0,289	-34%	-34%	0	807500
48	BR0267205	R\$ 1,047	R\$ 1,065	R\$ 1,065	2%	2%	1178200	1574184
49	BR0267651	R\$ 0,047	R\$ 0,026	R\$ 0,026	-45%	-45%	24714	14312000
50	BR0267652	R\$ 0,044	R\$ 0,032	R\$ 0,036	-27%	-17%	14115060	54991500
51	BR0269998	R\$ 4,073	R\$ 3,290	R\$ 4,012	-19%	-1%	17	7400
52	BR0267653	R\$ 0,097	R\$ 0,124	R\$ 0,141	28%	45%	6589810	20725740
53	BR0267657	R\$ 0,064	R\$ 0,148	R\$ 0,168	130%	161%	8457948	8568600
54	BR0300723	R\$ 2,650	R\$ 2,580	R\$ 2,932	-3%	11%	188540	93941
55	BR0267660	R\$ 0,079	R\$ 0,085	R\$ 0,096	7%	21%	12976	21535200
56	BR0267662	R\$ 0,159	R\$ 0,235	R\$ 0,267	48%	68%	358183	1010100
57	BR0273009	R\$ 0,058	R\$ 0,046	R\$ 0,052	-20%	-10%	8548653	43669080
58	BR0268292	R\$ 1,007	R\$ 0,690	R\$ 0,842	-31%	-16%	33980	57000
59	BR0267663	R\$ 0,030	R\$ 0,023	R\$ 0,026	-24%	-13%	42617400	51121500
60	BR0406308	R\$ 6,434	R\$ 6,270	R\$ 7,646	-3%	19%	7143	10610
61	BR0267671	R\$ 0,031	R\$ 0,016	R\$ 0,016	-48%	-48%	20943500	25821500
62	BR0395164	R\$ 0,229	R\$ 0,140	R\$ 0,159	-39%	-31%	9503	18894780
63	BR0292195	R\$ 2,624	R\$ 2,520	R\$ 2,864	-4%	9%	71	74095
64	BR0267669	R\$ 0,051	R\$ 0,063	R\$ 0,077	22%	49%	14780	10536800
65	BR0292196	R\$ 0,964	R\$ 0,857	R\$ 1,045	-11%	8%	28900	41450
66	BR0292194	R\$ 4,566	R\$ 3,490	R\$ 3,490	-24%	-24%	103	404833
67	BR0268112	R\$ 0,255	R\$ 0,280	R\$ 0,342	10%	34%	1872	3018600
68	BR0267674	R\$ 0,017	R\$ 0,014	R\$ 0,014	-15%	-15%	21676737	75150500
69	BR0294643	R\$ 1,018	R\$ 1,000	R\$ 1,220	-2%	20%	449	528300
70	BR0267676	R\$ 0,075	R\$ 0,111	R\$ 0,126	48%	68%	10472582	20096500
71	BR0268332	R\$ 20,936	R\$ 17,440	R\$ 21,268	-17%	2%	17766	692
72	BR0273401	R\$ 0,113	R\$ 0,266	R\$ 0,266	136%	136%	2486	1259420
73	BR0376767	R\$ 0,386	R\$ 0,150	R\$ 0,171	-61%	-56%	59	310674
74	BR0270127	R\$ 0,928	R\$ 0,899	R\$ 0,899	-3%	-3%	628	3112020
75	BR0270126	R\$ 0,643	R\$ 0,750	R\$ 0,750	17%	17%	2763	4259160
76	BR0270130	R\$ 0,240	R\$ 0,580	R\$ 0,580	142%	142%	563905	654450
77	BR0268123	R\$ 0,052	R\$ 0,051	R\$ 0,051	-2%	-2%	8306498	18452780
78	BR0268125	R\$ 0,058	R\$ 0,050	R\$ 0,050	-14%	-14%	2609755	10983950
79	BR0268124	R\$ 0,053	R\$ 0,048	R\$ 0,048	-10%	-10%	6993799	19138290
80	BR0273467	R\$ 1,410	R\$ 1,850	R\$ 2,102	31%	49%	140000	482300

