

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Farmácia**  
**Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica**

Ana Emília de Oliveira Ahouagi

**FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E DISPONIBILIDADE DE  
MEDICAMENTOS BÁSICOS NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE**

Belo Horizonte  
2022

Ana Emília de Oliveira Ahouagi

**FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E DISPONIBILIDADE DE  
MEDICAMENTOS BÁSICOS NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE**

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

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Alvares Teodoro

Belo Horizonte  
2022

A286f Ahouagi, Ana Emília de Oliveira.  
Financiamento da assistência farmacêutica e disponibilidade de medicamentos básicos no município de Belo Horizonte [recurso eletrônico] / Ana Emília de Oliveira Ahouagi. – 2022.  
1 recurso eletrônico (95 f.) : pdf

Orientadora: Juliana Alvares Teodoro.

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

Exigências do sistema: Adobe Acrobat Reader.

1. Assistência farmacêutica – Teses. 2. Cuidados primários de saúde – Teses. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 4. Saúde – Brasil – Teses. 5. Financiamento – Teses. I. Teodoro, Juliana Alvares. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. III. Título.

CDD: 362.1042

Elaborado por Leandro da Conceição Borges – CRB-6/3448



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FARMÁCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE E DISPONIBILIDADE DE  
MEDICAMENTOS BÁSICOS**

**ANA EMILIA DE OLIVEIRA AHOUGI**

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 09 de DEZEMBRO de 2022, pela banca constituída pelos membros:

Juliana Alvares Teodoro - Orientadora (FAFAR-UFMG)  
Fabiola Sulpino Vieira (IPEA)  
Daniel Resende Faleiros (CONASEMS/DF)



Documento assinado eletronicamente por **Fabiola Sulpino Vieira**, **Usuário Externo**, em 09/12/2022, às 12:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniel Resende Faleiros**, **Usuário Externo**, em 10/12/2022, às 09:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Alvares Teodoro**, **Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 27/12/2022, às 15:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



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](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1929667** e o código CRC **7D9CDFC1**.

---

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, meus pais e irmãs. José Ricardo pelo apoio, compreensão e alegria diária. Juliana pela orientação e confiança. Agradeço aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde, professores, amigos e familiares que me ajudaram direta e indiretamente nessa conquista.

## RESUMO

Medicamentos estão presentes em várias etapas da assistência à saúde, impactando diretamente em sua resolutividade e, por isso, o acesso a eles deve ser garantido em sistemas universais. O Sistema Único de Saúde (SUS) inclui políticas que buscam fortalecer o acesso a medicamentos que visam atender as prioridades de saúde da população. Uma importante estratégia para o alcance desse objetivo tem sido a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que define a organização e a forma de acesso a medicamentos de uso ambulatorial no SUS. É a Atenção Primária à Saúde (APS) o nível de atenção em que os usuários são atendidos para acompanhamento das suas condições de saúde mais prevalentes. Assim, a disponibilidade de medicamentos nos serviços que compõem a APS deve ocorrer de forma oportuna, em quantidade e qualidade adequadas. As demandas de medicamentos na APS são atendidas por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), e, para isso, são previstos recursos das três esferas de governo para sua sustentação. Apesar de possuir previsão de financiamento específica, os valores podem ser insuficientes e afetar a disponibilidade de medicamentos na APS. O município de Belo Horizonte, Minas Gerais (BH/MG) possui 152 unidades da APS e todas contam com uma farmácia para atendimento da população. O presente estudo avaliou a relação entre o financiamento do CBAF e a disponibilidade de medicamentos nas farmácias da APS de BH/MG, no período de 2018 a 2020. Para isso, foram obtidos os valores pactuados para o financiamento do CBAF no município conforme previsão de contrapartidas de responsabilidade da União, Estado e Município descritos na legislação em cada ano, e comparado com os recursos alocados pela gestão municipal na aquisição dos itens do componente. A disponibilidade dos medicamentos do CBAF nas 152 farmácias da APS foi verificada pelo registro no sistema informatizado de dispensação no período estudado e realizada a média dos valores obtidos. Os resultados mostram que os valores pactuados para financiamento do CBAF ao município foram de R\$ 28.376.861,82 em 2018, R\$ 28.432.741,25 em 2019 e R\$ 29.047.414,65 em 2020. Esses valores são inferiores aos gastos realizados pelo município com aquisição de itens do CBAF no período, com verificação de déficit de R\$ 11.474.977,13, R\$ 18.768.269,64, R\$ 21.946.207,53 em 2018, 2019 e 2020 respectivamente. A disponibilidade de medicamentos do CBAF nas farmácias da APS foi de 88,71% em 2018, 94,01% em 2019 e 92,22%, em 2020. Com os resultados, conclui-se que os recursos previstos foram insuficientes para aquisição de itens do CBAF em todos os anos estudados, obrigando a gestão municipal a realizar investimentos superiores à sua contrapartida. Essa situação de desequilíbrio dos aportes de recursos entre as esferas de governo e a insuficiência de recursos para financiamento do CBAF representa um risco importante para a disponibilidade de medicamentos nas farmácias públicas da APS, sendo urgente a atualização dos valores pactuados com previsão de reajustes anuais.

Palavras-chave: assistência farmacêutica; financiamento da assistência à saúde; atenção primária à saúde; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

Medicines are present in various stages of health care, directly affecting their resolution and, therefore, access to them must be guaranteed in universal health systems. The Unified Health System (SUS) includes policies that seek to strengthen access to medicines, especially essential ones, which aim to meet most of the population's health needs. An important strategy for achieving this objective has been the adoption of the National List of Essential Medicines (RENAME), which defines the organization and form of access to outpatient medications in the SUS. An important strategy for achieving this objective has been the adoption of the *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais* (RENAME - National List of Essential Medicines) which defines an organization and a form of access to outpatient medication in the SUS. Primary Health Care (PHC) is the level of care in which users are assisted to monitor their most prevalent health conditions. Thus, the availability of medicines in the services that make up the PHC must occur in a timely manner, in adequate quantity and quality. The demands for medicines in the PHC are met through Basic Component of Pharmaceutical Assistance (CBAF - Basic Component of Pharmaceutical Services), and, for this, resources from the three spheres of government are provided for their support. Despite having specific funding forecasts, the values are not updated, and the availability of medicines in PHC may be insufficient and accessible. The city of Belo Horizonte, Minas Gerais (BH/MG) has 152 primary healthcare units, and all of them have a pharmacy to serve the population. The present study evaluated the relationship between CBAF funding and the availability of drugs in APS pharmacies in BH/MG, from 2018 to 2020. For this, the amounts agreed upon for financing the CBAF in the municipality were obtained according to the forecast of counterparts under the responsibility of the Union, State and Municipality described in the legislation in each year, and the resources invested by the municipal management in the acquisition of the component items were verified. The availability of CBAF drugs in the 152 PHC pharmacies was verified by registering them in the computerized dispensing system during the period studied and the average of the values obtained was calculated. The results show that the agreed amounts for CBAF financing to the municipality were R\$ 28,376,861.82 in 2018, R\$ 28,432,741.25 in 2019 and R\$ 29,047,414.65 in 2020. These values are lower than the investments made by the municipality with the acquisition of CBAF items in the period, with a deficit of R\$ 11,474,977.13, R\$ 18,768,269.64, R\$ 21,946,207.53 in 2018, 2019 and 2020 respectively. The availability of CBAF drugs in APS pharmacies was 88.71% in 2018, 94.01% in 2019 and 92.22% in 2020. With the results, it is concluded that the planned resources were insufficient for the acquisition of CBAF items in all the years studied, forcing the municipal management to make investments greater than its counterpart. This situation of imbalance in the allocation of resources between the spheres of government and the lack of resources to finance the CBAF represents an important risk for the availability of medicines in public pharmacies within the scope of the PHC, and it is urgent to update the values agreed with the forecast of readjustments annual.

Keywords: pharmaceutical assistance; healthcare financing; primary health care; Unified Health System.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	População de Belo Horizonte estimada pelo IBGE nos anos de 2009, 2011, 2016 e 2019. ....	39
Tabela 2:	Situação de abastecimento de medicamentos. ....	41
Tabela 3:	Contrapartidas previstas para o financiamento do CBAF no município de Belo Horizonte nos anos de 2018 a 2020. ....	43
Tabela 4:	Recursos utilizados com medicamentos e insumos do CBAF no município de Belo Horizonte nos anos de 2018 a 2020. ....	43
Tabela 5:	Participação financeira dos entes no financiamento do CBAF nos anos de 2018 a 2020. ....	44
Tabela 6:	Valores necessários para financiamento do CBAF, por habitante, conforme valores gastos em cada ano, no município de Belo Horizonte. ....	44
Tabela 7:	Valores devidos a cada ente para aquisição de medicamentos do CBAF no município nos anos de 2018 a 2020.....	45
Tabela 8:	Disponibilidade de medicamentos no município de Belo Horizonte nos anos de 2018 a 2020 e recursos aplicados.....	45

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AF	Assistência Farmacêutica
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo
APS	Atenção Primária à Saúde
ARP	Atas de Registro de Preço
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEME	Central de Medicamentos
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM-AD	Centro de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e Outras Drogas
CERSAMI	Centro de Referência em Saúde Mental Infante-Juvenil
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMDI	Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CMO	Centro Municipal de Oftalmologia
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COMARE	Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias

CRIE	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
CS	Centros de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CTAF	Câmara Técnica da Assistência Farmacêutica
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DIU	Dispositivo Intrauterino
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FR	Farmácias Regionais
GAFIE	Gerência de Assistência Farmacêutica e Insumos Essenciais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFA	Insumo Farmacêutico Ativo
INESC	Instituto de Estudos Socioeconômicos
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IVS	Índice de Vulnerabilidade da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos

QUALIFAR-SUS	Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIDRA	Sistema IBGE de Recuperação Automática
SIEST	Sistema Integrado de Estoques
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SRP	Sistema de Registro de Preços
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCM	Totalmente Centralizada no Município
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto-Atendimento

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	12
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1	<i>Assistência farmacêutica no SUS.....</i>	15
2.2	<i>Acesso a medicamentos essenciais.....</i>	16
2.3	<i>Financiamento da assistência farmacêutica.....</i>	20
2.4	<i>As iniquidades no acesso a medicamentos no país .....</i>	26
2.5	<i>Município de Belo Horizonte e sua rede de saúde .....</i>	28
2.6	<i>Assistência farmacêutica municipal.....</i>	30
2.7	<i>Sistema de informação da Assistência Farmacêutica .....</i>	33
3	JUSTIFICATIVA .....	36
4	OBJETIVOS .....	37
4.1	<i>Objetivo geral.....</i>	37
4.2	<i>Objetivos específicos.....</i>	37
5	MATERIAL E MÉTODOS.....	38
5.1	<i>Recursos para o financiamento dos medicamentos do CBAF previstos na legislação .....</i>	38
5.2	<i>Avaliação dos recursos utilizados pelo município com itens do CBAF e se há existência de déficit no financiamento do componente, no período estudado.....</i>	39
5.3	<i>Avaliação da participação financeira de cada ente federado no financiamento do CBAF, com base nos investimentos municipais realizados no período de 2018 a 2020 e estimativa do valor por habitante que atenderia a estes investimentos, em cada ano.....</i>	40
5.4	<i>Análise da disponibilidade de medicamentos do município e sua relação com os recursos previstos para o financiamento dos medicamentos do CBAF, no período de 2018 a 2020 .....</i>	40
6	RESULTADOS .....	43
6.1	<i>Recursos destinados para o financiamento do CBAF previstos na legislação no período.....</i>	43
6.2	<i>Recursos utilizados pelo município com os medicamentos do CBAF e a avaliação da existência de déficit no financiamento do período .....</i>	43
6.3	<i>Avaliação da participação de cada ente federado no financiamento do CBAF, com base nos gastos municipais necessários no período de 2018</i>	

	<i>a 2020 e estimativa do valor por habitante que atenderia a estes gastos em cada ano</i> .....	44
6.4	<i>Análise da disponibilidade de medicamentos do município e sua relação com os recursos previstos para o financiamento dos medicamentos do CBAF no período de 2018 a 2020</i> .....	45
7	<b>DISCUSSÃO</b> .....	46
7.1	<i>Recursos destinados para o financiamento do CBAF previstos na legislação</i> .....	46
7.2	<i>Recursos utilizados pelo município com os medicamentos do CBAF e a avaliação da existência de déficit no financiamento do período</i> .....	48
7.3	<i>Participação financeira de cada ente federado no financiamento do CBAF, com base nos gastos municipais necessários no período de 2018 a 2020 e estimativa do valor por habitante que atenderia a estes gastos, em cada ano</i> .....	49
7.4	<i>Disponibilidade de medicamentos do município e sua relação com os recursos previstos para o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no período de 2018 a 2020</i> .....	52
7.5	<i>Limitações do estudo</i> .....	55
8	<b>CONCLUSÃO</b> .....	57
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	58
	<b>ANEXO A - Itens adquiridos do CBAF</b> .....	69
	<b>APÊNDICE A - Artigo a ser submetido à Revista de Saúde Coletiva</b> .....	80

## 1 INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica (AF) envolve “um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional” (BRASIL, 2004). Como parte da Política Nacional de Saúde, o acesso às ações de saúde deve contemplar também o acesso às ações de AF (BRASIL, 2004).

O acesso e o uso adequado de medicamentos são condições básicas para se alcançar uma cobertura universal e integral à saúde, uma vez que estão presentes em diversas etapas no contexto da assistência, seja na prevenção, promoção e proteção, resultando em qualidade e aumento da expectativa de vida da população (ÁLVARES *et al.*, 2017; BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

No Brasil, a adoção de listas de medicamentos essenciais é feita desde 1964, visando a promoção do acesso a medicamentos prioritários para as condições de saúde mais prevalentes no país (BRASIL, 2022a). Hoje, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é um importante instrumento norteador do acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) que auxilia a organização e orientação do financiamento desse aspecto da AF em todo o país (BRASIL, 2022a).

A Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como porta de entrada preferencial no SUS, buscando atender às condições e necessidades de saúde mais prevalentes e relevantes da população. Assim, com foco na universalidade e integralidade do acesso à saúde, a APS deve também coordenar o cuidado em toda rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2017b).

A oferta de medicamentos na APS deve abranger todo seu escopo de atuação, e ocorre no Brasil por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Estes medicamentos são fornecidos com gratuidade total nas farmácias públicas e possuem financiamento tripartite, conforme valores previstos pela Portaria de Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017, desde que os itens estejam presentes nos anexos I e IV da RENAME (BRASIL, 2017a; 2022a). Além do acesso em farmácias públicas, também são disponibilizados no SUS medicamentos utilizados

no contexto da APS por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), que são financiados total ou parcialmente pelo governo federal (BRASIL, 2022e).

Para melhor atendimento aos aspectos sanitários e epidemiológicos locais da APS, os municípios devem estabelecer as suas relações de medicamentos essenciais, cabendo observância das regras de financiamento definidas e pactuações realizadas nas Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BERMUDEZ *et al.*, 2018; BRASIL, 2022a).

No contexto do fornecimento de medicamentos nas farmácias públicas, apesar da previsão de financiamento pelos três entes federados para o CBAF, os recursos podem ser insuficientes às necessidades atuais, e assim, comprometer a disponibilidade de medicamentos na APS (BERMUDEZ *et al.*, 2018; FALEIROS *et al.*, 2017). Outros aspectos importantes a serem considerados sobre a suficiência de recursos são os reajustes anuais nos preços dos medicamentos e a adoção da estratégia de liberação de preços de medicamentos com risco de desabastecimento (BRASIL, 2022c). Essas questões, sem a atualização dos valores de financiamento, podem afetar o abastecimento de medicamentos básicos.

Não obstante o direito do cidadão e as diretrizes políticas para garantia de abastecimento dos medicamentos essenciais no SUS, estudos mostram que a disponibilidade de medicamentos e, conseqüentemente, o acesso, ainda são considerados baixos na APS (ÁLVARES *et al.*, 2017; BARBOSA *et al.*, 2021; NASCIMENTO *et al.*, 2017). Este cenário no Brasil, aliado à previsão de congelamento dos gastos públicos até o ano de 2036, pode representar importante comprometimento no acesso à saúde universal e no orçamento de famílias, de forma mais grave, nas mais vulneráveis (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019; MARIANO, 2017; SERVO *et al.*, 2020; SILVA, 2020).

Considerando a importância do acesso a medicamentos básicos no SUS, foram realizados estudos que evidenciam desafios devido à baixa disponibilidade de medicamentos essenciais em unidades públicas de saúde (ÁLVARES *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2017). Deficiências no financiamento e na gestão dos recursos financeiros do CBAF também foram apuradas (FALEIROS *et al.*, 2017). Não foram localizados estudos que relacionassem diretamente a

disponibilidade dos medicamentos nas farmácias públicas da APS e a suficiência de recurso. Assim, o presente estudo busca averiguar a disponibilidade de medicamentos em farmácias da APS do município de Belo Horizonte e os recursos relacionados ao financiamento do CBAF.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 *Assistência farmacêutica no SUS*

Inicialmente focada no fornecimento de medicamentos à população carente, a AF no Ministério da Saúde iniciou em 1971, com a Central de Medicamentos (CEME) (BERMUDEZ *et al.*, 2018; BRASIL, 2007b). Em 1987, a CEME lançou o Programa de Farmácia Básica, que consistia em uma seleção de aproximadamente 40 medicamentos para o tratamento das afecções e doenças prevalentes na APS (MARQUES, 2011). Os medicamentos eram comprados e distribuídos de forma centralizada e fragmentada, gerando irregularidades do abastecimento e grande volume de perdas, por não considerar as diferenças regionais no abastecimento local (BRASIL, 2007b).

Esta estrutura também desconsiderava as necessidades de saúde de parte da população com condições de saúde crônicas ou raras, com prescrições de medicamentos por longos períodos ou de alto custo. Não atendendo à condição de saúde da população, a CEME foi extinta após 26 anos, em 1997 (BRASIL, 2007b). Apesar dos dados, enquanto política nacional, a CEME teve papel importante na promoção do acesso a medicamentos no país (BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020).

Com a extinção da CEME, foi instituída a Política Nacional de Medicamentos (PNM) que ampliou o conceito e o campo de atuação da AF (BRASIL, 1998). A PNM, aprovada pela Portaria nº:3.916 em 1998, estabeleceu diretrizes importantes, como a reorientação da AF, tendo como base a descentralização da gestão, a promoção do uso racional de medicamentos, melhorias na logística de distribuição no setor público e outras ações que viabilizaram a melhoria do acesso a medicamentos nos setores público e privado (BERMUDEZ *et al.*, 2018; BRASIL, 2007b).

A PNM tinha como principais objetivos superar os desafios existentes para garantia do acesso universal em saúde, buscando assegurar segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 2001). Nesta época, eram entendidos como essenciais aqueles medicamentos que satisfariam às necessidades de saúde da população (BERMUDEZ *et al.*, 2018). Em 2002, a Organização Mundial de Saúde

(OMS) estabeleceu como essencialidade a capacidade de resposta às prioridades sanitárias da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Como parte da PNM, foi publicada a Lei nº 9.787/1999, que estabeleceu os medicamentos genéricos. Conforme a Lei, os medicamentos genéricos são similares a um produto de referência ou inovador, sendo intercambiáveis com estes, produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade (BRASIL, 1999). Assim, com o estabelecimento dos genéricos buscou promover o acesso à medicamentos por meio do estímulo da concorrência e da variedade da oferta no mercado, com conseqüente redução dos preços e, com parâmetros de qualidade (ARAÚJO et al., 2010).

Outro marco importante da AF no SUS foi a criação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), por meio da Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004, que formaliza sua integração à Política Nacional de Saúde e define eixos estratégicos necessários para a integralidade de suas ações (BRASIL, 2004).

A PNAF também atualizou o conceito da AF, ampliando ainda mais sua atuação em frentes de pesquisa, inovação e regulação, agregando a perspectiva intersetorial indissociável ao SUS, e os serviços públicos e privados de saúde (BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020; BRASIL, 2004).

## **2.2 Acesso a medicamentos essenciais**

O conceito de essencialidade estabelecido pela OMS se relaciona com a capacidade de resposta às prioridades sanitárias da população (BERMUDEZ *et al.*, 2018). Em 1977, a organização elaborou, pela primeira vez, uma relação de medicamentos essenciais. Desde então, esta lista é atualizada e contempla medicamentos que buscam atender a necessidades globais de saúde (BERMUDEZ *et al.*, 2018; UNITED NATIONS, 2016).

A seleção dos medicamentos essenciais que compõe a lista da OMS é feita após avaliação da prevalência das doenças, relevância no contexto da saúde pública, as evidências de eficácia clínica e segurança, custos comparativos e custo-efetividade. Assim, deve ser utilizada como recomendação aos países, adaptada às diferenças

entre padrões de morbidade locais e atualizações realizadas, na elaboração de listas nacionais de medicamentos essenciais (UNITED NATIONS, 2016).

O Brasil utiliza como estratégia de acesso, a utilização de uma relação básica e prioritária dos medicamentos necessários à terapêutica das doenças mais frequentes no País desde 1964 (BERMUDEZ *et al.*, 2018). Essa relação direcionava a escolha dos medicamentos comprados e distribuídos durante a época da CEME. Em 1977, essa relação foi oficialmente conhecida como RENAME (BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020).

A PNM, com o propósito de promover o acesso a medicamentos essenciais, instituiu a adoção e revisão permanente da RENAME como diretriz (BRASIL, 1998). Dessa forma, por meio da Portaria n. 1.254, em 2005 foi constituída a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (COMARE), vinculada ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2005; BRASIL, 2008). A COMARE, além de realizar a avaliação da relação dos medicamentos e produtos farmacêuticos que deveriam constar na RENAME, também tinha regimento interno com sua competência, organização e critérios definidos de inclusão e exclusão de produtos (BRASIL, 2008).

Em 2011, com intuito de instituir processos de incorporação ou exclusão de tecnologias em saúde de forma mais ágil, com maior transparência e eficiência, foi criada a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), que passou a ser responsável pela revisão e atualização da RENAME (BRASIL, 2022a, 2011b, 2022d). A CONITEC então, passou a ser responsável pelas funções da COMARE, por intermédio da Lei n. 12.401, regulamentada pelo Decreto n. 7.646, ambos de 2011 (BRASIL, 2022d). Em 2012, a RENAME foi organizada por meio da separação em seus componentes, Básico, Estratégico e Especializado, destacando-se a diferenciação sob o aspecto do financiamento (VASCONCELOS *et al.*, 2017). Essa separação dos componentes sobre o financiamento existia desde 2006 (VASCONCELOS *et al.*, 2017), contudo, foi a partir de 2012 que a RENAME foi publicada com a composição dos seus itens conforme responsabilidade de financiamento dos entes (VASCONCELOS *et al.*, 2017). Essa forma de publicação

visa dar transparência nas informações sobre o acesso a medicamentos no SUS a usuários, gestores e órgão do judiciário (VASCONCELOS *et al.*, 2017; BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020). Apesar dessas vantagens, esse novo modelo passa a ser visto como uma lista positiva, e, sobrepondo o conceito de essencialidade, houve uma pressão para incorporação de novas tecnologias à RENAME, aumentando a oferta de novas tecnologias (BERMUDEZ *et al.*, 2018; VASCONCELOS *et al.*, 2017).

Ainda sobre a evolução da incorporação de medicamentos, estudo que buscou avaliar o a composição da RENAME conforme recomendações de seleção da OMS, concluiu que a versão de 2012 apresentava um número superior de medicamentos sem impactar em uma cobertura maior da Carga Global de Doença no Brasil quando comparado às publicações de 2008 e 2010, sugerindo que as inclusões atendiam às pressões do mercado sobre a incorporação de novas tecnologias (FIGUEIREDO; SCHRAMM; PEPE, 2014).

A despeito das críticas em relação às incorporações que se distanciem do conceito de essencialidade, a RENAME assume não só um papel norteador para elaboração das relações estaduais e municipais de medicamentos, mas também na gestão da AF, em termos de produção da indústria farmacêutica nacional (BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020).

Para melhor atendimento aos aspectos sanitários locais, em consonância com os princípios de integralidade do SUS, estados e municípios também podem estabelecer as suas relações de medicamentos essenciais, cabendo observância das regras de financiamento definidas e pactuações realizadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB). Quando a padronização envolver medicamentos ausentes na RENAME, obrigatoriamente ser atendida a condição do registro na ANVISA (BERMUDEZ *et al.*, 2018; BRASIL, 2022a. 2011a; 2011c).

Além da adoção de relação de medicamentos essenciais, a OMS também orienta sobre a importância da adoção de outras medidas para garantia do acesso a medicamentos, como a isenção de políticas de patentes e avaliação dos obstáculos existentes na garantia do acesso a medicamentos essenciais (BARBOSA *et al.*, 2021; UNITED NATIONS, 2016). Mesmo com tais esforços, a disponibilidade dos

medicamentos por meio de serviços públicos, ainda é baixa em vários países (OLIVEIRA; NASCIMENTO; LIMA, 2019).

Segundo a OMS, os medicamentos essenciais, além de atenderem à maior parte das necessidades de saúde da população, devem estar sempre disponíveis em quantidades, doses e formas farmacêuticas adequadas ao uso (SANTOS *et al.*, 2016). Mesmo inseridos em um sistema de saúde universal, o seu acesso ainda é considerado um problema globalizado no mundo (BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020). A busca pelo acesso a medicamentos essenciais em países com sistemas universais pode ocorrer de diferentes formas, como por gratuidade total, gratuidade conforme o grau de vulnerabilidade dos usuários e, ainda, pelo sistema de copagamento, com parte das despesas coberta pelo sistema de saúde e a outra parte por desembolso direto do usuário (OLIVEIRA; NASCIMENTO; LIMA, 2019).

As avaliações do acesso aos serviços de saúde envolvem fatores objetivos e subjetivos, ambos complexos, como a percepção dos usuários sob diferentes perspectivas que afetam o uso (ASSIS; JESUS, 2012). A disponibilidade de um medicamento na farmácia não se traduz em garantia do acesso dos usuários. A falta de meios para obtê-los (financeiros e transporte), conhecimento de fluxos (níveis de atenção), regulação, interferentes na permanência do indivíduo, como fatores de tolerância da limpeza, espera e cortesia de atendimento afetam a efetivação da universalidade da saúde (SANTOS *et al.*, 2016). Assim, o acesso a medicamentos deve considerar as avaliações de outras dimensões, como a acessibilidade geográfica, capacidade de aquisição, disponibilidade, adequação e aceitabilidade (ÁLVARES *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2016; PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

Mesmo sendo apenas uma das diversas dimensões que envolvem o acesso, a medida da disponibilidade de medicamentos é muitas vezes considerada uma forma aproximada de avaliação do acesso nos sistemas públicos de saúde, e demonstra-se como um importante desafio a ser posposto (BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020; NASCIMENTO *et al.*, 2017). Como há impacto relevante do acesso a medicamentos sobre a saúde da população, a OMS definiu como um dos alvos principais para o controle de doenças não transmissíveis a necessidade de garantia de pelo menos 80% de disponibilidade de medicamentos essenciais (BARBOSA *et al.*, 2021).

No Brasil, outra forma de ampliar o acesso a medicamentos relacionados às principais prioridades de saúde da população ocorreu em 2004, com a instituição do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) (BRASIL, 2005). O programa, iniciado com previsão de fornecimento de medicamentos por uma rede própria de farmácias, passou por diversas alterações e funciona hoje apenas por meio do credenciamento de farmácias e drogarias privadas junto ao MS (BERMUDEZ *et al.*, 2018).

Além das farmácias públicas e do PFPB, podem ocorrer outras formas de acesso a medicamentos no SUS, como diretamente em hospitais e clínicas próprias ou em prestadores de serviço contratados (FALEIROS *et al.*, 2017).

A aquisição de medicamentos também pode ser realizada pela saúde suplementar, que cobre despesas de pessoas com planos e seguros de saúde privados e contratos formais, geralmente em regimes de pré-pagamento, regimes próprios de servidores públicos e/ou funcionários, e por desembolso direto. O desembolso direto ocorre sem a intermediação de nenhum esquema de asseguramento e depende da capacidade de pagamento de cada indivíduo (BRASIL, 2022g). Apesar da existência de políticas públicas para acesso a medicamentos no Brasil, estudo que avaliou descrever os padrões de consumo de medicamentos com e sem desembolso direto de recursos, verificou que a maior parte do consumo de medicamentos no país depende do desembolso direto das famílias, com exceção para alguns itens como medicamentos para câncer e vacinas, os quais a maior parte das aquisições ocorre sem desembolso (MORAES, 2022).

### **2.3 Financiamento da assistência farmacêutica**

A RENAME estabelece o financiamento dos medicamentos utilizados em nível ambulatorial no SUS, dividindo-os em três componentes: básico, estratégico e especializado, com exceção dos medicamentos oncológicos e oftalmológicos, financiados por meio de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) (BERMUDEZ *et al.*, 2018; VASCONCELOS *et al.*, 2017; BRASIL, 2022a; 2007a).

Cada componente difere entre si no que tange às doenças e agravos que terão tratamento medicamentoso, responsabilidades de cada ente federado no ciclo da AF

(seleção, programação, armazenamento e dispensação) e custeio da aquisição (BRASIL, 2022a).

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) possui financiamento e aquisição centralizada pelo MS. A distribuição e acesso ocorre por meio de repasses dos medicamentos para as secretarias estaduais e municipais de saúde. Este componente visa atender às doenças e agravos com importância epidemiológica, muitas vezes relacionadas à estigmatização da pobreza, doenças negligenciadas, dialogando com o princípio da Equidade. Entre as doenças cujos tratamentos são disponibilizados por este componente, pode-se citar a tuberculose, hanseníase, toxoplasmose, filariose, dengue, micoses sistêmicas, lúpus, febre maculosa. Além disso, o CESAF também fornece insumos e medicamentos do programa de controle do tabagismo, influenza, prevenção ao vírus sincicial respiratório, à intoxicação por cianeto, à alimentação e nutrição, à hepatite, imunoglobulinas, infecções sexualmente transmissíveis/aids, vacinas e soros, e outros que se relacionam às características desse componente (BRASIL, 2022a; 2018a).

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), regulamentado inicialmente pela Portaria GM/MS n. 2.981, de 26 de novembro de 2009 e atualmente regido pelas Portarias de Consolidação n. 2 e n. 6, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2009; 2017a), provê acesso a determinados tipos de medicamentos, conforme o princípio da integralidade à saúde. Neste componente estão tratamentos para doenças crônico-degenerativas, não contempladas no CBAF, ou que necessitam de medicamentos mais eficazes às condições de saúde do indivíduo e cujas linhas de cuidado encontram-se nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo MS. Também é composto por medicamentos que tratam doenças raras, em sua maioria, de alto custo (BRASIL, 2022a; 2018a).

Em relação ao financiamento para aquisição, os medicamentos para as doenças contempladas no CEAF possuem ainda uma divisão em três grupos. O grupo 1 é financiado pelo Ministério da Saúde, e é dividido em dois subgrupos, A e B. O primeiro contempla uma relação de medicamentos com aquisição centralizada pelo MS, com posterior distribuição às Secretarias Estaduais de Saúde e Distrito Federal e o segundo, medicamentos que são financiados pelo MS, mas, com transferência de

recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias Estaduais de Saúde e Distrito Federal. O Grupo 2 é composto por medicamentos com responsabilidade de financiamento das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Já no Grupo 3 constam medicamentos cuja responsabilidade de aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação é das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, expresso em ato normativo específico que regulamenta o CBAF (BRASIL, 2022a; 2017a).

É por meio do Componente Básico que a AF busca amparar as demandas da população atendida na APS (BRASIL, 2022a). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” como equivalentes e define que esta deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL 2017b). O CBAF possui responsabilidade de financiamento solidária entre os entes, que devem realizar repasses ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) conforme valores estabelecidos em legislação. Este financiamento deve ser exclusivo para os itens constantes nos Anexos I e IV da RENAME, podendo estados e municípios estabelecerem itens adicionais à sua relação, respeitadas as regras de financiamento e pactuação (BRASIL, 2017a; 2017b; 2011a).

A Portaria de Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a) estabelece os valores de repasse de cada ente no financiamento do CBAF. Inicialmente, a portaria definiu para União o valor de R\$ 5,58 por habitante/ano, para compor o financiamento da aquisição dos medicamentos e insumos do CBAF constantes dos Anexos I e IV da RENAME. Em dezembro de 2019, essa portaria foi alterada, com mudança dos valores de financiamento do governo federal com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), a saber (BRASIL, 2019b):

- IDHM muito baixo: R\$ 6,05 por habitante/ano;
- IDHM baixo: R\$ 6,00 por habitante/ano;
- IDHM médio: R\$ 5,95 por habitante/ano;
- IDHM alto: R\$ 5,90 por habitante/ano;
- IDHM muito alto: R\$ 5,85 por habitante/ano.

Segundo dados do IBGE, Belo Horizonte possui IDHM de 0,81, se estabelecendo no grupo de municípios com IDHM muito alto (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021a). Assim, a partir de 2020, o valor repassado ao município passou a ser de R\$ 5,85 por habitante/ano.

Outro aspecto importante estabelecido sobre a definição dos valores federais, estaduais e municipais para financiamento do CBAF, é a definição da base populacional para cálculo. Segundo a Portaria de Consolidação n. 6:

§ 4º Para evitar a redução no custeio deste Componente, os Municípios que teriam diminuição na alocação dos recursos nos termos do IBGE 2019 terão os recursos federais, estaduais e municipais alocados de acordo com a população estimada de maior quantitativo populacional, nos termos do IBGE 2016, 2011 ou 2009. Pode ser considerada a maior população estimada pelo IBGE entre os anos de 2009, 2011, 2016 ou 2019, com vistas a evitar redução dos valores de custeio decorrentes de redução dos valores estimados em atualizações do instituto (BRASIL, 2017a).

Além dos repasses financeiros, compete ao MS o financiamento e a aquisição dos medicamentos: clindamicina 300 mg para tratamento exclusivo de hidradenite supurativa moderada, insulina humana NPH, insulina humana regular e itens que compõem o Programa Saúde da Mulher: contraceptivos orais e injetáveis, dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma (BRASIL, 2022a).