81	BR0273466	R\$ 0,051	R\$ 0,037	R\$ 0,045	-28%	-12%	2732049	7414200	12685632
82	BR0268856	R\$ 0,041	R\$ 0,030	R\$ 0,030	-27%	-27%	98724800	0	
83	BR0267691	R\$ 0,062	R\$ 0,046	R\$ 0,046	-26%	-26%	49132800	44972800	
84	BR0267689	R\$ 0,101	R\$ 0,319	R\$ 0,389	215%	284%	8160322	10385000	
85	BR0267312	R\$ 0,069	R\$ 0,046	R\$ 0,056	-33%	-19%	939670	1638500	
86	BR0267311	R\$ 0,529	R\$ 0,540	R\$ 0,614	2%	16%	54720	105888	
87	BR0276657	R\$ 1,108	R\$ 0,450	R\$ 0,450	-59%	-59%	9472080	12497550	
88	BR0267717	R\$ 0,066	R\$ 0,100	R\$ 0,114	52%	73%	7880700	4003800	
89	BR0268286	R\$ 1,349	R\$ 1,300	R\$ 1,477	-4%	9%	2304400	125450	
90	BR0268162	R\$ 4,494	R\$ 3,620	R\$ 4,114	-19%	-8%	76417	198700	
91	BR0268267	R\$ 2,169	R\$ 3,575	R\$ 4,360	65%	101%	1346800	8701	
92	BR0358755	R\$ 28,971	R\$ 27,544	R\$ 33,590	-5%	16%	0	200	
93	BR0268273	R\$ 0,113	R\$ 0,150	R\$ 0,170	32%	50%	1203225	1971760	
94	BR0271606	R\$ 0,209	R\$ 0,185	R\$ 0,210	-12%	0%	3118000	7156560	
95	BR0271610	R\$ 0,424	R\$ 0,500	R\$ 0,568	18%	34%	2668	3567240	
96	BR0267712	R\$ 0,041	R\$ 0,057	R\$ 0,065	39%	58%	27401599	60492400	
97	BR0267777	R\$ 0,554	R\$ 0,620	R\$ 0,705	12%	27%	609114	770000	
98	BR0267778	R\$ 0,041	R\$ 0,032	R\$ 0,036	-22%	-12%	15566969	17831500	
99	BR0267773	R\$ 1,566	R\$ 1,380	R\$ 1,683	-12%	7%	19650	30384	
100	BR0363597	R\$ 2,169	R\$ 2,395	R\$ 2,921	10%	35%	72	35950	
101	BR0448594	R\$ 4,879	R\$ 5,590	R\$ 6,352	15%	30%	33997	134150	
102	BR0267743	R\$ 0,114	R\$ 0,149	R\$ 0,169	30%	48%	2882003	8532420	
103	BR0267741	R\$ 0,076	R\$ 0,064	R\$ 0,078	-15%	3%	2854200	2405820	
104	BR0267772	R\$ 0,018	R\$ 0,025	R\$ 0,031	38%	69%	18133200	9089000	
105	BR0267736	R\$ 0,074	R\$ 0,093	R\$ 0,114	26%	54%	7174800	10823000	
106	BR0294887	R\$ 6,542	R\$ 7,280	R\$ 7,280	11%	11%	268713	201239	
107	BR0267746	R\$ 0,061	R\$ 0,040	R\$ 0,040	-35%	-35%	0	14839530	
108	BR0267745	R\$ 0,169	R\$ 0,096	R\$ 0,096	-43%	-43%	6123195	20801190	
109	BR0308884	R\$ 2,409	R\$ 1,860	R\$ 2,114	-23%	-12%	65	136900	
110	BR0308882	R\$ 0,072	R\$ 0,080	R\$ 0,091	11%	26%	1737453	3319400	
111	BR0292345	R\$ 0,636	R\$ 0,690	R\$ 0,842	8%	32%	240400	141600	
112	BR0292344	R\$ 0,029	R\$ 0,038	R\$ 0,046	33%	62%	5711416	18492900	
113	BR0272581	R\$ 1,132	R\$ 1,168	R\$ 1,168	3%	3%	83	73050	
114	BR0328529	R\$ 0,223	R\$ 0,074	R\$ 0,090	-67%	-60%	22657100	23349200	
115	BR0328532	R\$ 2,024	R\$ 2,023	R\$ 2,299	0%	14%	122675	96150	
116	BR0279269	R\$ 0,077	R\$ 0,094	R\$ 0,115	22%	49%	2224744	6228300	
117	BR0267425	R\$ 0,054	R\$ 0,065	R\$ 0,074	20%	36%	2509822	3679200	
118	BR0303292	R\$ 2,867	R\$ 2,710	R\$ 2,710	-5%	-5%	0	10561	
119	BR0268390	R\$ 0,422	R\$ 0,400	R\$ 0,488	-5%	16%	617	1350600	
120	BR0273395	R\$ 0,169	R\$ 0,185	R\$ 0,226	10%	34%	726550	341340	
121	BR0281135	R\$ 6,325	R\$ 7,690	R\$ 8,739	22%	38%	23068841	460451	

ANEXO A – Artigo para submissão à Revista de Gestão em Sistemas de Saúde

**ABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO:
COMPARAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA CENTRALIZADA E
DESCENTRALIZADA, NO ESTADO DE MINAS GERAIS**

**BASIC COMPONENT MEDICINE SUPPLY: COMPARISON BETWEEN
CENTRALIZED AND DECENTRALIZED STRATEGY, IN THE STATE OF MINAS
GERAIS**

Carolina Andrade Oliveira Dibai¹, Juliana Alvares-Teodoro², Cristina Mariano Ruas³

¹ Mestranda em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Antônio Carlos, 6627. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270901.
carolhymer@gmail.com

² Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Antônio Carlos, 6627. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270901.
jualvares@gmail.com

³ Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Antônio Carlos, 6627. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270901.
crisruasufmg@gmail.com

RESUMO

Com a premissa de melhorar o acesso aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, foi criada, em 2015, pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, uma estratégia de abastecimento descentralizada, que substituiu o abastecimento centralizado. Este estudo teve como objetivo comparar as principais características das duas estratégias no que diz respeito ao financiamento, à forma de gestão dos recursos, à aquisição dos medicamentos e à logística. Para isso, foi realizada uma revisão documental dos principais marcos legais referentes ao financiamento e aquisição, bem como Notas Técnicas, Memorandos, Ofícios e Relatórios que descrevem o histórico e as características do abastecimento entre as estratégias. Entre as principais mudanças observadas no processo de substituição da estratégia centralizada para a descentralizada está a cooperação com os municípios por meio da Ata de Registro de Preços Estadual para aquisição de medicamentos; aumento do elenco de medicamentos financiados pelo nível estadual; aumento da contrapartida financeira estadual; descentralização da gestão dos recursos financeiros para os municípios; e utilização da logística do setor privado na distribuição dos medicamentos para os municípios. O modelo descentralizado mostrou vantagens, pois atende integralmente ao princípio organizativo do Sistema único de Saúde, de descentralização da gestão, e conta com a cooperação do estado na etapa de aquisição de medicamentos. O aumento do elenco permitiu melhor adequação das relações de medicamentos de acordo com as necessidades dos municípios. Apesar do aumento da contrapartida,

identificou-se atraso no repasse financeiro da contrapartida estadual, o que pode comprometer o acesso aos medicamentos. Melhorias no sistema de ocorrências e capacitação de recursos humanos também são necessários.

Palavras-chave: Saúde Pública. Medicamentos para a Atenção Primária. Assistência Farmacêutica. Descentralização.

ABSTRACT

With the premise of improving access to medicines in the Basic Component of Pharmaceutical Assistance, a decentralized supply strategy was created in 2015 by the Minas Gerais State Department of Health, which replaced centralized supply. This study aimed to compare the main characteristics of the two strategies in terms of financing, the way resources are managed, the purchase of medicines and logistics. To this end, a documentary review of the main legal frameworks regarding financing and acquisition was carried out, as well as Technical Notes, Memoranda, Letters and Reports that describe the history and characteristics of the supply between the strategies. Among the main changes observed in the process of substituting the centralized strategy for the decentralized one is cooperation with the municipalities through the State Price Registration Act for the purchase of medicines; increase in the number of financial drugs at the state level; increase in the state financial contribution; decentralization of financial resource management to municipalities; and use of private sector logistics in the distribution of medicines to municipalities. The decentralized model shows advantages, as it fully complies with the organizational principle of Sistema Único de Saúde, of decentralization of management, and relies on the cooperation of the state in the stage of drug acquisition. The increase in the number of castles allows for a better adaptation of the drug relations according to the needs of the municipalities. Despite the increase in the counterpart, the delay in the financial transfer of the state counterpart was identified, which can compromise access to medicines. Improvements in the system of occurrences and training of human resources are also common.