Ainda sobre o CBAF, a portaria supracitada também indica os valores mínimos para as contrapartidas municipal e estadual, de R\$ 2,36 por habitante/ano, cada, para financiar medicamentos e os insumos para os usuários insulíndependentes. Esse valor, para ambos os entes, se mantém sem reajuste desde o ano de 2013, quando foi publicada a Portaria MS/GM nº 1.555/2013 (BRASIL, 2013; 2017b).

No estado de Minas Gerais, desde 2011, o valor da contrapartida estadual do CBAF é superior aos R\$ 2,36 por habitante ao ano. A Deliberação CIB-SUS/MG n. 867, de 20 de julho de 2011 estabeleceu o valor da contrapartida estadual para R\$ 3,00 per capita/ano, contribuindo para o financiamento do CBAF superior ao estabelecido pela legislação (MINAS GERAIS, 2011). Posteriormente, em 2015, Belo Horizonte aderiu, por meio da Deliberação CIB-SUS/MG n. 2.164, de 19 de agosto de 2015 (MINAS GERAIS, 2015), ao programa de Regionalização da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, para execução de atas de registro de preço estaduais, que atualizou o valor da Contrapartida Estadual do CBAF para

R\$ 3,35 por habitante ao ano. Atualmente, as normas de financiamento do CBAF no estado são regidas pela Deliberação CIB/SUS/MG 3.043, de 13 de novembro de 2019 e atualizações, que mantem o valor por habitante ao ano de R\$ 3,35 e R\$2,36 de contrapartidas do estado e municípios, respectivamente.

Apesar do CBAF possuir valores de referência para seu financiamento, estabelecidos conforme o número de habitantes de cada município, estudo que analisou o valor financeiro aplicado em municípios brasileiros para aquisição de medicamentos do CBAF identificou que a maioria aplicou recursos inferiores ao recomendado pela legislação (PONTES *et al.*, 2017).

Estudo sobre o financiamento do CBAF no âmbito da gestão municipal do SUS, verificou problemas na execução dos gastos municipais, como utilização dos recursos previstos com itens não pertencentes ao componente e com demandas judiciais. No estudo, o financiamento e o repasse de recursos se destacaram como outro importante gargalo para muitos municípios na garantia de abastecimento de medicamentos básicos (FALEIROS *et al.*, 2017).

Estudo que avaliou a representação do repasse federal nas despesas municipais com Assistência Farmacêutica entre os anos de 2013 e 2020, mostrou que, em 2013, 52% das despesas eram custeadas com recursos federais, e, em 2020, os recursos da União custeavam apenas 30% das despesas (PEREIRA; FALEIROS, 2022).

No orçamento público brasileiro, as despesas possuem uma classificação funcional, de modo a informar em qual área de atuação governamental a despesa será executada (BRASIL, 2017c). Destarte, em relação à função saúde, em 2020, a porcentagem gasta com medicamentos foi de 11,5%, a menor em comparação aos anos anteriores (INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2021). Avaliando o gasto total com medicamentos no mesmo ano, a execução financeira do MS foi de R\$ 19,8 bilhões, com redução de 2,4% em relação ao ano anterior (INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2021).

O Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC) avaliou a execução financeira do MS com Assistência Farmacêutica, sendo esta a soma do valor pago e dos restos a pagar das ações orçamentárias referentes à Assistência Farmacêutica no período (INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2020). Os resultados mostraram

que o CESAF foi o componente com maior peso na execução financeira do MS em 2019, representando 46,6% do valor total, com crescimento de 19,3% em relação ao ano anterior, seguido do CEAF, que correspondeu a 33,4% dos gastos e apresentou um crescimento de quase 10% em relação a 2018 (INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2020). O CBAF praticamente não alterou o valor em 2019, correspondendo a 8,1% do total das despesas (INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2020). O gasto com o PFPB, apesar de ter uma redução de 11% em relação ao ano anterior, supera os valores gastos com o CBAF, e correspondeu a 11,9% da execução financeira do MS (INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2020). Além disso, com exceção de 2019, o PFPB foi a categoria que apresentou maior expansão de financiamento até 2018, cujo recurso foi triplicado desde 2008 (INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2019).

Cabe ressaltar que, além de recursos previstos para aquisição de medicamentos do CBAF, é necessário que os municípios tenham outras condições, como estrutura de recursos humanos, equipamentos e informática, que propiciem uma Assistência Farmacêutica efetiva e integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2016). Em consonância com esta necessidade, em 2012 foi instituído o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS) (BRASIL, 2012).

O QUALIFAR-SUS propõe contribuir no processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica para uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada. Para isso, é dividido em quatro eixos (BRASIL, 2012).

1. Eixo Estrutura: direcionado para estruturação física dos serviços farmacêuticos, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos;
2. Eixo Educação: voltado para promoção da educação permanente e da capacitação dos profissionais no contexto das Redes de Atenção à Saúde;
3. Eixo Informação: objetiva a elaboração de informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da Assistência Farmacêutica;
4. Eixo Cuidado: propõe inserção da Assistência Farmacêutica (Eixo Cuidado) nas práticas clínicas visando a resolutividade das ações em saúde.

Além do Programa, em 2013, o MS permitiu a destinação de parte do recurso do CBAF, por meio da Portaria n. 1.555/2013, para apoiar a estruturação da AF:

A Portaria, em seu Artigo 4, descreve (BRASIL, 2013):

As Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios poderão, anualmente, utilizar um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros, definidos nos termos dos incisos II, III e § 1º do art. 3º, para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS no Distrito Federal e nos Municípios, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, obedecida a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, e as leis orçamentárias vigentes, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade (BRASIL, 2013).

Mesmo com a possibilidade da aplicação dos recursos para investimento estrutural, esta prática torna-se inviável frente às limitações orçamentárias observadas em muitos municípios (BARBOSA *et al.*, 2017).

#### **2.4 As iniquidades no acesso a medicamentos no país**

Publicação do MS, em 2018, com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada, relata que a disponibilidade média de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do país variou em torno de 62,5%, muito inferior ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2018a).

Estudo integrante da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Componente Serviços, avaliou a disponibilidade física de medicamentos essenciais nas farmácias da APS do SUS. A disponibilidade média encontrada foi de 52,9%, com variações significativamente piores nas regiões norte e nordeste, que apresentaram resultados de 44,6% e 46,3% respectivamente (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Outro estudo também demonstrou iniquidades no acesso a medicamentos para tratar doenças crônicas não transmissíveis nas regiões norte e nordeste, nas principais fontes de provisão de medicamentos do país, como farmácias da rede pública do SUS, farmácias conveniadas ao PFPB e farmácias privadas em geral. O acesso total foi maior na região Sul e pior na região nordeste, seguida da região norte. Já em relação

à disponibilidade total dos medicamentos em cada tipo de estabelecimento, as farmácias privadas se sobressaíram, com 88,5% da disponibilidade, seguidas por 67,4% nos estabelecimentos do PFPB e 45,2% nas farmácias do SUS (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Os resultados mostraram importantes diferenças entre as regiões do país, com consequências piores na região nordeste quando comparados a sul e sudeste, e achados muito insatisfatórios sobre a disponibilidade de medicamentos.

O baixo acesso, em relação à dimensão da disponibilidade de medicamentos essenciais no SUS, também foi encontrado nas farmácias públicas da APS em Minas Gerais, em que a disponibilidade apurada foi de 61% (BARBOSA *et al.*, 2021).

Se por um lado a disponibilidade de medicamentos por meio do CBAF não se aproxima do preconizado pela OMS e apresenta diferenças entre as regiões do país, estudos demonstram a existência de iniquidades também no PFPB. Os estados pertencentes às regiões mais ricas do país, sudeste e sul, apresentam a maior cobertura relativa do PFPB em relação às localidades mais pobres, como o Nordeste, de forma a evidenciar que fatores socioeconômicos norteiam o estabelecimento de participantes do programa, inobservado o princípio da equidade do SUS (SILVA; ALMEIDA; ARAÚJO JÚNIOR, 2019).

O estudo de Faleiros *et al.* (2017) abordou fatores relacionados ao financiamento do CBAF, no âmbito da gestão municipal do SUS, e avaliou também a organização dos serviços de AF. No que se refere à aquisição de medicamentos, o estudo levantou que a associação entre município e estado foi a forma de parceria para compras de medicamentos mais comum (26,2%), destacando-se as regiões Nordeste (35,2%) e Sudeste (28,9%), seguida de consórcio entre municípios (15,0%). O estudo relatou também que aproximadamente metade dos municípios avaliados têm suas aquisições afetadas pelo PFPB, além de ressaltar deficiências graves no financiamento e gestão dos recursos financeiros do CBAF, com maior gasto pelos municípios (FALEIROS *et al.*, 2017).

O PFPB tem como objetivo ser uma via alternativa para ampliar o acesso a medicamentos essenciais, como aqueles para hipertensão, diabetes, dislipidemia e asma, e já teve seus benefícios evidenciados, como a redução de internações e óbitos por hipertensão arterial e diabetes no Brasil relacionadas à ampliação do acesso a

medicamentos pelo programa (SILVA; ALMEIDA; ARAÚJO JÚNIOR, 2019). Contudo, em relação ao seu financiamento, quando comparado ao do CBAF, pode haver competição sobre os recursos, com repasse menor ao CBAF (BRASIL, 2001; SILVA; ALMEIDA; ARAÚJO JÚNIOR, 2019, BERMUDEZ *et al.*, 2018).

Estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) atualizou pesquisa nas áreas urbana e rural em todo o país sobre as estruturas de consumo e gastos das famílias, e analisou os grupos de despesas e seus impactos em famílias com rendimentos mensais de até R\$ 1.908,00 e acima de R\$ 23.850,00. A proporção de despesas com assistência à saúde se assemelhou entre os grupos, sendo de 5,9% para o grupo de menor renda e 5,6% para o de maior renda. Mas, quando avaliados os gastos com medicamentos nos dois grupos, as famílias com renda de até R\$ 1.908,00 despendiam 71,2% dos gastos com saúde e as famílias de maior renda, 25% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Publicação do IBGE mostrou que, em 2019, o consumo com bens e serviços de saúde no país atingiu 9,6% do Produto Interno Bruto (PIB). Desse percentual, 3,8% correspondem a gastos públicos, e 5,8% são de despesas de famílias e instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022b). Esses dados demonstram que no Brasil, apesar da adoção de um sistema de saúde com princípios da universalidade, com acesso gratuito a todos os cidadãos aos serviços de saúde, observa-se que os gastos privados com saúde superam os gastos públicos, tornando-se um desafio ainda maior para a população de baixa renda (INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2019; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

## **2.5 Município de Belo Horizonte e sua rede de saúde**

Belo Horizonte possui uma população de 2.530.701 habitantes, segundo dados do IBGE, atualizados para 2021 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021b). Na saúde, o município tem Gestão Plena do Sistema Municipal, e se organiza por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), com divisão do seu território em nove Distritos Sanitários ou Regionais de Saúde (BELO HORIZONTE, 2013; 2002). Cada um dos nove Distritos Sanitários tem definido seu espaço geográfico, populacional e administrativo (BELO HORIZONTE, 1998).

O modelo assistencial da APS no município conta com 152 centros de saúde (CS) e 589 equipes de Estratégia Saúde da Família, representando uma cobertura de aproximadamente 80% de todo território (BRASIL, 2021). Além disso, para promoção da saúde, possui 78 Academias da Cidade, com mais de 19 mil alunos, e 207 locais que promovem a prática Lian Gong (BELO HORIZONTE, 2021a).

A rede de saúde mental possui oito Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), cinco Centros de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CERSAM-AD) três Centros de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil (CERSAMI) e nove Centros de Convivência (BELO HORIZONTE, 2021a).

Na atenção especializada, conta com cinco Unidades de Referência Secundária, nove Centros de Especialidades Médicas (CEM), quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), quatro Centros de Reabilitação, dois Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), um Centro Municipal de Oftalmologia (CMO), um Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem (CMDI) (BELO HORIZONTE, 2021a).

A rede de Urgência e Emergência possui nove Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), um Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) noturno e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BELO HORIZONTE, 2021a).

A rede de apoio ao diagnóstico possui cinco laboratórios distritais, um laboratório central, um laboratório de doenças sexualmente transmissíveis, nove laboratórios de UPA e a Vigilância em Saúde tem em sua estrutura um Laboratório de Bromatologia, um Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), um Laboratório de Zoonoses, um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), cinco centros de esterilização de cães e gatos, uma Unidade Móvel de Castração e o Serviço de Atenção ao Viajante (BELO HORIZONTE, 2021a).

Considerando o impacto das desigualdades na qualidade e no estilo de vida e nas condições de saúde, o município elaborou um indicador composto chamado de “Índice de Vulnerabilidade da Saúde”, ou “IVS”. Esse indicador foi criado pela SMSA em 1998, e combina variáveis socioeconômicas em um indicador síntese, visando apontar áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos (BELO HORIZONTE, 2013). Mesmo sendo um instrumento importante para planejamento e avaliação das políticas

de saúde na SMSA, como o indicador considera uma área geográfica contínua, cabe às equipes de saúde locais, conhecedoras da realidade de cada família, utilizar outras ferramentas que permitam um olhar diferenciado para grupos de pessoas mais vulneráveis dentro do território (BELO HORIZONTE, 2013).

## **2.6 Assistência farmacêutica municipal**

A AF do município iniciou sua estruturação em 1993, por meio da criação de uma gerência na SMSA, e em seguida das Farmácias Regionais (FR). Desde então, apresenta importantes avanços, incluindo a informatização dos seus processos, qualificando a gestão de estoque e a dispensação vinculada ao prontuário eletrônico dos pacientes, favorecendo a integração da Assistência Farmacêutica no cuidado a população (BELO HORIZONTE, 2018b).

Foi em 2008 que o município conseguiu realizar a inserção efetiva do farmacêutico na APS, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Desde então a atuação do farmacêutico nas unidades da APS consolidou a prática farmacêutica e promoveu melhoria da qualidade do serviço ofertado aos usuários (BELO HORIZONTE, 2018b).

Atualmente, a organização da AF do município de Belo Horizonte está estruturada por meio da Gerência de Assistência Farmacêutica e Insumos Essenciais (GAFIE), no nível central da SMSA, em nove Farmácias Regionais (FR), no nível regional, e em 187 farmácias de unidades de saúde, no nível local (BELO HORIZONTE, 2018b; 2021).

No contexto da Atenção Primária, todos os CS possuem uma farmácia para atendimento à população, com sistema informatizado para controle do estoque e dispensações. Cada farmácia conta também com um farmacêutico de referência, em geral, com carga horária de 20 horas semanais, que atua em duas grandes áreas da AF: técnico-gerencial e técnico-assistencial, buscando garantir o acesso ao medicamento e a promoção do seu uso racional (BELO HORIZONTE, 2018b).

Em 2019, Belo Horizonte aderiu ao Programa Saúde na Hora, estabelecido pela Portaria MS n. 1.888, de 16 de julho de 2019 (BRASIL, 2019a), ampliando o horário de funcionamento dos CS para 12 horas diárias, com destaque para a ampliação do

horário de funcionamento das farmácias locais, visando garantir à população maior acesso aos medicamentos (BELO HORIZONTE, 2019a).

A AF do município possui forma de gestão Totalmente Centralizada no Município (TCM). Desta forma, os recursos financeiros dos gestores federal, estadual e municipal são depositados no FMS e utilizados pelo município para aquisição dos medicamentos e produtos definidos no CBAF (MINAS GERAIS, 2019). Todo planejamento dos medicamentos a serem adquiridos é realizado pela GAFIE, com apoio das nove FR (BELO HORIZONTE, 2018b).

O município possui uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) que norteia o acesso aos medicamentos nos serviços de saúde vinculados à SMSA. O elenco de medicamentos é definido pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), mediante aprovação do Secretário Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2020a). Os medicamentos que compõem a REMUME, em sua maior parte, fazem parte da RENAME, e os medicamentos padronizados que não fazem parte da relação nacional, possuem responsabilidade de financiamento do município (BRASIL, 2011a).

Instituída em 1994, a CFT da SMSA fundamenta-se em critérios técnico-científicos para seleção de medicamentos, baseando-se em evidências de eficácia, segurança, conveniência para o paciente, qualidade e custo favorável. É uma instância colegiada multiprofissional e multidisciplinar, que tem por finalidade principal estabelecer a REMUME e mantê-la atualizada, além de assessorar a gestão nas questões referentes a medicamentos (BELO HORIZONTE, 2020a).

O município realiza o abastecimento de medicamentos por meio de processos de aquisição próprios, em geral, de Atas de Registro de Preço (ARP). Além disso, o município também executa ARP disponibilizadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Essas ARP são disponibilizadas de forma complementar, e incluem os itens do CBAF, conforme RENAME vigente (MINAS GERAIS, 2015). A disponibilidade de ARP estaduais foi proposta em 2015 pela SES-MG, de forma conjunta com a descentralização dos recursos do CBAF pelo estado, para a gestão municipal.

A adoção do Sistema de Registro de Preços (SRP), regulamentado pelo Decreto n. 7.892, de 23 de janeiro de 2013 (BRASIL, 2013), apresenta vantagens para a

aquisição de medicamentos. Entre elas, destaca-se a não obrigatoriedade de contratação, podendo a aquisição obedecer à disponibilidade de recursos financeiros, bem como a variações do consumo ou falhas no planejamento das compras. Observa-se também a possibilidade da participação de outros órgãos da administração pública, que pode potencialmente gerar economia em escala na aquisição (BRASIL, 2018b).

Sobre a adesão a mais de uma Ata de Registro, o Tribunal de Contas da União (TCU) no Acórdão 249/2014/TCU - Primeira Câmara, entende, considerando os medicamentos como itens essenciais na saúde da população, como medida cautelar e segura para garantir o fluxo permanente de abastecimento. Contudo, deve se atentar ao cuidado de execução da ata de menor valor financeiro, evitando aquisição antieconômica (BRASIL, 2014). Frente ao exposto, a estratégia de participação em planejamentos de compra de outros órgãos e entes públicos permite, além da manutenção do abastecimento – com alternativas paralelas frente a possíveis rupturas de estoque, otimizar o uso dos recursos financeiros.

A Assistência Farmacêutica municipal se organiza promovendo serviços farmacêuticos direcionados em uma terapia medicamentosa com qualidade e na disponibilidade de medicamentos nas Unidades de saúde. A programação de medicamentos necessários em cada farmácia local é feita com o farmacêutico local e FR primeiramente, que avaliam o consumo histórico de cada serviço e acompanham as flutuações de consumo locais. As nove FR e GAFIE fazem um monitoramento trimestral do consumo histórico, validando o planejamento realizado em nível local, incluindo na análise informações epidemiológicas e a previsão da oferta dos serviços (BELO HORIZONTE, 2018b).

Instância muito relevante no contexto da Assistência Farmacêutica municipal é a Câmara Técnica da Assistência Farmacêutica (CTAF), do Conselho Municipal de Saúde (CMS) (MINAS GERAIS, 2019). É observado no Plano Municipal de Saúde (PMS) dos períodos de 2014-2017 e 2018-2021, metas sobre o abastecimento e sobre a atuação clínica do farmacêutico (BELO HORIZONTE, 2014; 2018a). Assim, é por meio da CTAF, específica para pautas da Assistência Farmacêutica, que o CMS acompanha e monitora as ações e indicadores da Assistência Farmacêutica (MINAS GERAIS, 2019).

Além do acompanhamento e monitoramento, a CTAF atua reivindicando a AF municipal por meio das farmácias da APS. Em 2017, a questão do acesso de medicamentos da APS em farmácias privadas foi alvo de discussão na CTAF, com rejeição da proposta pelos conselheiros de saúde. Essa possibilidade havia sido colocada em debate e a ação conjunta entre profissionais de saúde e usuários garantiu a manutenção dos serviços farmacêuticos na APS nas 152 farmácias públicas municipais. Como forma de fortalecer este posicionamento, a 14ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte teve entre suas propostas mais votadas:

Sustentar e assegurar a política de assistência farmacêutica pública, afastando qualquer projeto de compra direta de medicamentos em farmácias privadas e os interesses do setor privado, com garantia de fornecimento de medicamentos ao cidadão nos dispositivos da rede SUS-BH, atualizando, no máximo a cada dois anos, a relação de medicamentos disponibilizados, garantindo a sua dispensação descentralizada nos centros de saúde, nos CERSAM's e UPA's, mantendo estrutura física adequada nessas unidades e nas farmácias distritais, assegurando por meio da presença de profissionais de nível médio fixos e farmacêuticos de 40 horas semanais capacitados para garantir orientações e cuidados para o uso racional dos medicamentos por centro de saúde (BELO HORIZONTE, 2017b).

A participação do serviço privado na Assistência Farmacêutica no SUS é formalizada pelo MS com o PFPB, cujos resultados positivos em saúde foram medidos (SILVA; ALMEIDA; ARAÚJO JÚNIOR, 2019). Contudo, a vantagem desse modelo sobre os serviços farmacêuticos executados diretamente pelo SUS foi avaliada e os resultados econômicos encontrados foram favoráveis aos serviços prestados pelas farmácias do SUS quando comparadas com o atual modelo de terceirização desses serviços para farmácias privadas (GARCIA; GUERRA; ACÚRCIO, 2017). Outro aspecto que deve ser ponderado é a organização das farmácias do SUS que contrariam a lógica comercial do setor privado e, sob a perspectiva do cuidado integral e multiprofissional, podem resultar em redução do consumo de medicamentos dos usuários (GARCIA; GUERRA; ACÚRCIO, 2017).

## **2.7 Sistema de informação da Assistência Farmacêutica**

A utilização de sistemas de informação no município permite um monitoramento dos estoques e da gestão da Assistência Farmacêutica. Desde 2007, todas as farmácias da APS do município são informatizadas. A normatização da implantação do sistema de informatização do controle da dispensação de medicamentos nas unidades de

saúde da rede municipal foi estabelecida pela Portaria SMSA/SUS-BH n. 024/2007 de 21 de dezembro de 2007 (BELO HORIZONTE, 2007).

A Portaria n. 24/2007, para garantia do controle sanitário dos medicamentos, define a obrigatoriedade de inventário quinzenal das farmácias para acompanhamento, controle e validação do estoque e do sistema e a obrigatoriedade de prescrição para acesso aos medicamentos (BELO HORIZONTE, 2007).

O abastecimento de medicamentos envolve diretamente dois sistemas, um utilizado nas Farmácias Regionais, que são responsáveis pelo recebimento de medicamentos por fornecedores e envio às farmácias locais, o Sistema Integrado de Estoques (SIEST), e outro sistema de uso exclusivos das unidades locais de saúde, que realiza o controle do estoque local, registros das dispensações e é integrado ao prontuário dos pacientes, o SISREDE (BELO HORIZONTE, 2018b).

O SISREDE é o principal sistema de informação de atenção à saúde do município, possuindo várias funcionalidades, entre elas o prontuário eletrônico do paciente, marcação de consultas especializadas, resultados de exames laboratoriais. Neste sistema, também ocorre o controle do estoque de medicamentos na farmácia da APS e informações sobre a dispensação dos medicamentos (BELO HORIZONTE, 2019b; 2018; BRASIL, 2017b).

Para rastreabilidade da dispensação, todas as informações relacionadas ficam registradas no SISREDE, como os nomes e dados das pessoas envolvidas no processo, seja do usuário detentor da receita, do responsável pela dispensação na farmácia e do responsável pelo recebimento do medicamento. Também são registradas as informações dos itens dispensados, como lote, validade, quantidade e horário do atendimento. O SISREDE permite que o prontuário eletrônico do paciente, integrado com o Cartão Nacional do SUS, seja vinculado ao módulo de dispensação, possibilitando ao farmacêutico utilizar o SISREDE como ferramenta de trabalho interdisciplinar, participando e interagindo com a equipe nos projetos terapêuticos, compartilhando informações clínicas e decisões com a equipe (BELO HORIZONTE, 2019b; 2018b; 2018c)

Além do SISREDE e SIEST, utilizados diretamente nas rotinas de abastecimento das unidades de saúde, a GAFIE conta com outro sistema para gestão das atas de

registros de preço próprias ou que é partícipe, chamado SIGMED. Nesse sistema são cadastrados os contratos ou atas de registro de preço e informações relacionadas, como o valor unitário dos produtos, vigência do instrumento jurídico, número de itens contratados, detalhamento das execuções, como locais de entrega, quantidade solicitada, quantidade entregue, valores unitários e totais de cada compra, tempo de atraso dos fornecedores, entre outras informações necessárias para uma gestão adequada dos processos (BELO HORIZONTE, 2015).

### 3 JUSTIFICATIVA

O acesso a medicamentos essenciais na APS visa integrar os processos de promoção, recuperação e prevenção das doenças prioritárias e mais prevalentes na população (ÁLVARES *et al.*, 2017). É o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, definido na RENAME, destinado a compor medicamentos e insumos nesse nível de atenção (BRASIL, 2022a).

O CBAF se materializa no contexto das farmácias públicas municipais, assim, compete aos municípios se organizarem para adquirirem os medicamentos e efetivarem o seu acesso a população (BRASIL, 2022a). O financiamento do CBAF é estabelecido em legislação e conta com a participação dos três entes federados. Apesar da previsão de recursos, a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais na APS é observada no Brasil, bem como a insuficiência de recursos (ÁLVARES *et al.*, 2017; FALEIROS *et al.*, 2017).

A baixa disponibilidade de medicamentos essenciais é um desafio que pode ser resultante de diversos motivos, como problemas em processos de compras, problemas de produção ou demais que afetem a oferta de medicamentos. Porém, este desafio nunca será superado em um cenário de subfinanciamento (ÁLVARES *et al.*, 2017; FALEIROS *et al.*, 2017).

Assim, estudos longitudinais sobre a disponibilidade de medicamentos na APS são importantes para melhorar a compreensão sobre os fatores que influenciam o abastecimento e a garantia da uma saúde integral (ROCHA *et al.*, 2021).

Considerando a disponibilidade como um relevante componente do acesso, o município de Belo Horizonte tem como meta em seu PMS o abastecimento dos medicamentos em suas farmácias, desde 2014, em seu PMS (NASCIMENTO *et al.*, 2017; BELO HORIZONTE, 2014; 2018a).

Para o alcance desta meta, e para a viabilidade de qualquer política de Estado, é necessário um financiamento sustentável e condizente com a necessidade da população (FALEIROS *et al.*, 2017). Dessa forma, o presente estudo busca investigar a relação entre o financiamento do CBAF e a disponibilidade de medicamentos presentes na APS no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 *Objetivo geral***

Avaliar a relação entre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e a disponibilidade de medicamentos no município de Belo Horizonte, no período de 2018 a 2020.

### **4.2 *Objetivos específicos***

- a) Identificar os recursos de financiamento do CBAF previstos nas normas vigentes para o município no período estudado;
- b) levantar os recursos utilizados pelo município com itens do CBAF e se há déficit no financiamento do componente, no período estudado;
- c) avaliar participação financeira de cada ente federado no financiamento do CBAF, com base nos gastos municipais realizados no período de 2018 a 2020 e estimar o valor por habitante que atenderia a estes gastos, em cada ano;
- d) analisar a disponibilidade de medicamentos do CBAF do município no período de 2018 a 2020.

## 5 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa longitudinal que tem por finalidade avaliar o financiamento do CBAF e a disponibilidade de medicamentos para a população no município de Belo Horizonte nos anos de 2018 a 2020.

Os itens álcool etílico 70% gel, solução gel lubrificante, glutaral, hipoclorito de sódio solução: 10 mg/mL (1%) e 25 mg/mL (2,5%), iodo + iodeto de potássio, preservativo feminino e preservativo masculino fazem parte do Anexo IV da RENAME, porém não foram considerados na apuração dos custos e disponibilidade porque possuem formas de acessos diversas nos serviços de saúde municipais, não sendo disponibilizados nas farmácias locais da APS.

Não foram considerados os recursos extraordinários, emendas parlamentares ou outros recursos recebidos no período que porventura tenha sido utilizado para o financiamento da AF municipal, com análise restrita apenas aos valores previstos ao CBAF no período.

Para avaliação dos recursos em cada ano, os valores previstos e aplicados em 2018 e 2019 foram corrigidos para 2020 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

### **5.1 Recursos para o financiamento dos medicamentos do CBAF previstos nas normas vigentes**

A identificação dos recursos destinados ao financiamento do CBAF de responsabilidade da união, para cada ano, foi realizada por meio de consulta aos relatórios de transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao FMS, disponíveis no sítio eletrônico do FNS.

Para levantamento dos valores de financiamento referentes à competência estadual, primeiramente foi levantada qual a maior população estimada pelo IBGE entre os anos de 2009, 2011, 2016 ou 2019, conforme previsto na Portaria de Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a), encontrando-se os resultados apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1: População de Belo Horizonte estimada pelo IBGE nos anos de 2009, 2011, 2016 e 2019.**

<b>Ano</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2016</b>	<b>2019</b>
População	2.452.617	2.385.640	2.513.451	2.512.070

Fonte: Adaptado de Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022a).

Observa-se que o município de Belo Horizonte teve retração populacional entre os anos de 2016 e 2019. Assim, tomou-se para base de cálculo dos recursos dos entes estadual e municipal, a população IBGE do ano de 2016, que foi a maior do período. À população encontrada, foi multiplicado o valor de R\$ 3,35, previsto como valor de repasse estadual vigente durante período estudado.

Não foram utilizados os recursos efetivamente transferidos pela Secretaria Estadual de Saúde, pois verificou-se que, dentro do período analisado, houve um encontro de contas entre estado e município, envolvendo recursos da AF. Contudo, destaca-se que os recursos previstos no encontro de contas estão com consonância com as previsões de repasse para financiamento do CBAF pelo ente estadual.

Os valores municipais, foram estimados utilizando a mesma base populacional utilizada nos cálculos dos valores de repasse estadual, multiplicadas por R\$ 2,36 por habitante/ano.

## **5.2 Avaliação dos recursos utilizados pelo município com itens do CBAF e se há existência de déficit no financiamento do componente, no período estudado**

Os recursos utilizados pelo município na aquisição de itens do CBAF foram levantados por meio de consulta a sistema informatizado, chamado SIGMED, utilizado pela Gerência de Assistência Farmacêutica do município de Belo Horizonte, nos anos de 2018 a 2020.

O sistema SIGMED, fonte de obtenção dos valores gastos com itens do CBAF, contém o registro de todos os itens adquiridos pela Gerência de Assistência Farmacêutica, as quantidades solicitadas, valores unitários, datas dos pedidos e das entregas realizadas, fontes orçamentárias, número do empenho e respectivos valores, dados dos fornecedores, processos de pagamento e tempo de atraso das entregas.

Foram considerados na apuração dos recursos alocados apenas os valores dos itens que compõem os anexos I e IV da RENAME, entregues dentro de cada ano analisado. Os demais itens adquiridos não foram considerados no levantamento por não fazerem parte do financiamento previsto do CBAF. A relação dos itens entregues em cada ano, avaliados no levantamento dos recursos, estão descritos no ANEXO A.

A avaliação sobre existência de déficit no financiamento do CBAF no município foi apurada considerando a diferença entre o valor total executado dos medicamentos e insumos dos anexos I e IV da RENAME entregues em cada ano, e os valores totais para o financiamento do CBAF previstos na norma vigente.

Além disso, os valores previstos e aplicados em 2018 e 2019 foram corrigidos para 2020 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

### ***5.3 Avaliação da participação financeira de cada ente federado no financiamento do CBAF, com base nos gastos municipais no período de 2018 a 2020 e estimativa do valor por habitante que atenderia a estes gastos, em cada ano.***

A avaliação da participação financeira dos entes no financiamento do CBAF foi realizada calculando a participação percentual dos valores repassados pelo estado e pela União frente ao valor apurado para aquisição de itens do CBAF, em cada ano.

A participação municipal foi considerada como a diferença entre os aportes do estado e da União do valor total apurado para aquisição de itens do CBAF entre 2018 e 2020.

Para cálculo do valor por habitante que seria necessário para financiamento dos itens do CBAF adquiridos pelo município em cada ano, foi dividido do valor total estimado dos gastos municipais pelo número de habitantes, conforme dados do IBGE de 2016.

### ***5.4 Análise da disponibilidade de medicamentos do CBAF do município no período de 2018 a 2020***

Devido ao dinamismo dos estoques de medicamentos no almoxarifado e nas farmácias municipais, a disponibilidade foi entendida como a presença nos estoques das farmácias da APS, de medicamentos e insumos padronizados na REMUME, que

estão nos Anexos I e IV da RENAME. Para esta análise, foram excluídos medicamentos da REMUME que não fazem parte do CBAF.

Para apuração da disponibilidade, foram consultados relatórios do sistema informatizado SISREDE, com a posição dos estoques das 152 farmácias da APS, no último dia útil do mês de junho de cada ano avaliado.

Foi escolhido como parâmetro de avaliação da disponibilidade, verificação dos estoques no último dia útil do mês de junho de cada ano por motivos de viabilidade de tratamento dos dados.

Foi considerado como disponível o medicamento ou insumo que possuir estoque na farmácia local em quantidade igual ou superior a dois dias de consumo, conforme consumo médio mensal previsto para o medicamento na farmácia local. A Tabela 2 mostra um exemplo da situação do abastecimento dos itens, conforme quantidade disponível no estoque local e consumo mensal previsto.

**Tabela 2: Situação de abastecimento de medicamentos.**

<b>Medicamento</b>	<b>Forma farmacêutica</b>	<b>Consumo mensal</b>	<b>Estoque local</b>	<b>Situação do abastecimento</b>
Enalapril 20 mg	Comprimido (cp)	300 cp	20 cp	Disponível (estoque corresponde a 2 dias de consumo)
Ibuprofeno 600 mg	Comprimido (cp)	300 cp	10 cp	Zerado (estoque corresponde a 1 dia de consumo)

Fonte: Elaborada pela autora.

Além dos dados sobre a posição do estoque, os dados sobre o consumo mensal, utilizados para avaliação da disponibilidade, também foram extraídos do SISREDE, correspondendo ao consumo médio mensal registrado no sistema na época correspondente.

Avaliando, do número total de medicamentos que possuem consumo registrado nas farmácias, e, subtraindo aqueles que estão zerados, foi feita a medida percentual da disponibilidade.

$$\text{Disponibilidade farmácia APS} = \frac{A - B}{A} \times 100$$

Sendo:

- A: o número total de medicamentos e insumos do CBAF que possuem previsão de estoque nas farmácias;
- B: o número de medicamentos e insumos do CBAF que possuem previsão de estoque nas farmácias, mas estão zerados.