Keywords: Public Health. Medicines for Primary Care. Pharmaceutical care. Decentralization.

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe um desafio na condução e organização da gestão da assistência à saúde, considerando o seu princípio de descentralização (Lei n. 8.080, 1990). Se por um lado a transferência de poder decisório do governo federal para as instâncias subnacionais de governo constitui uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais ao se aproximar das reais necessidades da população, por outro lado, a descentralização tem resultado na maior participação dos municípios no financiamento e Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Especificamente no campo da assistência terapêutica na Atenção Primária à Saúde, o desafio se torna ainda maior devido à forma de financiamento, de logística e questões próprias das regiões e municípios. Assim, a cooperação dos estados e governo federal é fundamental na efetividade das políticas públicas de medicamentos, neste contexto (Pinafo, Carvalho, & Nunes, 2016).

Em 1971, foi criada, pelo governo federal, a Central de Medicamentos (CEME), que era responsável pelas compras e distribuição de medicamentos de forma centralizada (Decreto n. 68.806, 1971). Sua finalidade era buscar soluções para garantir o acesso da população com

baixo poder aquisitivo a medicamentos com baixo custo. Seu arranjo centralizado, no entanto, ocasionou inúmeros problemas, dentre eles o elenco adotado, que não levava em conta o perfil epidemiológico regional, o que levou ao desperdício e desabastecimento, limitando ainda mais o acesso aos medicamentos. Somado a isso, ocorreram fraudes e corrupção, culminando em sua extinção em 1997 (Decreto n. 2.283, 1997; Pasqueti, & Junges, 2014).

Antes da extinção da CEME, em 1988, foi publicada a Constituição Federal Brasileira que estabeleceu em seu artigo 196, a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, pelo Estado, através de políticas públicas. (Constituição Federal, 1988). Em seguida, houve a criação do SUS a partir da publicação da Lei nº 8.080, de 29 de setembro de 1990, que regulamentou as ações e serviços de saúde, definindo o seu campo de atuação, no qual prevê a “assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica” (Lei n. 8.080, 1990). Devido ao cenário de instabilidade na área sanitária, tornou-se emergente a formulação de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM), que ocorreu apenas em 1998. Esta política definiu as ações das três esferas de gestão, direcionando para o município maior autonomia na gestão (Ministério da Saúde, 2002).

Logo após a publicação da PNM, o Ministério da Saúde instituiu o financiamento tripartite de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), com a publicação da Portaria GM/MS nº 176, de 8 de março 1999 (Ministério da Saúde, 1999). Tornar a responsabilidade pelo financiamento compartilhada entre os entes foi um grande avanço, todavia, os recursos financeiros do CBAF tem se apresentado defasados e insuficientes frente à crescente demanda. Além disso, os municípios apresentam maior participação no financiamento da Atenção Primária em comparação aos demais entes. Estas deficiências financeiras, somadas aos problemas administrativos e operacionais dos municípios, constituem barreiras no processo de descentralização, já que podem comprometer o alcance da integralidade e da universalidade da assistência à saúde (Pinafo, Carvalho, & Nunes, 2016).

No que diz respeito à responsabilidade pela aquisição de medicamentos do CBAF, esta tem sido definida como sendo dos estados e/ou dos municípios, conforme pactuação realizada nas Comissões Intergestores Bipartite – CIB (Ministério da Saúde, 2017b). Diante disso, diferentes estratégias de abastecimento de medicamentos são implantadas pelos estados brasileiros. De modo geral, a consolidação das compras, por meio de consórcios ou instrumentos licitatórios estaduais, tornou-se uma tendência, especialmente devido à baixa capacidade dos municípios brasileiros, que em sua maioria são de pequeno porte e encontram nos modelos centralizados de gestão condições favoráveis para melhorar a eficiência na aquisição de medicamentos. Por esse motivo, a efetivação do princípio de descentralização vem ocorrendo tardiamente no campo da Assistência farmacêutica (Oliveira, Assis & Barboni, 20018).

Em Minas Gerais, algumas características indicam a complexidade do estado, o que torna um desafio à gestão do serviço público, especialmente no âmbito da Assistência Farmacêutica. Uma delas é ser o maior estado brasileiro em número de municípios (n=853) e o segundo em população, ficando atrás apenas do estado de São Paulo (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2019). Também possui a maior malha rodoviária do Brasil. Minas Gerais é marcado por grandes desigualdades. O Índice de Gini, que mede o grau de concentração de renda em determinado grupo, subiu de 0,486 para 0,490, de 2016 para 2017 no estado (IBGE, 2017). Ao estratificar por regiões, as desigualdades se mostram mais evidentes, especialmente em relação ao acesso da população à Atenção Primária à Saúde e quanto à infraestrutura dos municípios (Souza, Viana, & Leal, 2016).

Até 2015, o abastecimento de medicamentos do CBAF em Minas Gerais apresentava a gestão dos recursos financeiros e dos medicamentos centralizada no estado. Com esse arranjo, houve a limitação da capacidade logística do estado para atender à demanda, o que levou à terceirização da operação logística de medicamentos a partir do ano de 2012. Sob gestão

terceirizada, o abastecimento de medicamentos do CBAF passou a apresentar evidentes irregularidades nas entregas, divergências no controle de estoque, grandes perdas de medicamentos, extravio de cargas, e se tornou obsoleto e ineficiente (Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais [SES/MG], 2016c).

Diante deste cenário e com o objetivo de aprimorar o acesso aos medicamentos do Componente Básico, foi criada, em 2016, pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, a estratégia de abastecimento descentralizada, inicialmente denominada de Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF), que substituiu o abastecimento centralizado, extinguindo a terceirização logística. Foram realizadas mudanças na forma de gestão dos recursos e na gestão do medicamento, especialmente nas etapas de seleção, aquisição e distribuição (SES/MG, 2016b).

Tendo em vista que o arranjo descentralizado de abastecimento de medicamentos básicos foi implantado em Minas Gerais em 2016 e que não existem estudos comparativos entre as duas alternativas, o presente trabalho teve como objetivo realizar uma análise comparativa documental das estratégias de abastecimento de medicamentos básicos centralizada no estado e descentralizada nos municípios, em Minas Gerais.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão documental e dos principais marcos legais referentes ao financiamento e aquisição de medicamentos do CBAF no estado de Minas Gerais, bem como Notas Técnicas, Memorandos, Ofícios, Manuais e Relatórios que fornecem o histórico e as características das estratégias de abastecimento de medicamentos centralizada e descentralizada.