A disponibilidade geral da APS foi calculada realizando a média das disponibilidades apuradas nas 152 farmácias.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Recursos destinados para o financiamento do CBAF previstos nas normas vigentes no período

Considerando os valores de financiamento previstos nas normativas que versam sobre o financiamento para o estado e município, bem como os repasses pela União, os recursos disponíveis no município para o financiamento dos medicamentos da CBAF nos anos de 2018 a 2020 estão apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3: Contrapartidas previstas para o financiamento do CBAF no município de Belo Horizonte nos anos de 2018 a 2020.**

Ano	Município	Estado	União	Total
2018	R\$ 6.476.377,90	R\$ 9.193.163,55	R\$ 15.312.791,86	R\$ 30.982.333,31
2019	R\$ 6.271.008,25	R\$ 8.901.643,07	R\$ 14.886.289,89	R\$ 30.058.941,21
2020	R\$ 5.931.744,36	R\$ 8.420.060,85	R\$ 14.695.609,44	R\$ 29.047.414,65

Fonte: Elaborada pela autora.

### 6.2 Recursos utilizados pelo município com os medicamentos do CBAF e a avaliação da existência de déficit no financiamento do período

Os recursos aplicados pelo município com medicamentos e insumos do CBAF nos anos de 2018 a 2020, bem como a apuração do déficit frente aos valores de contrapartida disponíveis encontram-se na Tabela 4.

**Tabela 4: Recursos utilizados com medicamentos e insumos do CBAF no município de Belo Horizonte nos anos de 2018 a 2020.**

Ano	Valores alocados	Valores previstos	Apuração déficit
2018	R\$ 43.510.905,68	R\$ 30.982.333,31	R\$ 12.528.572,37
2019	R\$ 49.900.655,03	R\$ 30.058.941,21	R\$ 19.841.713,82
2020	R\$ 50.993.622,21	R\$ 29.047.414,65	R\$ 21.946.207,56

Fonte: Elaborada pela autora.

Considerando os valores dos medicamentos e insumos do CBAF adquiridos em cada ano, bem como os valores estabelecidos para este financiamento, foi apurada a necessidade de alocação de recursos municipais superiores aos previstos na legislação.

**6.3 Avaliação da participação de cada ente federado no financiamento do CBAF, com base nos gastos municipais necessários no período de 2018 a 2020 e estimativa do valor por habitante que atenderia a estes gastos em cada ano**

A participação financeira dos entes no financiamento do CBAF frente ao valor necessário para aquisição desses itens pelo município em cada ano, está descrita na Tabela 5.

**Tabela 5: Participação financeira dos entes no financiamento do CBAF nos anos de 2018 a 2020.**

	<b>Ente</b>	<b>Recurso aplicado</b>	<b>Percentual de financiamento</b>
<b>2018</b>	Município	R\$ 19.004.950,27	43,7%
	Estado	R\$ 9.193.163,55	21,1%
	União	R\$ 15.312.791,86	35,2%
	<b>Total</b>	<b>R\$ 43.510.905,68</b>	<b>100%</b>
<b>2019</b>	<b>Ente</b>	<b>Recurso aplicado</b>	<b>Percentual de financiamento</b>
	Município	R\$ 26.112.722,07	52,3%
	Estado	R\$ 8.901.643,07	17,8%
	União	R\$ 14.886.289,89	29,8%
	<b>Total</b>	<b>R\$ 49.900.655,03</b>	<b>100%</b>
<b>2020</b>	<b>Ente</b>	<b>Recurso aplicado</b>	<b>Percentual de financiamento</b>
	Município	R\$ 27.869.873,01	54,7%
	Estado	R\$ 8.420.060,85	16,5%
	União	R\$ 14.703.688,35	28,8%
	<b>Total</b>	<b>R\$ 50.993.622,21</b>	<b>100%</b>

O valor por habitante, necessário para financiamento do CBAF em cada ano no município, conforme gastos apurados, está descrito na Tabela 6.

**Tabela 6: Valores necessários para financiamento do CBAF, por habitante, conforme valores gastos em cada ano, no município de Belo Horizonte.**

<b>Ano</b>	<b>Valor necessário</b>
2018	R\$ 17,31
2019	R\$ 19,85
2020	R\$ 20,29

Fonte: Elaborada pela autora.

Considerando os valores atuais previstos nas normativas relacionadas ao financiamento do CBAF para o município, observa-se uma participação de cada ente de aproximadamente 20% de financiamento municipal, 29% estadual e 51% federal.

Aplicando estes percentuais nos valores por habitante que foram encontrados na Tabela 7, propõe-se os seguintes valores para financiamento do CBAF no período para cada ente.

**Tabela 7: Valores devidos a cada ente para aquisição de medicamentos do CBAF no município nos anos de 2018 a 2020.**

<b>Ano</b>	<b>Município</b>	<b>Estado</b>	<b>União</b>	<b>Total</b>
2018	R\$ 3,46	R\$ 5,02	R\$ 8,83	R\$ 17,31
2019	R\$ 3,97	R\$ 5,76	R\$ 10,13	R\$ 19,85
2020	R\$ 4,06	R\$ 5,88	R\$ 10,35	R\$ 20,29

Fonte: Elaborada pela autora.

#### **6.4 Análise da disponibilidade de medicamentos do CBAF no município no período de 2018 a 2020**

A disponibilidade dos medicamentos do CBAF nas farmácias da APS no município está descrita na Tabela 8.

**Tabela 8: Disponibilidade de medicamentos no município de Belo Horizonte nos anos de 2018 a 2020 e recursos aplicados**

<b>Ano</b>	<b>Valor médio</b>
2018	88,71%
2019	94,01%
2020	92,22%

Fonte: Elaborada pela autora.

## 7 DISCUSSÃO

### **7.1 Recursos destinados para o financiamento do CBAF previstos nas normas vigentes**

O recurso destinado para o financiamento do CBAF é composto pelas contribuições dos governos federal, estadual e municipal. Conforme proposto nas normas nacionais e estaduais sobre o financiamento do CBAF, a participação dos entes é estabelecida de forma a manter uma maior contribuição da União, seguida pela participação do estado e dos municípios.

Os repasses federais apresentaram um aumento do valor entre os anos de 2019 e 2020, resultante do reajuste proposto em dezembro de 2019, por meio da Portaria n. 3.193, que atualizou os valores estabelecidos na Portaria de Consolidação n. 6/2017. Essa atualização incluiu o IDMH como critério no repasse de recursos, representando ao município objeto do estudo uma mudança do valor per capita da contrapartida da união de R\$ 5,58 ao ano, para R\$ 5,85 (BRASIL, 2017a). Com a atualização, o valor de repasse da época foi de R\$ 14.025.056,61 em 2018, R\$ 14.080.936,04 em 2019 e R\$ 14.695.609,44 em 2020. A Tabela 3 demonstra os valores de 2018 e 2019 corrigidos pelo IPCA de 2020, evidenciando que o reajuste não aumentou o financiamento na prática, com uma desvalorização dos recursos destinados do componente.

O IDHM é um indicador de desenvolvimento humano que considera três componentes, longevidade, educação e renda, e varia entre o 0 e o 1. Quanto mais próximo de 1 for o IDHM do município, maior seu desenvolvimento humano (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2013). Assim, a inclusão do IDHM nos repasses federais busca incluir um critério de equidade na alocação dos recursos, repassando maiores quantias aos municípios com pior desenvolvimento (BRASIL, 2019d).

Nos anos de 2018 e 2019, o recurso referente à União para financiamento do CBAF seria o mesmo, considerando o valor de R\$ 5,58, multiplicado pela população do IBGE de 2016, e representaria um total de R\$ 14.025.056,58. O valor transferido ao fundo municipal de saúde em 2018 e 2019 foi de R\$ 14.025.056,61 e R\$ 14.080.936,04 respectivamente. Com a correção do IPCA 2020, observamos que os valores foram

reduzindo de forma progressiva. Em 2020, mudando a métrica dos valores por habitante ao ano, com um aumento de R\$ 0,27 centavos, o recurso federal deveria corresponder a R\$ 14.703.688,35 e o valor transferido no período foi de R\$ 14.695.609,44. Assim, os valores transferidos e os previstos na legislação foram muito semelhantes. Não foram localizados motivos para divergência de valores entre os anos de 2018 e 2019. E os valores transferidos em 2020 foram economicamente inferiores aos recursos dos anos anteriores, evidenciando o impacto da inflação na capacidade de aquisição pelo município.

Para análise da contrapartida estadual, foi utilizado o parâmetro da norma de financiamento vigente e não os repasses efetivamente realizados ao município, pois durante o período estudado, o município e o estado realizaram um encontro de contas, envolvendo, entre outros, recursos do CBAF. O encontro de contas é uma contabilização de transações sem efetivo fluxo de caixa, bem como da análise de suas implicações contábeis e fiscais para compensação entre ativos e passivos entre os entes (BRASIL, 2019c). Dessa forma, atribuiu-se os valores da contrapartida estadual, às definições previstas nas normas sobre o financiamento estadual. Contudo, destaca-se que os valores previstos no encontro de contas estão de acordo com os valores previstos para financiamento estadual do CBAF.

Minas Gerais, mesmo com contrapartidas superiores aos estabelecidos na Portaria de Consolidação n. 6/2017 para o financiamento do CBAF, não apresentou reajustes durante os três anos estudados. Destaca-se que em 2011, a contrapartida estabelecida aos municípios mineiros era de R\$ 3,00 por habitante/ano, já acima dos R\$ 2,36 previstos na legislação. Após mais de 10 anos, o valor do repasse estadual está atualizado em R\$ 0,35 do valor anterior, com um reajuste inferior a 12 % em 11 anos.

Uma vez que não houve alteração dos valores previstos para o financiamento do CBAF no período avaliado, tampouco da base populacional, encontrou-se o mesmo valor de repasse estadual nos três anos avaliados. Contudo, aplicando o IPCA dos valores previstos em cada ano, a redução da capacidade de financiamento foi crescente ao longo do período, passando de R\$ 9.193.163,55 em 2018 para R\$ 8.420.060,85 em 2020.

## **7.2 Recursos utilizados pelo município com os medicamentos do CBAF e a avaliação da existência de déficit no financiamento do período**

Avaliando os valores dos medicamentos e insumos do CBAF entregues em cada ano, frente aos recursos pactuados, foi verificado a insuficiência do financiamento previsto nas normas vigentes para o CBAF no município em todos os anos analisados.

Aquisição de medicamentos e insumos do CBAF realizada pelo município no período exigiu recursos superiores aos previstos gerando um déficit crescente nos anos. Em 2018, o déficit encontrado de R\$ 12.528.572,37 representou 40,4% do valor total previsto ao financiamento do CBAF no município. Em 2019, esse déficit foi para R\$ 19.841.713,82, sendo 66% do valor total previsto e, em 2020, o déficit representou 75,6% do valor pactuado, chegando a um custo incremental direcionado à gestão municipal de R\$ 21.946.207,53.

Destaca-se que a análise se limitou aos gastos municipais com medicamentos e insumos do CBAF que são distribuídos nas farmácias municipais. Cabendo ao município financiar todos os outros medicamentos e insumos que não constam nos Anexos 1 e 4 da RENAME. Além disso, alguns itens da Relação Nacional de Insumos, passíveis de financiamento tripartite, não entraram na avaliação financeira. Assim, estima-se que os gastos realizados com itens do CBAF possam ser superiores aos valores encontrados.

No período de 2018 a 2020, os recursos necessários para aquisição de medicamentos do CBAF foram crescentes, passando de R\$ 43.510.905,98 para R\$ 50.993.622,21. Esse aumento representou um crescimento de aproximadamente 17,2% no período, demonstrando a urgência na atualização de valores ao CBAF com vistas a sustentabilidade do acesso a medicamentos nas farmácias públicas da APS.

A necessidade de recursos superiores ao financiamento previsto fragiliza a garantia da disponibilidade de medicamentos uma vez que esta depende do aporte de recursos municipais extras, que muitas vezes podem não estar disponível. Esse resultado pode estar relacionado ao achado de Faleiros *et al.* (2017), que identificaram a influência do PFPB na aquisição de medicamentos realizadas pelos municípios.

A opção de gestores em não investirem recursos em medicamentos fornecidos pelo PFPB é sintomática frente ao subfinanciamento do CBAF. Mattos *et al.* (2019) também

identificaram, por meio de gestores de esferas subnacionais do SUS, a não aquisição de medicamentos disponibilizados no PFPB devido a insuficiência de recursos, bem como a aplicação por parte dos municípios de valores superiores à sua contrapartida pactuada para evitar o desabastecimento de medicamentos nas farmácias públicas da APS.

Avaliando os gastos com medicamentos pela Secretaria Municipal de Saúde no SIOPS, verifica-se que do total de recursos gastos, o município aplicou 59,6% com medicamentos do CBAF em 2018, 55,2% em 2019 e 54,6% em 2020. Esses dados demonstram que os custos com medicamentos foram ainda maiores que os demonstrados no estudo, podendo se relacionar a itens não previstos no componente, bem como itens padronizados na REMUME que são de outros componentes da RENAME ou até mesmo sem fluxo no SUS.

A participação do setor privado é levantada como opção sob a égide de melhor capacidade de inovação, eficiência e redução da sobrecarga dos serviços públicos (GARCIA; GUERRA; ACÚRCIO, 2017). Contudo, observa-se que é possível o alcance da eficiência, em termos de disponibilidade, qualidade do uso dos medicamentos, de forma economicamente favorável em farmácias do SUS, desde que haja recursos adequados para investimentos (GARCIA; GUERRA; ACÚRCIO, 2017).

A falta de atualização dos valores de custeio do CBAF, que deveria acompanhar a crescente da demanda de medicamentos e as atualizações previstas dos preços de medicamentos (MATTOS *et al.*, 2019), vão de encontro com os altos valores de déficit encontrados e pressionam os municípios a comprometerem recursos e o acesso a medicamentos na APS.

### **7.3 Participação financeira de cada ente federado no financiamento do CBAF, com base nos gastos municipais necessários no período de 2018 a 2020 e estimativa do valor por habitante que atenderia a estes gastos, em cada ano**

O financiamento do CBAF, definido para ter composição tripartite, tem, conforme a Portaria n6/2017, a participação majoritária da União. Mas o que se observa na prática é a sustentação do abastecimento pelo município, sendo este o elo mais fraco da divisão tributária (SALDIVA; VERAS, 2018).

Avaliando os valores dos itens do CBAF adquiridos pelo município em cada ano, a contrapartida municipal chega a representar 44% de todo valor necessário em 2018, e, em 2019 e 2020, tem uma representação superior a 50% de todo financiamento, sendo de 52,3% e 54,7% respectivamente. Por sua vez, as participações dos entes estadual e federal, apresentaram percentuais bem menores ao pactuado na legislação, com declínio de ambas as participações no período. Destaca-se nesse sentido, a defasagem dos valores para custeio do CBAF, em especial do gestor federal, que deveria ser responsável por mais de 50% do financiamento (FALEIROS *et al.*, 2017).

Problemas no financiamento do CBAF não são recentes, especialmente por parte da União. A avaliação de gastos do MS com medicamentos do CBAF, CEAF e o CESAF no período entre 2010 e 2016, mostraram um crescimento médio de 21%. Entretanto, se avaliados separadamente, o CBAF foi o único que apresentou queda nos investimentos (BERMUDEZ *et al.*, 2018).

Em relação ao aumento do valor do repasse em 2020 pelo governo federal pela aplicação do IDHM na alocação de recursos, observa-se que, com a inflação do período, o valor aplicado na prática ficou menor que nos anos de 2018 e 2019, como mostrado na Tabela 3. Os achados demonstram uma redução dos recursos da União para o financiamento de medicamentos do CBAF, que, considerando os valores gastos pelo município, passou de 35,2% em 2018 para 28,8% em 2020. De forma semelhante, os gastos com medicamentos em 2020 pelo MS em relação à função saúde foi a menor em comparação aos anos anteriores, passando de 20,3 bilhões em 2019 para 19,8 bilhões em 2020 (INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS, 2021).

Da mesma forma os recursos estaduais que, em Minas Gerais são superiores em quase R\$ 1,00 por pessoa ao ano ao estabelecido pela Portaria de Consolidação n. 6/2017, demonstraram ser muito inferiores a uma participação harmônica neste financiamento, com redução de sua participação de 21,1% em 2018 para 16,5% em 2020.

Sobre o orçamento do CBAF no que tange a União, é importante incluir que a competência da União vai além dos recursos financeiros repassados ao município,

uma vez que fazem parte dele os medicamentos adquiridos diretamente pelo MS, o PFPB, e também o Qualifar-SUS com seus 4 eixos.

A constatação observada no financiamento do CBAF no município de Belo Horizonte também é verificada para o financiamento das demais ações e serviços públicos em saúde, em que a insuficiência do financiamento federal vem pressionando, especialmente os municípios, a alocarem parcelas cada vez maiores do produto das respectivas arrecadações (PEREIRA; FALEIROS, 2022).

Como consequência do maior aporte de recursos municipais, o valor por habitante em cada ano apurado foi superior ao estabelecido. Tomando por base os valores pactuados de financiamento do CBAF ao ano, em 2018 e 2019 o valor per capita para Belo Horizonte era de R\$ 11,29, passando para R\$ 11,56 em dezembro de 2019. Avaliando os recursos aplicados, o valor necessário por habitante/ano para aquisição de itens do CBAF seria de R\$ 17,31 em 2018, R\$ 19,85 em 2019 e R\$ 20,29 em 2020, com uma necessidade de evolução dos valores de 16% no período.

Aportes superiores aos estabelecidos na legislação, com sobrecarga de municípios no fornecimento de medicamentos da APS foi verificada anteriormente no estado de Minas Gerais. Estudo que analisou o valor financeiro aplicado por habitante/ano em municípios brasileiros para aquisição de medicamentos do CBAF entre junho de 2013 a junho de 2014, apurou que 73% dos municípios avaliados aplicaram valores inferiores ao mínimo estabelecido e municípios da região sudeste aplicaram em média um valor por habitante maior (PONTES *et al.*, 2017).

A insuficiência de recursos para o CBAF vem sendo apontada em estudos, mas não foram localizados estudos indicando valores gastos por habitante/ano nos municípios que permitam uma avaliação da dimensão do déficit atual. Assim, os resultados apurados, avaliados em uma perspectiva temporal, buscam auxiliar essa reflexão.

Deve ser lembrado que para execução de uma assistência farmacêutica efetiva na APS são necessários outros investimentos para além da aquisição de medicamentos como estrutura, organização dos processos e educação continuada dos envolvidos em todas as etapas do processo (ROCHA *et al.*, 2021). A exaustão de recursos para a aquisição de medicamentos do CBAF impede a realização desses investimentos em

muitos municípios, afetando a qualidade dos serviços ofertados (BARBOSA *et al.*, 2017).

Além da verificação dos recursos por habitante em cada ano conforme gasto realizado, buscando uma participação mais equilibrada no financiamento do CBAF, foram apurados os recursos devidos a cada ente, considerando as participações percentuais conforme contrapartidas previstas na legislação. Estado e o governo federal, se apresentam com participações em cada ano menores no financiamento do CBAF, à medida que são ampliados os investimentos municipais, configurando uma inversão do custeio do componente.

A observação dos valores proporcionais devidos a cada ente, evidenciam a defasagem dos recursos atuais, emergindo a discussão sobre a sustentação do CBAF, em que se faz necessária a atualização dos valores com melhor divisão do financiamento entre todos os entes envolvidos.

#### **7.4 Disponibilidade de medicamentos do município e sua relação com os recursos previstos para o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no período de 2018 a 2020**

Observando a disponibilidade de medicamentos medida nos três anos nas farmácias da APS, como consta na Tabela 8, o município teve um abastecimento de itens do CBAF muito superior às médias encontradas no estado de Minas Gerais, de 61% (BARBOSA *et al.*, 2021), e no país, de 52,9% (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

O abastecimento apurado nos anos de 2018, 2019 e 2020, de 88,7%, 94,0% e 92,2% respectivamente, também foi superior aos valores encontrados em estudo que mediu a forma de obtenção de medicamento por usuários nas farmácias privadas (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

As disponibilidades identificadas no estudo, superiores aos achados na literatura, demonstram que é possível superar este que vem sendo um importante desafio do acesso a medicamentos essenciais (ÁLVARES *et al.*, 2017). Contudo, os dados também demonstram a necessidade de investimentos adequados para isso.

O abastecimento encontrado nas farmácias da APS no período pode ser explicado pela presença no PMS de meta específica sobre o abastecimento de medicamentos

nas farmácias municipais de 93%. Essa meta considera o abastecimento de todos os medicamentos padronizados na REMUME, com consumo na APS. Assim, incluem os medicamentos que constam ou não nos Anexos 1 e 4 da RENAME. O desempenho do município sobre essa meta do PMS pode ser verificado no Relatório Anual de Gestão (RAG) do município de 2020 (BELO HORIZONTE, 2020b) em que o município apresentou um abastecimento de 90,15% em 2018, 94,00% em 2019 e 97,5% em 2020. Esses valores correspondem ao abastecimento no último dia útil do ano de medicamentos nas farmácias municipais da APS, não se restringindo apenas ao elenco do CBAF e se assemelham aos resultados encontrados no estudo, no que tange ao elenco do CBAF (BELO HORIZONTE, 2020b). Apesar de serem medidas de um único dia de cada ano, a manutenção do alto abastecimento de medicamentos durante todo ano também pode ser constatada nos anos de 2018 e 2019, em que o abastecimento de medicamentos nas farmácias da APS foi superior a 90% durante a maior parte dos meses (BELO HORIZONTE, 2019c; 2018e).

Observando os dados de abastecimento de medicamentos nas farmácias da APS em 2017, observa-se um padrão diferente, com medidas de abastecimento variando durante os meses do ano de 74,7% a 88,9% (BELO HORIZONTE, 2017a). Em consonância com o aumento do abastecimento nos anos de 2018 a 2020, foi apurado uma redução da reclamação dos usuários nos relatórios da ouvidoria do município. Durante o ano de 2019, houve uma redução de 35,87% nas reclamações sobre falta de medicamentos direcionados a ouvidoria, em relação a 2018. No ano de 2020, permanece a tendência de declínio do número de demandas sobre falta de medicamentos direcionados à ouvidoria do município, alcançando 25,21% do total de demandas de 2019 (BELO HORIZONTE, 2020b). Em 2021, houve um crescimento de 26,77% nas reclamações de falta de medicamento, em relação a 2020 (BELO HORIZONTE, 2021b).

É importante destacar o acompanhamento do CMS por meio da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica. No município, o direcionamento das prioridades da gestão conforme demandas da sociedade depende de um controle social atuante e participativo uma vez que as metas do PMS são definidas conforme propostas votadas na Conferência Municipal de Saúde (BELO HORIZONTE, 2018d).

Sobre o abastecimento dos medicamentos do CBAF nos anos de 2018 a 2020, e os gastos envolvidos, nota-se que 2019 apresentou o maior percentual de abastecimento do período, de 94%. Entretanto, o ano de 2020, mesmo com um abastecimento menor que 2019, de 92%, teve um gasto superior com medicamentos e insumos do CBAF.

O aumento dos valores alocados com medicamentos ao longo do tempo observado no estudo é esperado entre outros, pelo aumento anual dos preços dos medicamentos (DIAS; SANTOS; PINTO, 2019). Esse reajuste anual fundamenta-se por meio da adoção de uma política de controle sobre os preços estabelecida na Lei n. 10.742/2003, que também cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), responsável pela regulação econômica do mercado de medicamentos no país (BRASIL, 2003). A CMED estabelece os critérios para a definição e o ajuste de preços, e valores referenciais como o Preço de Fábrica, o Preço Máximo ao Consumidor e o Coeficiente de Adequação de Preço (BRASIL, 2018c).

A princípio, a política de regulação dos preços foi pensada como forma de proteção do consumidor direto, e enquanto fornecedor de medicamentos gratuitos, para reduzir o impacto de gastos com medicamentos sobre as contas públicas (DIAS; SANTOS; PINTO, 2019). Contudo, atualmente os preços máximos de medicamentos definidos pela CMED não refletem a realidade do mercado e podem respaldar aumentos abusivos dos preços (DIAS; SANTOS; PINTO, 2019). Para evitar então aquisições antieconômicas pelos serviços públicos, o TCU se posicionou categoricamente sobre a impossibilidade de utilização da tabela de valores da CMED como parâmetros de preços de referência em processos licitatórios (BRASIL, 2018c).

Diferentemente do preço dos medicamentos, que consideram em seus cálculos de reajustes, a inflação medida pela variação percentual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), a produtividade da indústria farmacêutica nacional e outros fatores (BRASIL, 2021b), o financiamento do CBAF não apresenta os mesmos reajustes atrelados a economia, e, o abastecimento de medicamentos na APS fica vulnerável à capacidade financeira dos municípios.

Outro agravante sobre essa perspectiva é a liberação de preço de medicamentos com risco de desabastecimento no mercado. Os impactos na logística de importação após a pandemia da COVID-19, os conflitos entre Rússia e Ucrânia, mudanças no padrão

de consumo, entre outras causas estão impactando na disponibilidade de produtos, Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) e componentes para a fabricação de medicamentos (ex. embalagens) (BEZERRA, 2022). A baixa disponibilidade dos produtos, leva a elevação dos preços, muitas vezes ficando superiores aos valores estabelecidos pela CMED. Medicamentos com valores acima da CMED não podem ser adquiridos pela administração pública (BRASIL, 2018c), podendo assim, serviços públicos de saúde ficarem desabastecidos devido à extrapolação dos valores estabelecidos pela CMED.

Frente a este cenário, a CMED publicou a Resolução n. 7/2022, que dispõe sobre a liberação dos critérios de estabelecimento ou de ajuste de preços de medicamentos com risco de desabastecimento no mercado brasileiro. Os medicamentos liberados por esta resolução, injetáveis e utilizados em grande parte em ambientes hospitalares, inclui também a dipirona, solução injetável, que compõe o CBAF (BRASIL, 2022f). O aumento do valor deste medicamento, também usado em unidades de saúde da APS, projeta um impactando no déficit de recursos do CBAF ainda maior em 2023.

Medicamentos são tecnologias fundamentais no contexto da saúde para prevenir e tratar doenças de alta prevalência, em especial no Brasil, em que o fornecimento pelo SUS algumas vezes é a única forma de acesso para famílias de baixa renda (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Em que pese a importância desse acesso em farmácias públicas na APS o que se observa é uma baixa disponibilidade de medicamentos essenciais (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Para alterar essa realidade, investimentos condizentes com os gastos são imperativos, de forma que a o acesso a medicamentos essenciais na APS não fique subordinado a capacidade financeira de municípios.

Este estudo traz um caráter inovador uma vez que disponibiliza dados do abastecimento e investimentos realizados, permitindo mensurar de forma objetiva o déficit do financiamento do CBAF, bem como a necessidade de atualização dos valores das contrapartidas.

### **7.5 Limitações do estudo**

Para apuração dos dados de abastecimento, foi verificada a posição de estoque dos medicamentos nas Farmácias da APS em apenas um dia, podendo essa medida não refletir o abastecimento dos itens do CBAF ao longo do ano. Contudo, por meio dos

relatórios anuais de gestão do período estudado, observa-se um percentual de disponibilidade muito semelhante aos achados deste estudo.

O período analisado inclui, no ano de 2020, parte do período de pandemia da COVID-19, que causou grande pressão assistencial nos serviços de saúde com interferências na disponibilidade e preços dos medicamentos.

Outro ponto de atenção é a apuração do abastecimento por meio de verificação do sistema pode resultar em uma aferição equivocada caso o estoque físico e o virtual estejam em desacordo. Contudo, considerando que todas as farmácias da APS possuem rotina de contagem quinzenal para apuração de divergências, com medidas de acurácia acompanhadas pela gestão dos serviços, e, a apuração do abastecimento apenas de estoques superiores ou iguais a dois dias de consumo, estima-se reduzir estes problemas.

Apesar do alto abastecimento, os tipos de medicamentos em falta e motivos relacionados não foram avaliados nesse estudo, podendo o alto abastecimento não contemplar alguns medicamentos críticos à assistência à saúde.

## 8 CONCLUSÃO

Os recursos previstos para o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica foram insuficientes para aquisição de medicamentos no município de Belo Horizonte nos três anos avaliados, representando um fator de risco importante para a disponibilidade de medicamentos nas farmácias públicas no âmbito da APS.

Os recursos alocados pelo município na aquisição de medicamentos e insumos do CBAF no período foram superiores aos atualmente pactuados, evidenciados pela existência de um déficit crescente nos três anos avaliados, suprimidos com recursos municipais. As participações dos entes estadual e federal foram proporcionalmente inferiores, sendo reduzidas a cada ano com aumento da participação do ente municipal e com o comprometimento inflacionário.

Os gastos com medicamentos e insumos do CBAF foram crescentes no período, ressaltando a necessidade de reajustes anuais nos valores previstos para este financiamento. Avaliando os recursos aplicados por habitante, verificou-se uma defasagem dos valores atuais, com realce sobre a necessidade de adequação dos valores de contrapartida de cada ente.

A disponibilidade de medicamentos no município foi de 88,71% em 2018, 94,01% em 2019 e 92,22% em 2020, superiores aos achados na literatura inclusive de farmácias privadas. Contudo, esse abastecimento não teria sido possível com aplicação dos recursos tripartite atualmente pactuados. A discrepância entre os recursos utilizados e os previstos para viabilizar a disponibilidade de medicamentos do CBAF, servem de base para reflexão sobre a fragilidade do acesso a medicamentos essenciais nos serviços públicos e sobre a sobrecarga de municípios com a manutenção do atendimento à população.

Para viabilizar a execução do CBAF no âmbito das farmácias públicas é mister a realização de reajustes dos recursos de financiamento, com previsão de atualizações anuais, conforme à dinâmica de precificação dos medicamentos, incorporação de novos medicamentos no componente e ampliação dos atendimentos que são realizados na APS. Outro ponto que deve ser avaliado é a revisão da participação dos entes com vistas a um financiamento mais equilibrado sobre itens do componente.

## REFERÊNCIAS

- ÁLVARES, J. *et al.* Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, supl. 2, p. 20s, 22 set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007139>. Acesso em: 25 mar. 2022.
- ARAÚJO, L. U.; ALBUQUERQUE, K. T.; KATO, K. C.; SILVEIRA, G. S.; MACIEL NR, SPÓSITO PA, *et al.* Medicamentos genéricos no Brasil: panorama histórico e legislação. *Revista Panamericana Salud Publica*, v. 28, n. 6, p. 480-92, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n6/480-492/pt>. Acesso em: 03 mar. 2023.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Access to health services : approaches, concepts, policies and analysis model. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/i/2012.v17n11/>. Acesso em: 25 mar. 2022.
- BARBOSA, M. M. *et al.* Infrastructure evaluation of Pharmaceutical Services in the National Health System of Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 8, p. 2475-2486, Aug. 2017.
- BARBOSA, M. M. *et al.* Strategies to improve the availability of medicines in primary health care in Brazil: Findings and implications. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, v. 10, n. 3, p. 243-253, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2217/ce-2020-0125>. Acesso em: 25 mar. 2022.
- BELO HORIZONTE. *Comissão de farmácia e terapêutica*. Belo Horizonte: PBH, 20 nov. 2020a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/assistencia-farmaceutica/comissao-de-farmacia-e-terapeutica>. Acesso em: 25 jul. 2022.
- BELO HORIZONTE. Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Relatório Final das Propostas Prioritárias*. Belo Horizonte: PBH, 26 jun. 2017b. Disponível em: [https://www.medicina.ufmg.br/osat/wp-content/uploads/sites/72/2017/06/relatorio\\_propostas\\_prioritarias\\_da\\_14%C2%AA\\_conf\\_mun\\_de\\_saude-26-06-2017.pdf](https://www.medicina.ufmg.br/osat/wp-content/uploads/sites/72/2017/06/relatorio_propostas_prioritarias_da_14%C2%AA_conf_mun_de_saude-26-06-2017.pdf). Acesso em: 18 nov. 2022.
- BELO HORIZONTE. Conselho Municipal de Saúde. *Resolução CMS/BH- 087/02*. Aprova a inclusão do município de Belo Horizonte na gestão plena do Sistema Municipal de Saúde, conforme determina a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 01/96). Belo Horizonte: CMS, 11 abr.2002. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/conselho/087-02.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2022.
- BELO HORIZONTE. Portaria SMSA/SUS-BH n. 024/2007, de 21 de dezembro de 2007. Institui normas para implantação do sistema de informatização do controle da dispensação de medicamentos nas unidades de saúde da rede municipal. *Diário Oficial do Município*, ed. 2996, 1. ed. 26 dez. 2007.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Controladoria-Geral do Município, Subcontroladoria de Ouvidoria. *Relatório de Dados Estatísticos - 2021*. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/controladoria/ouvidoria/2021.Relato%CC%81rio.%20DEF.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Controladoria-Geral do Município, Subcontroladoria de Ouvidoria. *Relatório de Dados Estatísticos - 2020*. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/controladoria/transparencia/2021/2020.relatorio.anual\\_.ouvidoria.-def.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/controladoria/transparencia/2021/2020.relatorio.anual_.ouvidoria.-def.pdf). Acesso em: 16 nov. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. *Índice de Vulnerabilidade da Saúde*. Belo Horizonte: PBH, 2013. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice\\_vulnerabilidade2012.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice_vulnerabilidade2012.pdf). Acesso em: 16 nov. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Manuais da Saúde: Manual almoxarifado e Farmácia. Belo Horizonte: PBH, 2019b. Disponível em: [http://manuaisdasaude.pbh/sisrede/Sisrede\\_manuais/Manual\\_Almoxarifado\\_Farmaciana\\_062019.htm](http://manuaisdasaude.pbh/sisrede/Sisrede_manuais/Manual_Almoxarifado_Farmaciana_062019.htm). Acesso em: 16 nov. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Belo Horizonte: PBH, 2018d. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021. Belo Horizonte: PBH, 2018a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Relatório Anual de Gestão. Belo Horizonte: PBH, 2017a. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/RAG%202017\\_1.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/RAG%202017_1.pdf). Acesso em: 16 nov. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Relatório Anual de Gestão de 2018. Belo Horizonte: PBH, 2018e. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/RAG%202018.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Relatório Anual de Gestão de 2019. Belo Horizonte: PBH, 2019c. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/rag-2019.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. *Relatório Anual de Gestão 2020*. Belo Horizonte: PBH, 2020b. Disponível em:

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/rag-2020.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Distritos Sanitários*. Belo Horizonte: PBH, 1998. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=distritos/index.html>. Acesso em: 14 nov. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Manual intrenet PBH: *Integração Sisrede X Sigbases (CADSUSWEB)*. Versão 1.0. Belo Horizonte: PBH, maio 2018c.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. *Diretrizes para a Assistência Farmacêutica Integral em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: SMSA, 2018b. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/diretrizes-assistencia-farmacautica.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Sistema de Gestão e Planejamento de Medicamento. Plano do Projeto. *Processo n. 01.025136.15.08*. Belo Horizonte: PBH, 12 ago. 2015.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017*. Belo Horizonte: SMSA, 2014. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/planejamento/PMS-2014-2017.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório detalhado do quadrimestre anterior - 2º quadrimestre de 2021*. Belo Horizonte: SMSA, 2021a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/2rdqa2021.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde na Hora chega aos centros de saúde de Belo Horizonte. *Acontece Saúde*, ed. 68, 4 set. 2019a. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2019/ACONTECE\\_SAUDE/acontece-saude-68.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2019/ACONTECE_SAUDE/acontece-saude-68.pdf). Acesso em: 8 jul. 2022.