A busca dos documentos acima citados foi realizada entre outubro de 2019 a setembro de 2020, na Central de Ajuda do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) disponível no link: <http://sigaf.saude.mg.gov.br/#>. Também foram realizadas as buscas no site da SES-MG, através do link: <https://www.saude.mg.gov.br/documentos>, no mesmo período.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma gestão eficiente da Assistência Farmacêutica e adequado financiamento são fundamentais para melhorar o acesso aos medicamentos, que são insumos essenciais no cuidado à saúde (Ferraes & Cordoni, 2002). Com este intuito é que foi criada a estratégia de abastecimento descentralizada de medicamentos em Minas Gerais. Estas características do modelo atual de gestão estratégica descentralizada e do antigo, de gestão centralizada no estado, estão resumidas no Quadro 1 e serão detalhadas na sequência.

Características	Estratégia Centralizada	Estratégia Descentralizada
Forma de Gestão do recurso	Totalmente Centralizada no Estado e Parcialmente Descentralizada no Município	Totalmente Centralizada no Município
Valor Contrapartida	Até R\$ 3,00	R\$ 3,00 - não aderiu à Ata de Registro de Preços Estadual. R\$ 3,35 - aderiu à Ata de Registro de Preços Estadual.
Número de Itens	Até 140	Até 340

Relação de Medicamentos	Estadual	Municipal
Frequência de solicitação/aquisição de medicamentos	Trimestral	Mensal
Ata de Registro de Preços Estadual (ARPE)	Estado como gestor	Estado como gestor, Município como participante
Responsável pela aquisição	Estado	Município
Responsável pela logística	Terceirizada pelo estado para operador logístico	Fornecedor
Responsável pelas ocorrências	Estado	Município com ciência do Estado

Quadro 01: Comparativo das principais características do abastecimento de medicamentos básicos sob gestão centralizada no estado e descentralizada no município, MG.

Forma de Gestão dos Recursos

O modelo centralizado se caracterizava, predominantemente, pela centralização dos recursos financeiros do CBAF no estado de Minas Gerais (SES/MG, 2013), com as seguintes formas de gestão:

- **Totalmente Centralizada no Estado:** Os recursos financeiros do gestor federal, estadual e municipal eram depositados no Fundo Estadual de Saúde, sendo aplicados pelo estado na aquisição e distribuição dos medicamentos e produtos definidos na Relação Estadual de Medicamentos (SES/MG, 2013).
- **Parcialmente Descentralizada no Município:** Os recursos financeiros dos gestores federal e municipal eram depositados no Fundo Municipal de Saúde, sendo aplicados pelo município na aquisição dos medicamentos e produtos definidos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. Sendo que o Estado ficava responsável pela aplicação dos recursos relativos à sua contrapartida na aquisição e distribuição dos medicamentos e produtos definidos na Relação Estadual de Medicamentos (SES/MG, 2013).

Em 2015, quase metade da população mineira (49%) estava sob a jurisdição de municípios com a forma de gestão Totalmente Centralizada no Estado (n=783), cabendo ao estado a responsabilidade do abastecimento de medicamentos equivalente ao recurso financeiro triparte destinado ao Componente Básico, que constituía 49,4% do recurso total investido. Os demais municípios (n=70), os quais abarcavam 51% da população, apresentavam forma de gestão Parcialmente Descentralizada no Município e o estado distribuía em medicamentos, o equivalente à sua contrapartida, que representava, por sua vez, 15,3 %. Com isso, cerca de 65% dos recursos do CBAF estavam sob a gestão da SES/MG e 35% sob a gestão municipal, conforme o Quadro 2 (SES/MG, 2013)

Estratégia	Centralizada		Descentralizada	
	Totalmente Centralizada no Estado	Parcialmente Centralizada no Estado	Totalmente Centralizada no Município	Descentralizada no Município
Número de municípios	783	70	853	

Habitantes	49 % (9.977.357)	51% (10.238.418)	100%
Recurso Tripartite	49,4%	50,6%	100%
Recurso integralizado no estado	49,4%	15,3%	0%
Recursos integralizado no município	0%	35,4%	100%

Quadro 02: Comparativo das formas de gestão financeira dos recursos do CBAF pactuadas em cada estratégia, em função da cobertura populacional e quantidade de recursos alocados em cada instância, em Minas Gerais.

Com a implantação do arranjo descentralizado, em 2016, uma das principais mudanças foi a inclusão da nova forma de gestão, Totalmente Centralizada no Município, em que os recursos financeiros do gestor federal, estadual e municipal passam a ser depositados diretamente no Fundo Municipal de Saúde, sendo aplicados pelo município na aquisição e distribuição dos medicamentos do CBAF (SES/MG, 2016b).

A partir de abril de 2016, o projeto piloto contou com a mudança na forma de gestão de 261 municípios para Totalmente Centralizada no Município, os quais abrangiam mais da metade da população estadual (SES/MG, 2016b). Do mesmo modo, em julho de 2017, 591 municípios mudaram a forma de gestão para Totalmente Centralizada no Município (SES/MG, 2017d). Em janeiro de 2018, todos os municípios de Minas Gerais apresentavam esta forma de gestão, conforme o Quadro 2 (SES/MG, 2018b).

A mudança para a forma centralizada de gestão do recurso financeiro no município gerou a reorientação da Assistência Farmacêutica no estado de Minas Gerais com a descentralização da gestão para os municípios, que passaram a ser responsáveis também pela aquisição dos medicamentos do CBAF (SES/MG, 2016b). Esta nova forma de gestão garante maior autonomia do município na utilização dos recursos, conforme seu perfil epidemiológico e não apenas nos itens disponibilizados pelo estado. Este fator se torna relevante quando se leva em conta o fracasso histórico marcado pela característica centralizadora da CEME (Oliveira, Assis, & Barboni, 2008).

Por outro lado, conforme constatado em diversos estudos, a gestão financeira pelo município apresenta dificuldades inerentes à sua operacionalização. Faleiros *et al.*, 2017 identificaram problemas sérios que comprometem a gestão do incentivo financeiro e financiamento do CBAF:

“pouca preocupação com a formalidade na execução dos recursos públicos seja por indícios de aquisição ou destinação de recursos fora dos padrões normativos ou pela não aplicação por parte dos estados e municípios das respectivas contrapartidas; gastos ocorridos para atendimento de demandas individuais em detrimento à coletividade; e registro da maioria dos gestores de que os recursos destinados ao CBAF são insuficientes para cobrir necessidades e demandas da população.”

Pontes, Tavares, Francisco e Naves (2017) identificaram que municípios, os quais possuem forma de gestão Totalmente Centralizada no Município investem menos recursos financeiros no Componente Básico do que municípios com forma de gestão parcialmente ou totalmente descentralizadas, sendo que a maioria dos municípios aplica menos do que o estabelecido nas normas vigentes.

Outra deficiência é a ausência de recursos humanos qualificados com conhecimento sobre as políticas vigentes no município, sobretudo devido à grande rotatividade de

profissionais de saúde e de gestão em função da alternância de governantes (Oliveira, Assis, & Barboni, 2008). Neste sentido, para garantir o uso adequado dos recursos, é imprescindível a cooperação e acompanhamento pelo ente estadual, por meio de educação permanente e comunicação com os municípios. Isso pode ser feito de modo a levar os profissionais farmacêuticos ou outros profissionais responsáveis pela programação a terem boa comunicação com o setor financeiro, o conhecimento dos critérios para utilização dos recursos, da periodicidade de repasse de cada ente, com base nas normas e as políticas vigentes.

Outro contraponto da forma de gestão Totalmente Centralizada no Município é a atual crise financeira do estado, que prejudica o repasse regular do recurso estadual, o que sobrecarrega ainda mais os municípios. Com a descentralização dos recursos financeiros, houve constantes atrasos de repasses da Contrapartida Estadual, enquanto que a Contrapartida Federal foi repassa regularmente (SES/MG, 2020).

No entanto, no modelo anterior, como os recursos em sua maioria eram de gestão do estado e o repasse era feito em medicamentos, quando ocorria atraso nas distribuições, os municípios com forma de gestão Totalmente Centralizados no Estado tinham como opção apenas investir recursos adicionais ao tripartite para sobrepor o desabastecimento. Enquanto que, atualmente, com o atraso da contrapartida estadual, ele ainda conta com cerca de 70% do recurso tripartite em conta para garantir o abastecimento (SES/MG, 2016c).

Valor da contrapartida

Historicamente, o estado de Minas Gerais investiu além do valor mínimo estabelecido da Contrapartida Estadual em Portaria Ministerial. Em 2015, enquanto vigorava o modelo centralizado de abastecimento de medicamentos, o estado investia R\$ 3,00 *per capita*/ano, o que correspondia 27% acima do valor mínimo. Após a implantação da estratégia descentralizada os municípios passaram a receber o incentivo de R\$ 3,35 *per capita*/ano, o que equivalia a 42% além do valor mínimo (SES/MG, 2016b, 2019; Ministério da Saúde 2017a, b).

Este incentivo financeiro no contexto descentralizado está condicionado à adesão à Ata de Registro de Preços Estadual (ARPE). Em 2020, apenas 7 municípios não fazem jus aos R\$ 0,35 *per capita*/ano adicionais. Os demais 846 municípios recebem do estado o valor de R\$ 3,35 *per capita*/ano (SES/MG, 2020b).

No processo de descentralização, o aumento da contrapartida em R\$ 0,35 *per capita*/ano foi tratado pelos gestores como uma transferência do valor dos custos logísticos como incentivo para aumentar o poder de compra de medicamentos dos municípios. Entretanto, avaliações econômicas entre os dois modelos são necessárias para identificar possíveis aumentos nos preços de medicamentos acima da inflação e, se identificado, relacionar as possíveis causas, sobretudo se houve transferências dos custos logísticos do setor privado para o preço do medicamento.

De acordo com Faleiros *et al.* (2017), de 2010 a 2017, os valores para financiamento do CBAF defasaram cerca de 50%. Tendo em vista que estas perdas ainda não foram recuperadas com as mudanças nos valores mínimos, estados e municípios têm investido além do valor mínimo estabelecido para garantir o abastecimento.

Neste sentido, caso não fique comprovado que o custo logístico do setor privado não esteja influenciando o aumento dos preços dos medicamentos, este aumento pode ser considerado uma compensação de parte das perdas inflacionárias do incentivo.

Tendo em vista as disparidades socioeconômicas no estado de Minas Gerais, especialmente na área da saúde, uma alternativa seria um aporte maior do valor da contrapartida estadual em função das carências municipais, o que tornaria mais equânime o financiamento do CBAF. Esta estratificação pode ser realizada nos moldes da Contrapartida Federal, que estabelece valores por faixas de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Seleção do elenco de medicamentos

No modelo centralizado de abastecimento, o Estado abria o processo licitatório apenas para itens constantes na Relação Estadual de Medicamentos Essenciais de Minas Gerais (REMEMG), composta por 140 itens. Destes, muitos itens tinham a licitação deserta ou fracassada. Em 2015, apenas 126 itens foram homologados na ata estadual, conforme o Quadro 3 (SES/MG, 2015). Isso contribuía para que muitos municípios realizassem a aquisição em instrumento próprio, composto por itens não homologados pelo estado ou que não faziam parte da relação estadual. Ainda assim, municípios que representavam cerca de metade da população de Minas Gerais contavam apenas com os itens da REMEMG (SES/MG, 2016c).

A estratégia descentralizada ampliou o elenco disponível, pois permitiu o Registro de Preços de todos os medicamentos constantes no Anexo I e II da RENAME, os quais totalizam 340 itens. Em 2018, foram 247 itens homologados na ARPE, 96% superior ao número de itens homologados em 2015, conforme o Quadro 3 (SES/MG, 2018a).

Ano	2015	2018
Número de itens homologado por ano	126	247
Número de unidades farmacotécnicas adquiridas na ARPE por ano	1.122.122.871	1.513.076.650

Quadro 3: Itens homologados e unidades farmacotécnicas adquiridas nas Atas de registro de Preços Estadual em 2015 e 2018.

Essa mudança se mostra positiva, tendo em vista que o estado de Minas Gerais é amplo em número de municípios, os quais apresentam desigualdades devidas aos diferentes perfis epidemiológicos e socioeconômicos, tornando um desafio delimitar os itens possíveis de aquisição em uma lista única estadual (Galvarro, Faria & Ferreira, 2012). No novo formato, os municípios têm mais opções de medicamentos constantes na RENAME, para incluir em sua lista de Medicamentos Essenciais, de acordo com o seu perfil epidemiológico.