BERMUDEZ, J. A. Z. *et al.* Pharmaceutical Services and comprehensiveness 30 years after the advent of Brazil's Unified Health System. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1937-1951, 2018.

BERMUDEZ, J. A. Z.; COSTA, J. C. S.; NORONHA, J. C. N. (Orgs.) *Desafios do acesso a medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Lives, 2020. 190p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41803>. Acesso em: 25 mar. 2022.

BEZERRA, W. F. [Ofício CONASEMS 0373/2022]. Destinatário: Marcelo-Queiroga. Ministro de Estado da Saúde. Brasília, 13 maio 2022. 1 carta.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Nota Informativa: Resolução CM-CMED nº 7, de 1º/06/2022*. Brasília: ANVISA, 20 jun. 2022f. Disponível em: <https://tinyurl.com/4vnr7r9t>. Acesso em: 1º dez. 2022.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). *Conheça a Conitec*. Brasília: MS, 26 maio 2022d. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/a-comissao/conheca-a-conitec>. Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Brasília: CONASS, 2007a. 248 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência Farmacêutica no SUS*. Brasília: CONASS, 2007b. 186p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro7.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro7.pdf). Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Controladoria Geral da União. *Relatório de avaliação do uso de Sistema de Registro de Preços nas contratações de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC)*. Brasília: Ministério da Economia, 2018b. Disponível em: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/13199.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Função e subfunção: Classificação Funcional da Despesa*. Brasília: CGU, 22 mai. 2017c. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/pagina-interna/603317-funcao-e-subfuncao>. Acesso em: 17 nov. 2022.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 28 jun. 2011a, p. 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. Decreto n. 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 22 dez. 2011b, p. 3.

BRASIL. Decreto n. 7.892, de 23 de janeiro de 2013. Regulamenta o Sistema de Registro de Preços previsto no art. 15 da Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993. *Diário Oficial da União*, 24 jan. 2013, p. 2.

BRASIL. Lei n. 10.742, de 06 de outubro de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 07 out. 2003, p. 1.

BRASIL. Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de

tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, 29 abr. 2011c, p. 1.

BRASIL. Lei n. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 11 fev. 1999, p. 1.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Produtividade e Competitividade. Secretaria de Advocacia da Concorrência e Competitividade. Subsecretaria de Advocacia da Concorrência. Coordenação-Geral de Inovação, Indústria de Rede e Saúde. *Nota Técnica SEI n. 61193/2021/ME*. Definição do Fator de Produtividade (Fator X) referente ao reajuste de preços de medicamentos para o ano de 2022. Brasília: Ministério da Economia, 2021.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. *Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público*. 8. ed. Brasília: MF, 2019c. Disponível em: [https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9:P9\\_ID\\_PUBLICACAO:31484](https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9:P9_ID_PUBLICACAO:31484). Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para o desenvolvimento e qualificação*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_farmaceutica\\_sus\\_relatorio\\_recomendacoes.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf). Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *E-Gestor Informação e Gestão da Atenção Básica*. Brasília: MS, 2021a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019*. Brasília: IPEA, 2022g. 90. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11014/4/Contas\\_de\\_saude.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11014/4/Contas_de_saude.pdf). Acesso em: 3 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico*. Brasília: MS, 2005. 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, n. 190, 3 out. 2017a, seção 1, supl. p. 569. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html). Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1, de 22 de janeiro de 2008. Aprova o Regimento Interno da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - COMARE. *Diário Oficial da União*, jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). *Minas Gerais*, 14 jun. 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214\\_13\\_06\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html). Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.254, de 29 de julho de 2005. Constitui Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. *Diário Oficial da União*, 01 ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 31 jul. 2013, seção 1, p. 71, col. 3. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555\\_30\\_07\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html). Acesso em: 8 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.888, de 16 de julho de 2019. Homologa adesão das Unidades de Saúde da Família (USF) ao Programa Saúde na Hora. *Diário Oficial da União*, 01 ago. 2019a, ed. 147, seção 1, p. 82. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.888-de-16-de-julho-de-2019-208197355>. Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 22 set. 2017b, ed. 183, seção 1, p. 68. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, n. 228, 30 nov. 2009, seção 1, p. 725-771.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.193, de 9 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação n. 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). *Diário Oficial da União*, 10 dez. 2019b, ed. 238, seção 1, p. 112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política agora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas. *Diário Oficial da União*, n. 215-E, seção 1, p. 18-22, 10 nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Farmácia Popular*. Brasília: MS, 2022e. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/farmacia-popular>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Instituiu e aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a qual norteia a formulação de políticas de medicamentos, ciência, tecnologia e desenvolvimento industrial. *Diário Oficial da União*, 20 maio 2004, seção 1, p. 52. Disponível em: <https://tinyurl.com/3474ukbj>. Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 7, de 1º de junho de 2022. Dispõe sobre a liberação dos critérios de estabelecimento ou de ajuste de preços de medicamentos com risco de desabastecimento no mercado brasileiro. *Diário Oficial da União*, 01 jun. 2022c, ed. 103-B, seção 1, Extra B, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *QUALIFARSUS: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde - Eixo Estrutura Atenção Básica. Instruções Técnicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. 181p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/17/170407M2018final.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Fundo Nacional de Saúde (FNS). *Consultas*. Brasília: FNS, 2022b. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/consultas>. Acesso em: 13 jul. 2022.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. *Proposta de mudança no financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica*. Brasília: 31 out. 2019d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos-cit/2019/outubro/2-a-financiamento-do-componente-basico.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. 2ª Câmara. *Acórdão TCU 249/2014*. Relatório de auditoria. Entidade: Grupo Hospitalar Conceição. Ementa: Impropriedades nos processos de aquisição de materiais farmacológicos, hospitalares e laboratoriais. Oportunidades de melhoria. Audiência. Razões de justificativa acolhidas. Determinações, recomendações e ciência. Relator: José Jorge, 04 de fevereiro de 2014. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/redireciona/acordao-completo/%22ACORDAO-COMPLETO-1299705%22>. Acesso em: 12 jul. 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Orientações para aquisições públicas de medicamentos*. Brasília: TCU, 2018c. 128 p. Disponível em: <https://tinyurl.com/2ww9wyz3>. Acesso em: 30 nov. 2022.

DIAS, L. L. S.; SANTOS, M. A. B.; PINTO, C. B. S. Regulação contemporânea de preços de medicamentos no Brasil - uma análise crítica. *Saúde em Debate* [online]. 2019, v. 43, n. 121, p. 543-558. Acesso em: 6 nov. 2022.

FALEIROS, D. R. *et al.* Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, supl. 2, p. 1s-10s, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139734>. Acesso em: 5 jul. 2022.

FIGUEIREDO, T. A.; SCHRAMM, J. M. A.; PEPE, V. L. E. Seleção de medicamentos essenciais e a carga de doença no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 11, p. 2344-2356, 2014.

GARCIA, M. M.; GUERRA, A. A.; ACÚRCIO, F. A. Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 221-233, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Belo Horizonte: população*. Rio de Janeiro: IBGE, 2021a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>. Acesso em: 14 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Conta-Satélite de Saúde 2010-2019. *Contas Nacionais*, n. 87, 2022b. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101928\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101928_informativo.pdf). Acesso em: 14 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: primeiros resultados*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. 69p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101670.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estimativas da População 2021*. Nota metodológica n. 01. Estimativas da população residente para os Municípios e para as Unidades da Federação brasileiros, com data de referência em 1º de julho de 2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2021b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101849.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA). *Estimativas de População: Tabela 6579 - População residente estimada*. Brasília: IBGE, 2022a.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (INESC). *Orçamento temático de acesso a medicamentos - OTMED 2020*. Brasília: Inesc, ago. 2021. Disponível em: [https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2021/10/factsheet\\_OTMED2020-V09.pdf](https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2021/10/factsheet_OTMED2020-V09.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (INESC). *Orçamento temático de acesso a medicamentos - 2019*. Brasília: Inesc, dez. 2020. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2020/12/OTMED-2020.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (INESC). *Orçamento temático de acesso a medicamentos: análise de 10 anos de recursos federais destinados à*

assistência farmacêutica - Avaliação das execuções financeiras do Ministério da Saúde com medicamentos de 2008 a 2018. Brasília: Inesc, nov. 2019. Disponível em: [https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2019/12/OTMED-2018\\_miolo.pdf](https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2019/12/OTMED-2018_miolo.pdf). Acesso em: 15 nov. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. 96 p. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013).

MARIANO, C. M. Emenda constitucional n. 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*, v. 4, n. 1, p. 259-281, 2017.

MARQUES, P. R. R. A reconstrução da assistência farmacêutica após a Política Nacional de Medicamentos. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ipea, 2011. 356 p. p. 109-133. Disponível em: <https://tinyurl.com/yj9uj637>. Acesso em: 03 mar. 2023.

MATTOS, L.; SILVA, R.; CHAVES, G.; LUIZA, V. Pharmaceutical services in primary healthcare and the Farmácia Popular Program: the perspective of public administrators from subnational spheres of the Brazilian National Health System. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 1, p. 287-298, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/160283>. Acesso em: 25 nov. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. *Deliberação CIB-SUS/MG n. 867, de 20 de julho de 2011*. Pactua no âmbito do Estado de Minas Gerais o Componente Básico da Assistência Farmacêutica a ser realizado no SUS/MG e dá outras providências Belo Horizonte: SES-MG, 2011. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%20867%20Financiamento%20de%20componente%20basico%20SAF.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG n. 2.164, de 19 de agosto de 2015. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS-MG. *Minas Gerais*, Diário do Executivo, 22 ago. 2015, caderno 1, p. 30.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. 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. *Minas Gerais*, Diário do Executivo, 23 dez. 2019.

MORAES, R. M.; SANTOS, M. A. B.; VIEIRA, F. S.; ALMEIDA, R. T. Public policy coverage and access to medicines in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, n. 1, p. 58, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/199929>. Acesso em: 3 mar. 2023.

NASCIMENTO, R. C. R. M *et al.* Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, supl. 2, p. 10s-10s, 2017.

OLIVEIRA, L. C. F.; NASCIMENTO, M. A. A.; LIMA, I. M. S. O. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde: perspectivas e desafios. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe 5, p. 286-298, 2019.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* Access to medicines for chronic diseases in Brazil: A multidimensional approach. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, supl. 2, p. 1-13, 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud*. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013. Disponível em: <https://tinyurl.com/49thr36w>. Acesso em: 2 jul. 2022.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, v. 19, n. 2, p. 127-40, Feb. 1981.

PEREIRA, B. L. S.; FALEIROS, D. R. *Financiamento do SUS na perspectiva municipal: contribuições do CONASEMS para o debate*. [livro eletrônico]. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Financiamento-do-SUS-na-perspectiva-municipal.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

PONTES, M. A. *et al.* Investment of financial resources for the procurement of medicines for primary care in Brazilian municipalities. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 8, p. 2453-2461, 2017.

ROCHA, W. H. *et al.* Influence of pharmaceutical services organization on the availability of essential medicines in a public health system. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, v. 10, n. 6, p. 519-532, 2021.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados*, v. 32, n. 92, p. 47-61. 2018.

SANTOS, R. I. *et al.* *Assistência Farmacêutica no Brasil: política, gestão e clínica*. Vol. 1, Políticas de saúde e acesso a medicamentos. Florianópolis: UFSC, 2016.

SERVO, S. M. L. *et al.* SUS financing and Covid-19: history, federative participation, and responses to the pandemic. *Saúde em Debate*, v. 44, spe. 4, p. 114-129, 2020.

SILVA, L. P. A. *Orçamento temático de acesso a medicamentos 2019*. Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, dez. 2020. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2020/12/OTMED-2020.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2022.

SILVA, M. E. L.; ALMEIDA, A. T. C.; ARAÚJO JÚNIOR, I. T. Análise de equidade da distribuição de recursos do Programa Farmácia Popular. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, n. 50, p. 1-11, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102019000100245](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100245). Acesso em: 9 jul. 2022.

UNITED NATIONS. *Report of the United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines: promoting innovation and access to health*

technologies. September, 2016. 68p. Disponível em: <https://tinyurl.com/2p97vs29>. Acesso em: 7 jul. 2022.

VASCONCELOS, D. M. M. *et al.* Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 8, p. 2609-2614, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.02432017>. Acesso em: 14 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Selection of Essential Medicines. *WHO Policy Perspectives on Medicines*, p. 1-6, Jun. 2002. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67375/WHO\\_EDM\\_2002.2\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67375/WHO_EDM_2002.2_eng.pdf). Acesso em: 14 nov. 2022.

**ANEXO A - Itens adquiridos do CBAF****ADQUIRIDOS EM 2018**

ACETAZOLAMIDA 250 MG, COMPRIMIDO  
ACICLOVIR 200 MG, COMPRIMIDO  
ACICLOVIR 250MG INJETAVEL  
ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG, COMPRIMIDO  
ACIDO FOLICO 5 MG, COMPRIMIDO  
ÁGUA PARA INJECAO, AMPOLA 10 ML  
ALBENDAZOL 400 MG, COMPRIMIDO MASTIGAVEL  
ALENDRONATO DE SODIO 70 MG, COMPRIMIDO  
ALOPURINOL 100MG, COMPRIMIDO  
ALOPURINOL 300 MG, COMPRIMIDO  
AMIODARONA, CLORIDRATO 200 MG, COMPRIMIDO  
AMIODARONA, CLORIDRATO 50 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 3ML  
AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO  
AMOXICILINA 50 MG/ML, PO P/ SUSPENSAO ORAL, FRASCO 60ML  
AMOXICILINA 500 MG + ACIDO CLAVULANICO 125 MG, COMPRIMIDO  
AMOXICILINA 500 MG, CAPSULA  
ANLODIPINO, BESILATO 5MG COMPRIMIDO  
ATENOLOL 50 MG, COMPRIMIDO  
AZITROMICINA 40 MG/ML (600 MG POR FRASCO), SUSP ORAL, FRASCO  
AZITROMICINA 500 MG, COMPRIMIDO  
BECLOMETASONA 200MCG/JATO AEROSOL ORAL  
BECLOMETASONA 50 MCG/JATO, AERROSSOL ORAL, FRASCO 200 DOSES  
BECLOMETASONA, DIPR 250MCG/JATO, AERROSSOL, FRASCO 200 DOSES  
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI, INJ, FRASCO-AMPOLA  
BICARBONATO DE SODIO (8,4%), SOL INJ, SIST FEC, FRASCO 250ML  
BIPERIDENO, CLORIDRATO 2 MG, COMPRIMIDO  
BIPERIDENO, LACTATO 5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 1 ML  
BUDESONIDA 50 MCG/DOSE, SUSPENSAO AQUOSA NASAL, FRASCO  
CABERGOLINA 0,5 MG, COMPRIMIDO  
CAPTOPRIL 25 MG, COMPRIMIDO  
CARB CALCIO 1250MG+ COLECALCIFEROL 400UI, COMPRIMIDO  
CARBAMAZEPINA 20 MG/ML, SUSPENSAO ORAL, FRASCO 100 ML  
CARBAMAZEPINA 200 MG, COMPRIMIDO  
CARBONATO DE CALCIO 1250 MG, COMPRIMIDO  
CARVEDILOL 12,5 MG, COMPRIMIDO  
CARVEDILOL 25 MG, COMPRIMIDO  
CARVEDILOL 3,125 MG, COMPRIMIDO  
CARVEDILOL 6,25 MG, COMPRIMIDO  
CEFALEXINA, MONOHIDRATADA 50 MG/ ML, PO P/ SUSPENSAO ORAL, F  
CEFALEXINA, MONOHIDRATADA 500 MG, DRG/CP/CAP  
CEFTRIAXONA 1000 MG, EV, PO, INJETAVEL, FRASCO AMPOLA  
CETOCONAZOL 20 MG/ML, XAMPU, FRASCO DE 100 A 130 ML.  
CIANOCOBALAMINA 500 MCG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML.  
CIPROFLOXACINO 500 MG, COMPRIMIDO  
CLARITROMICINA 50 MG/ML, SUSPENSAO ORAL, FRASCO 60 ML  
CLARITROMICINA 500 MILIGRAMAS, COMPRIMIDO REVESTIDO