A aquisição centralizada de um número maior de itens com instrumento licitatório do estado promove maior eficiência, devido ao aumento da escala de compra. Já que os medicamentos essenciais que não constam na lista, inevitavelmente, acabam por ser adquiridos pelos municípios em licitações próprias e com baixa eficiência (Pontes *et al.*, 2017).

A etapa de seleção é fundamental para a racionalidade e eficiência na gestão da AF. Deste modo, a ampliação do elenco no âmbito estadual exige que o município fortaleça a sua Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), a fim de definir a Relação de Medicamentos Essenciais do Município que se adeque ao seu perfil epidemiológico, tendo as Relações Estadual e Nacional como norteadoras (Magarinos-Torres, Pepe, Oliveira & Osorio-de-Castro, 2014). Uma alternativa de suporte aos municípios, neste processo, é a criação de relações estaduais de medicamentos por regiões do estado, de acordo com cada perfil epidemiológico.

Em 2019, a SES-MG instituiu a Coordenação de Farmácia e Terapêutica a fim de disponibilizar apoio técnico aos municípios. Esta coordenação, visando dar suporte aos municípios, criou o Manual intitulado “Diretriz para Instituir Comissão de Farmácia e Terapêutica Municipal” (SES/MG, 2020a).

SIGAF

Anteriormente à implantação da estratégia de abastecimento descentralizada as solicitações de medicamentos já eram feitas pelos municípios via SIGAF. Entretanto, diversas

mudanças foram necessárias e um novo módulo foi acrescentado para as etapas de planejamento anual, autorização de execução de compras e autorização de fornecimento (SES/MG, 2016c). As melhorias garantiram maior centralização de dados no estado, permitindo-o obter mais informações sobre a gestão do medicamento municipal.

Aquisição de medicamentos

As normas que regem o Componente Básico estabelecem que a responsabilidade de aquisição dos medicamentos é dos estados e/ou dos municípios e deve ser pactuada nas Comissões Intergestores. Com isso, cada estado tem adotado um formato diferente no abastecimento desses medicamentos. Em geral, os estados optam pela consolidação das compras, seja por meio de consórcio, como o estado do Paraná, ou por meio das próprias secretarias estaduais que assumem a centralização na aquisição, modelo estabelecido em Minas Gerais até 2016 (SES/MG, 2016c).

Desde 1997, a SES/MG contava com a produção e distribuição da maioria dos Medicamentos Básicos pela Fundação Ezequiel Dias (FUNED). Os medicamentos não providos pela Fundação eram adquiridos de forma centralizada para garantia da economia de escala. Com a suspensão da produção pela FUNED, a SES-MG passou a adquirir, armazenar em almoxarifado próprio e distribuir os medicamentos, concentrando suas ações na execução de atividades logísticas, o que culminou no arranjo centralizado de abastecimento e que perdurou até o início de 2016 (SES/MG, 2016c).

A princípio, a ERAF tinha o objetivo de realizar um processo licitatório por macrorregião de Minas Gerais, por esse motivo, utilizou-se o termo “Regionalização”. Entretanto, de modo geral, o mesmo fornecedor era o vencedor na maioria das regiões, não sendo esse processo vantajoso para a administração pública. Diante disso, e com o objetivo de fornecer cooperação técnica aos municípios na aquisição e distribuição de medicamentos do CBAF, o estado passou a disponibilizar uma única ARPE, na qual o município passou a ser participante independente de manifestação formal a partir da publicação do Decreto Nº 46.945, de 29 de janeiro de 2016 (Decreto Estadual n. 46.945, 2016; SES/MG, 2016a).

A aquisição dos medicamentos básicos no novo arranjo continuou a ser realizada por meio da modalidade de pregão eletrônico, no sistema de registro de preços (SES/MG, 2016b). O uso dessa modalidade de compra tem se revelado vantajoso, pois permite a contratação por meio de Ata de Registro de Preços por 12 meses, mantendo-se o preço do item durante esse período. Também propicia maior agilidade na aquisição, redução na quantidade de licitações e redução de preços pela economia de escala (Amaral & Blatt, 2011).

A programação anual é realizada pelo município via SIGAF, com posterior avaliação da CFT da Superintendência de Assistência Farmacêutica, a qual embasa os quantitativos por item no Edital. Para os itens com licitação deserta ou fracassada, novos pregões eletrônicos são realizados periodicamente, com o objetivo de garantir a disponibilização de todo o elenco (SES/MG, 2016b).

Manter o processo licitatório centralizado na SES-MG apresenta a vantagem de garantir a economia de escala, devido aos preços dos medicamentos em virtude do grande volume de itens adquiridos. Além disso, o número de itens com licitação deserta e fracassada é reduzido. O aumento da eficiência beneficia principalmente os municípios com menos de 20.000 habitantes, que totalizam 78% dos municípios de Minas Gerais e, em sua maioria, apresentam baixo poder econômico e pequena escala de compra de medicamentos (IBGE, 2019; Vieira & Zucchi, 2013).

Além disso, os municípios ficam desobrigados a manter uma infraestrutura de licitação de medicamentos e podem contar com a estrutura administrativa estadual. Esta cooperação é relevante, pois minimiza os efeitos de sobrecarga dos municípios nas ações e no financiamento,

os quais são inerentes ao processo de descentralização. Ao mesmo tempo, garante a autonomia do município nas etapas de programação, empenho, emissão de ordens de compra e aplicação de sanções ao fornecedor.

Ao comparar as duas estratégias, é possível identificar um aumento de cerca de 36% do número de itens adquiridos após a implantação do modelo centralizado (Quadro 3). Ressalta-se, entretanto, que o aumento do número de itens não corresponde, necessariamente, ao aumento no acesso aos medicamentos, uma vez que houve aumento de recursos investidos em ARPE em detrimento de instrumentos municipais. Vale lembrar que, em 2015, cerca de 35% dos recursos tripartite, correspondentes à contrapartida municipal e federal dos municípios que tinham forma de gestão Parcialmente Descentralizada no Município, não eram investidos na ARPE, mas em instrumentos licitatórios municipais, o que explica ao menos parte deste aumento.

Nas licitações e compras públicas realizadas pela administração estadual, havia dedução do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) no preço dos medicamentos utilizado para a classificação das propostas, julgamento, adjudicação e homologação das Atas, conforme estabelecido no Decreto Estadual nº 43.080, de 13 de dezembro de 2012 e Resolução Conjunta SEF/SEPLAG nº 3.458 de 22 de julho de 2003. Com a descentralização, esta dedução não foi aplicada às aquisições municipais por meio da ARPE, o que pode ter impactado nos custos de medicamentos aos municípios, já que a alíquota padrão de ICMS em Minas Gerais é de 18% (Decreto Estadual n. 43.080, 2012; SES/MG, 2017b; Secretaria de Estado da Fazenda [SEF] & Secretaria de Planejamento e Gestão [SEPLAG], 2003).

A operacionalização inicial da estratégia descentralizada permitia ao município realizar apenas quatro aquisições anuais nos moldes do modelo centralizado. Com o objetivo de otimizar a gestão dos estoques e reduzir o custo com almoxarifado, em 2018, houve o aumento da frequência das janelas de atendimento aos municípios, que passaram a ser mensais, resultando em até 12 aquisições anuais. Essa mudança permitiu ao município realizar a compra com a frequência que melhor se adequasse às suas demandas e à sua capacidade de armazenamento (SES/MG, 2018c).

A possibilidade de aumento na frequência de aquisição permite que o município tenha maior giro de medicamentos em estoque e, conseqüentemente, menor estoque. Maximizar o giro do estoque tem como vantagem reduzir os custos com despesas fixas de armazenamento e perda de medicamentos. Entretanto, é necessário aos farmacêuticos conhecimento em gestão de estoques para se evitar a falta dos medicamentos. Deve-se levar em conta possível aumento da demanda e flutuações da mesma em torno da média, o que exige a manutenção de um estoque reserva (Pinheiro, 2005).

No novo processo de trabalho, em cada ciclo, o município emite uma Autorização de Execução de Compra no SIGAF para a realização de empenho pelos municípios e, em seguida, é emitida a Autorização de Fornecimento, com base na qual o fornecedor realiza a distribuição dos medicamentos (SES/MG, 2016b). Nesta etapa é fundamental uma boa comunicação entre o setor financeiro e de compras com o farmacêutico de cada município, de modo a garantir adequada utilização dos recursos em função da maior autonomia do farmacêutico no processo de emissão das Autorizações de Fornecimento.

A Autorização de Fornecimento é o contrato do fornecedor com o município, portanto, o município é o responsável pela compra, cabendo a ele aplicar as sanções necessárias, como notificação, penalidade e multa, caso fornecedor descumpra qualquer cláusula. O município, a partir das sanções, pode realizar aquisições em instrumentos próprios, a fim de evitar desabastecimento (SES/MG, 2017c). Apesar da autonomia do município nesta etapa, são necessárias melhorias e maior participação estadual, visto que a penalidade dos municípios que têm baixa demanda, isoladamente, não impacta significativamente o fornecedor, o que pode causar ineficiência na entrega devido aos constantes atrasos.

Estudos devem ser realizados para avaliar a alteração dos preços com o processo de centralização das compras de medicamentos, com o objetivo de identificar a influência do poder de compra municipal e a capacidade de pequenos fornecedores se manterem no mercado para atender a um quantitativo maior. Sabe-se que alguns fornecedores não conseguem concorrer nos certames licitatórios por baixa capacidade de atender à elevada demanda. Adicionalmente, deve-se avaliar se esse processo aumentou o acesso aos medicamentos.

Logística

Anteriormente à ERAF o estado era responsável pela logística e distribuição de medicamentos aos 853 municípios mineiros. Havia a necessidade de uma complexa operação logística para o armazenamento e distribuição de medicamentos a partir de uma única central de abastecimento, tendo em vista que é o maior estado em número de municípios e possui a maior malha rodoviária do país. Isso levou à terceirização da logística de medicamentos. O modelo centralizado se mostrou ineficiente diante do expressivo número de ocorrências que envolviam atrasos nas entregas, cargas extraviadas e perda de medicamentos (SES/MG, 2016b).

Ao utilizar a rede logística já estabelecida no mercado privado, o arranjo descentralizado traz a possibilidade de maior rapidez na entrega aos municípios, o que deve ser objeto de novos estudos. A entrega descentralizada em todos os municípios de Minas Gerais, diferencia esta estratégia dos grandes consórcios e programas estaduais de abastecimento centralizado, os quais, em geral, com o objetivo de consolidar as compras, têm a maior parte das entregas centralizadas em um único ponto. O estado também teve uma grande economia com os custos logísticos, no entanto, estudos devem ser realizados a fim de avaliar se houve transferência destes custos logísticos ao preço do medicamento, pelo fornecedor.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O arranjo centralizado de abastecimento de medicamentos do CBAF em Minas Gerais acompanha o princípio de descentralização do SUS e conta com a cooperação do Estado aos municípios com sua infraestrutura administrativa na etapa de aquisição. Também permite melhor adequação das relações de medicamentos do Componente Básico de acordo com as reais necessidades de cada município, mais transparência nas informações, maior autonomia do farmacêutico na emissão de ordem de compra e no gerenciamento de estoque. O aumento da contrapartida se mostra relevante, pois minimiza a sobrecarga de financiamento dos municípios, muito comum na conjuntura descentralizada. Outra vantagem e diferencial desta estratégia é o aproveitamento da logística do setor privado, com entrega descentralizada em todos os municípios, que aponta para efetividade no processo de entrega, tendo em vista a grande extensão territorial e em número de municípios do estado.

Apesar dos avanços, algumas melhorias ainda podem ser realizadas no contexto descentralizado, tais como: construção de um sistema de ocorrências de fornecedores irregulares, regularização dos repasses financeiro da contrapartida estadual, criação de diferentes valores de contrapartida estadual com o objetivo de reduzir as disparidades municipais, capacitação e educação continuada dos farmacêuticos municipais no que diz respeito às novas mudanças implantadas.

Este estudo se limita a avaliar as vantagens e desvantagens de mudanças específicas no processo de gestão da Assistência Farmacêutica estadual e não avalia a efetividade da descentralização. Estudos complementares de custo-efetividade são necessários a fim de identificar se houve melhorias no abastecimento de medicamentos do Componente Básico em função da redução dos custos com esta mudança. A falta de medicamentos em decorrência de atraso de repasse pelo estado e mau gerenciamento dos recursos pelos municípios, podem

comprometer a integralidade e universalidade da assistência à saúde, impactando diretamente nas condições de saúde da população.

REFERÊNCIAS

Amaral S. M. S., & Blatt C. R (2011). Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Revista de Saúde Pública**; 45(4):799-801.

Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, Brasil.

Decreto nº 2.283 de 24 de julho de 1997 (1997). Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. Diário oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

Decreto n. 68.806 de 25 de junho de 1971 (1971). Dispõe sobre a Criação da Central de Medicamentos – CEME. Diário oficial. República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

Decreto Estadual n. 43.080, de 13 de dezembro de 2012 (2012). Aprova o Regulamento do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (RICMS). Belo Horizonte, MG.

Decreto Estadual n. 46.945, de 29 de janeiro de 2016 (2016). Altera o Decreto nº 46.311, de 16 de setembro de 2013, que regulamenta o Sistema de Registro de Preços disciplinado no art. 15 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e dá outras providências. Belo Horizonte.

Faleiros D. R., Acurcio F. A., Álvares J., Nascimento R. C. R. M, Costa E. A., Guibu I. A., Soeiro M. O., Leite S. N., Karnikowski M. G. de O., Costa K. S., & Guerra Jr. A A.. (2017) Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**;51 Supl 2:14s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007060>

Ferraes, A. M. B.; & Cordoni Junior, L (2002). O medicamento, a farmácia, o farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 4, n. 1. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/index.htm>. Acesso em: 12 jun. 2020.

Galvarro, M. P. S. Q. S.; Faria. E. R.; & Ferreira, M. A. M (2012). Desigualdades regionais na saúde no Estado de Minas Gerais. RAHIS. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 8, n. 8, p.12-27.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual de 2017**. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=resultados>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019). **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2019**. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101597>. Acesso em: jul, 2020

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasil.

Magarinos-Torres R., Pepe V. L. E., Oliveira M. A., & Osorio-de-Castro C. G. S. (2014). Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**; 19(9):3859-3868.

Ministério da Saúde (1999). **Portaria GM/MS nº 176, de 08 de março de 1999.** Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à assistência farmacêutica básica e define valores a serem transferidos. Diário oficial. República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

Ministério da Saúde (2017a). Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diário oficial. República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

Ministério da Saúde (2017b). Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário oficial. República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

Ministério da Saúde (2019). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília.

Oliveira, C. F. O.; Assis, M. M. A.; & Barboni, A. R (2008). Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**.

Pasqueti C.V., & Junges F. (2014). **O Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil: evolução da legislação e o seu contexto histórico.** Universidade de Brasília – UnB.

Pinafo, E; Carvalho, B. G.; & Nunes, E. de F. P. de A. (2016). Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 5 [Acessado 20 Fevereiro 2019], pp. 1511-1524. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>.

Pinheiro, A. C. M. Gerenciamento de Estoque Farmacêutico (2005). **Revista Eletrônica de Contabilidade**, v. 1, n. 3, mar./mai.

Pontes M. A., Tavares N. U. L, Francisco P. M. S. B., & Naves J. O. S (2017). Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet]. 22(8):2453-62. Disponível em: Disponível

em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2453.pdf> doi: 10.1590/1413-81232017228.18282016

Rosa W. A. G., & Labate R. C (2005). Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-Am Enferm**; 13(6):1027-1034.

Secretaria de Estado da Fazenda, Secretaria de Planejamento e Gestão (2003). Resolução Conjunta SEF/SEPLAG nº 3.458 de 22 de julho de 2003. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2013). **Resolução CIB/SUS-MG Nº 1.610 de 16 de outubro de 2013**. Aprova o financiamento do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) composto por medicamentos e insumos a serem utilizados na atenção primária em saúde. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2012). **Contrato nº 32595/2012 de Prestação de Serviços**. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2015). **Ata de Registro de Preços Estadual n. 195/2015**. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2016a). **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.266, de 27 de janeiro de 2016**. Divulga a forma de gestão atual dos municípios, conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.164, de 19 de agosto de 2015. Brasil, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2016b). **Resolução CIB/SUS-MG Nº 2.416 de 17 de novembro de 2016**. Aprova a Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF) e as normas de financiamento do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS-MG. Belo Horizonte, MG, 2016.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2016c). **Nota Técnica SAF/SES Nº 08/2016**. Dispõe sobre a adesão à Ata de Registro de Preços Estadual e aprovação das Normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), no âmbito do SUS/MG. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2017a). **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.486, de 17 de maio de 2017**, que divulga a forma de gestão atual dos municípios, conforme Deliberação CIBSUS/MG nº 2.416, de 17 de novembro de 2016. Belo Horizonte.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2017b). **Memorando Circular CSC/SEPLAG/DMB/SAF/SES-MG Nº 20/2017**, que presta esclarecimentos sobre os valores unitários de medicamentos na Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2017c). **Nota Técnica DMB/SAF/SES Nº 04/2017**. Traz esclarecimentos sobre a aplicação de penalidades e sanções à fornecedores, pelos municípios participantes da compra estadual. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2017d). **Deliberação CIB-SUS/MG n° 2.486, de 17 de maio de 2017**. Divulga a forma de gestão atual dos municípios, conforme Deliberação CIBSUS/MG n° 2.416, de 17 de novembro de 2016. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2018a). **Ata de Registro de Preços Estadual n. 199/2018**. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2018b). **Deliberação CIB-SUS/MG N° 2.660, de 29 de janeiro de 2018**. Divulga a forma de gestão atual do município de Porteirinha que aderiu às normas de financiamento e execução do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF), de que trata a Deliberação CIB-SUS/MG n° 2.416, de 17 de novembro de 2016, e dá outras providências. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2018c). **Memorando-Circular n° 10/2018/SES/SUBPAS-SAF-DMB**. Abertura da Programação de Medicamentos do CBAF – 2o Ciclo de Abastecimento/2018 da Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF). Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2019). **Deliberação CIB-SUS/MG N° 3.043, de 13 de novembro de 2019**. Aprova as normas de financiamento e gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), no âmbito do SUSMG, as diretrizes para a descentralização de recursos e dá outras providências. Belo Horizonte, MG.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2020a). **Diretriz para Instituir Comissão de Farmácia e Terapêutica Municipal**. Belo Horizonte, Minas Gerais.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2020b). **Comunicação SES/SUBPAS-SAF-DMB n°. 20/2020**. Que trata dos valores repassados da Contrapartida estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Belo Horizonte, Minas Gerais.

Souza, c. C. A. de; Viana, R. de M.; & Leal Filho, R. de S (2016). **Desigualdade nos territórios de desenvolvimento de Minas Gerais: período 2000 a 2013**. Seminário Sobre a Economia Mineira, 17., 2016, Diamantina, MG. Anais. Diamantina: CEDEPLAR, UFMG.

Vieira F. S., Zucchi P (2013). Financing of pharmaceutical services in Brazilian public health system. **Saúde Soc.**; 22(1):73-84.