CLINDAMICINA 300 MG, COMPRIMIDO  
CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO  
CLONAZEPAM 2,5 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20 ML  
CLORETO DE SODIO 0,9%, SOL INJ, SIST FECHADO, FRASCO 250 ML  
CLORETO DE SODIO 0,9%, SOL INJ, SIST FECHADO, FRASCO 500ML  
CLORETO DE SODIO 0,9%, SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA 10 ML  
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 100 MG, COMPRIMIDO  
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO  
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 40 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20  
DEXAMETASONA, ACETATO 1 MG/G, CREME, BISNAGA 10 G  
DEXAMETASONA, ACETATO 4 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2,5 ML  
DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 0,4MG/ML, SOL ORAL, FRASCO 100ML  
DIAZEPAM 10 MG, COMPRIMIDO  
DIAZEPAM 5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
DIGOXINA 0,25 MG, COMPRIMIDO  
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 10 ML  
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20ML  
DOBUTAMINA, CLORIDRATO 12,5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 20 ML  
DOXAZOSINA, MESILATO 2 MG, COMPRIMIDO  
ENALAPRIL, MALEATO 20 MG, COMPRIMIDO  
ENALAPRIL, MALEATO 5 MG, COMPRIMIDO  
EPINEFRINA, CLORIDRATO 1 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 1 ML  
ESPIRONOLACTONA 100 MG, COMPRIMIDO  
ESPIRONOLACTONA 25 MG, COMPRIMIDO  
ESTRIOL 1 MG/G, CREME VAGINAL, BISNAGA 50 GR + APLICADOR  
FENITOINA 100 MG, COMPRIMIDO SULCADO  
FENITOINA 50 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 5 ML  
FENOBARBITAL 100 MG, COMPRIMIDO  
FENOBARBITAL SODICO 100 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
FENOBARBITAL SODICO 40 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20 ML  
FLUCONAZOL 150 MG, CAPSULA  
FLUOXETINA, CLORIDRATO 20 MG, CAPSULA  
FOLINATO DE CALCIO (ACIDO FOLINICO) 15 MG, COMPRIMIDO  
FUROSEMIDA 10 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2ML  
FUROSEMIDA 40 MG, COMPRIMIDO  
GLIBENCLAMIDA 5 MG, COMPRIMIDO  
GLICLAZIDA 30 MG, COMPRIMIDO ACAO PROLONGADA  
GLICOSE 50 MG/ML (5%), SOLUCAO INJETAVEL, SF,FRASCO 500ML  
HALOPERIDOL 1 MG, COMPRIMIDO  
HALOPERIDOL 2 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20 ML  
HALOPERIDOL 5 MG, COMPRIMIDO  
HALOPERIDOL 5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 1 ML  
HALOPERIDOL, DECANOATO 50 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 1 ML  
HEPARINA SODICA 5.000 UI/0,25ML, SC, INJ, AMPOLA 0,25ML  
HIDRALAZINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO  
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG, COMPRIMIDO  
HIDROCORTISONA, SUCCINATO 100 MG, INJETAVEL, FRASCO AMPOLA  
HIDROCORTISONA, SUCCINATO 500 MG, INJETAVEL, FRASCO AMPOLA  
IBUPROFENO 50 MG/ML, SUSPENSAO ORAL GOTAS, FRASCO 30 ML  
IBUPROFENO 600 MG, COMPRIMIDO

IPRATROPIO, BROMETO 0,25MG/ML, SOLUCAO INALACAO, FRASCO 20ML  
ISOSSORBIDA, DINITRATO 5 MG, COMPRIMIDO SUBLINGUAL  
ITRACONAZOL 100 MG, CAPSULA  
IVERMECTINA 6 MG, COMPRIMIDO  
LEVODOPA 100 MG + BENSERAZIDA 25 MG, COMPRIMIDO  
LEVODOPA 200 MG + BENSERAZIDA 50 MG, COMPRIMIDO  
LEVOTIROXINA SODICA 100 MCG, COMPRIMIDO  
LEVOTIROXINA SODICA 25 MCG, COMPRIMIDO  
LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG, COMPRIMIDO  
LIDOCAINA, 100 MG/ML, SOL AQUOSA, TOPICO, FRASCO 50ML  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 10 MG/ML(COM VASO), FRASCO-AMPOLA 20ML  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 10 MG/ML(SEM VASO), FRASCO-AMPOLA 20ML  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 20 MG/G, GEL, BISNAGA 30 G.  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 20 MG/ML(COM VASO), FRASCO AMPOLA 20ML  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 20 MG/ML(SEM VASO), FRASCO-AMPOLA 20ML  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 20 MG/ML(SEM VASO), FRASCO-AMPOLA 5ML  
LITIO, CARBONATO 300 MG, COMPRIMIDO  
LORATADINA 1 MG/ML, XAROPE, FRASCO 100 ML  
LORATADINA 10 MG, COMPRIMIDO  
LOSARTANA POTASSICA 50 MG, COMPRIMIDO  
METFORMINA, CLORIDRATO 500 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO  
METFORMINA, CLORIDRATO 850 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO  
METILDOPA 250 MG, COMPRIMIDO  
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 10 MG, COMPRIMIDO  
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
METRONIDAZOL 100 MG/G, GEL VAGINAL, BISNAGA 50 G  
METRONIDAZOL 250 MG, COMPRIMIDO  
MICONAZOL, NITRATO 20 MG/G, CR DERMATOLOGICO, BISNAGA 28G  
MICONAZOL, NITRATO 20 MG/G, CREME VAGINAL, BISNAGA 80 G  
NISTATINA 100.000 UI/ML, SUSPENSAO ORAL, FRASCO 50 ML  
NITROFURANTOINA 100 MG, COMPRIMIDO SULCADO  
NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 4ML  
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG, CAPSULA  
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 50 MG, CAPSULA  
OLEO MINERAL PURO, FRASCO 100 ML  
OMEPRAZOL 20 MG, CAPSULA  
ONDANSETRONA, CLORIDRATO 4 MG, COMPRIMIDO  
PARACETAMOL 200 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 15 ML.  
PARACETAMOL 500 MG, COMPRIMIDO  
PERMETRINA 10 MG/ML, LOCAO, FRASCO 60 ML.  
PERMETRINA 50 MG/ML, LOCAO, FRASCO 60 ML.  
PREDNISOLONA, FOSFATO SODICO 3MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 60ML  
PREDNISONA 20 MG, COMPRIMIDO  
PREDNISONA 5 MG, COMPRIMIDO  
PROMETAZINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO  
PROMETAZINA, CLORIDRATO 25 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
PROPAFENONA, CLORIDRATO 300 MG, COMPRIMIDO  
PROPILTIOURACILA 100 MG, COMPRIMIDO  
PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40 MG, COMPRIMIDO  
RANITIDINA 15 MG/ML, SUSPENSAO ORAL, FRASCO 120 ML  
RANITIDINA 150 MG, COMPRIMIDO

RANITIDINA 25 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL (OMS) PO, ENVELOPE 27,9 G  
SINVASTATINA 20 MG, COMPRIMIDO  
SINVASTATINA 40 MG, COMPRIMIDO  
SULFADIAZINA PRATA 10 MG+NITR CERIO 4 MG/G, POMADA, 50G  
SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETOPRIMA 80 MG, COMPRIMIDO  
SULFAMETOXAZOL 80MG + TRIMETOPRIMA 16MG/ML, INJ, AMPOLA 5ML  
SULFATO DE MAGNESIO 500 MG/ML, SOL INJ, AMPOLA 10 ML  
SULFATO FERROSO 109 MG (40 MG FERRO), DRAGEA  
SULFATO FERROSO 125 MG/ML (25 MG FERRO/ML), FRASCO 30 ML  
TIAMINA, CLORIDRATO 300 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO  
TIMOLOL, MALEATO 5 MG, SOLUÇÃO OFTÁLMICA, FRASCO 5 ML  
VALPROATO DE SÓDIO 288 MG, CAPSULA  
VALPROATO DE SÓDIO 57,624 MG/ML, XAROPE, FRASCO 100 ML  
VALPROATO DE SÓDIO 576 MG, COMPRIMIDO  
VARFARINA SÓDICA 5 MG COMPRIMIDO SULCADO  
VERAPAMIL, CLORIDRATO 80 MG, COMPRIMIDO  
CLORETO DE SÓDIO 0,9% SPRAY NASAL, FRASCO  
SALBUTAMOL, SULFATO 100 MCG/JATO, AEROSOL, FRASCO  
LANCETA ESTERIL  
FITA REAGENTE EM TIRAS, PARA LEITURA DE GLICOSE NO SANGUE  
AMOXICILINA 50MG+ AC CLAVULANICO 12,5 MG/ML, SUSPENSÃO, FRASCO  
LACTULOSE 667 MG/ML, XAROPE, FRASCO  
SULFAMETOXAZOL 40 MG + TRIMETOPRIMA 8 MG/ML, SUSP ORAL, FRASCO  
SERINGA DESCARTAVEL PARA INSULINA

### **ADQUIRIDOS EM 2019**

ACICLOVIR 200 MG, COMPRIMIDO  
ACICLOVIR 250MG INJETAVEL  
ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG, COMPRIMIDO  
ACIDO FOLICO 0,2 MG/ML, SOLUÇÃO ORAL, FRASCO 30 ML  
ACIDO FOLICO 5 MG, COMPRIMIDO  
AGUA PARA INJEÇÃO, AMPOLA 10 ML  
AGUA PARA INJEÇÃO, FRASCO 500 ML  
ALBENDAZOL 400 MG, COMPRIMIDO MASTIGAVEL  
ALENDRONATO DE SÓDIO 70 MG, COMPRIMIDO  
ALOPURINOL 100MG, COMPRIMIDO  
ALOPURINOL 300 MG, COMPRIMIDO  
AMIODARONA, CLORIDRATO 200 MG, COMPRIMIDO  
AMIODARONA, CLORIDRATO 50 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 3ML  
AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO  
AMOXICILINA 50 MG/ML, PO P/ SUSPENSÃO ORAL, FRASCO 60ML  
AMOXICILINA 500 MG + ACIDO CLAVULANICO 125 MG, COMPRIMIDO  
AMOXICILINA 500 MG, CAPSULA  
ANLÓDIPINO, BESILATO 5MG COMPRIMIDO  
ATENÓLOL 50 MG, COMPRIMIDO  
ATROPINA, SULFATO 0,25 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 1 ML  
AZITROMICINA 40 MG/ML (600 MG POR FRASCO), SUSP ORAL, FRASCO  
AZITROMICINA 500 MG, COMPRIMIDO

BECLOMETASONA 200MCG/JATO AEROSOL ORAL  
BECLOMETASONA 50 MCG/JATO, AEROSOL ORAL, FRASCO 200 DOSES  
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI, INJ, FRASCO-AMPOLA  
BICARBONATO DE SODIO (8,4%), SOL INJ, SIST FEC, FRASCO 250ML  
BICARBONATO DE SODIO 8,4%, SOL INJ, AMPOLA 10 ML  
BIPERIDENO, CLORIDRATO 2 MG, COMPRIMIDO  
BIPERIDENO, LACTATO 5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 1 ML  
BUDESONIDA 50 MCG/DOSE, SUSPENSAO AQUOSA NASAL, FRASCO  
CABERGOLINA 0,5 MG, COMPRIMIDO  
CAPTOPRIL 25 MG, COMPRIMIDO  
CARB CALCIO 1250MG+ COLECALCIFEROL 400UI, COMPRIMIDO  
CARBAMAZEPINA 20 MG/ML, SUSPENSAO ORAL, FRASCO 100 ML  
CARBAMAZEPINA 200 MG, COMPRIMIDO  
CARBONATO DE CALCIO 1250 MG, COMPRIMIDO  
CARVAO ATIVADO PO, PCT 50G  
CARVEDILOL 12,5 MG, COMPRIMIDO  
CARVEDILOL 25 MG, COMPRIMIDO  
CARVEDILOL 3,125 MG, COMPRIMIDO  
CARVEDILOL 6,25 MG, COMPRIMIDO  
CEFALEXINA, MONOHIDRATADA 50 MG/ ML, PO P/ SUSPENSAO ORAL, F  
CEFALEXINA, MONOHIDRATADA 500 MG, DRG/CP/CAP  
CEFTRIAXONA 1000 MG, EV, PO, INJETAVEL, FRASCO AMPOLA  
CETOCONAZOL 20 MG/ML, XAMPU, FRASCO DE 100 A 130 ML.  
CIANOCOBALAMINA 500 MCG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML.  
CIPROFLOXACINO 500 MG, COMPRIMIDO  
CLARITROMICINA 50 MG/ML, SUSPENSAO ORAL, FRASCO 60 ML  
CLARITROMICINA 500 MILIGRAMAS, COMPRIMIDO REVESTIDO  
CLINDAMICINA 300 MG, COMPRIMIDO  
CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO  
CLONAZEPAM 2,5 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20 ML  
CLORETO DE SODIO 0,9%, SOL INJ, SIST FECHADO, FRASCO 250 ML  
CLORETO DE SODIO 0,9%, SOL INJ, SIST FECHADO, FRASCO 500ML  
CLORETO DE SODIO 0,9%, SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA 10 ML  
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 100 MG, COMPRIMIDO  
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO  
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 40 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20  
DEXAMETASONA, ACETATO 1 MG/G, CREME, BISNAGA 10 G  
DEXAMETASONA, ACETATO 4 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2,5 ML  
DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 0,4MG/ML, SOL ORAL, FRASCO 100ML  
DIAZEPAM 10 MG, COMPRIMIDO  
DIAZEPAM 5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
DIGOXINA 0,05 MG/ML, ELIXIR PEDIATRICO, FRASCO 60ML  
DIGOXINA 0,25 MG, COMPRIMIDO  
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20ML  
DOBUTAMINA, CLORIDRATO 12,5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 20 ML  
DOPAMINA, CLORIDRATO 5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 10ML  
DOXAZOSINA, MESILATO 2 MG, COMPRIMIDO  
ENALAPRIL, MALEATO 20 MG, COMPRIMIDO  
ENALAPRIL, MALEATO 5 MG, COMPRIMIDO  
EPINEFRINA, CLORIDRATO 1 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 1 ML

ESPIRONOLACTONA 100 MG, COMPRIMIDO  
ESPIRONOLACTONA 25 MG, COMPRIMIDO  
ESTRIOL 1 MG/G, CREME VAGINAL, BISNAGA 50 GR + APLICADOR  
FENITOINA 100 MG, COMPRIMIDO SULCADO  
FENITOINA 50 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 5 ML  
FENOBARBITAL 100 MG, COMPRIMIDO  
FENOBARBITAL SODICO 100 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
FENOBARBITAL SODICO 40 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20 ML  
FLUCONAZOL 150 MG, CAPSULA  
FLUOXETINA, CLORIDRATO 20 MG, CAPSULA  
FOLINATO DE CALCIO (ACIDO FOLINICO) 15 MG, COMPRIMIDO  
FUROSEMIDA 10 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2ML  
FUROSEMIDA 40 MG, COMPRIMIDO  
GLIBENCLAMIDA 5 MG, COMPRIMIDO  
GLICLAZIDA 30 MG, COMPRIMIDO ACAO PROLONGADA  
GLICOSE 50 MG/ML (5%), SOLUCAO INJETAVEL, SF, FRASCO 250 ML  
GLICOSE 50 MG/ML (5%), SOLUCAO INJETAVEL, SF,FRASCO 500ML  
HALOPERIDOL 1 MG, COMPRIMIDO  
HALOPERIDOL 2 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20 ML  
HALOPERIDOL 5 MG, COMPRIMIDO  
HALOPERIDOL 5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 1 ML  
HALOPERIDOL, DECANOATO 50 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 1 ML  
HEPARINA SODICA 5.000 UI/0,25ML, SC, INJ, AMPOLA 0,25ML  
HIDRALAZINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO  
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG, COMPRIMIDO  
HIDROCORTISONA, SUCCINATO 100 MG, INJETAVEL, FRASCO AMPOLA  
HIDROCORTISONA, SUCCINATO 500 MG, INJETAVEL, FRASCO AMPOLA  
IBUPROFENO 50 MG/ML, SUSPENSAO ORAL GOTAS, FRASCO 30 ML  
IBUPROFENO 600 MG, COMPRIMIDO  
IPRATROPIO, BROMETO 0,25MG/ML, SOLUCAO INALACAO, FRASCO 20ML  
ISOSSORBIDA, DINITRATO 5 MG, COMPRIMIDO SUBLINGUAL  
ISOSSORBIDA, MONONITRATO 40 MG, COMPRIMIDO  
ITRACONAZOL 100 MG, CAPSULA  
IVERMECTINA 6 MG, COMPRIMIDO  
LEVODOPA 100 MG + BENSERAZIDA 25 MG, COMPRIMIDO  
LEVODOPA 200 MG + BENSERAZIDA 50 MG, COMPRIMIDO  
LEVODOPA 250 MG + CARBIDOPA 25 MG, COMPRIMIDO  
LEVOTIROXINA SODICA 100 MCG, COMPRIMIDO  
LEVOTIROXINA SODICA 25 MCG, COMPRIMIDO  
LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG, COMPRIMIDO  
LIDOCAINA, 100 MG/ML, SOL AQUOSA, TOPICO, FRASCO 50ML  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 10 MG/ML(COM VASO), FRASCO-AMPOLA 20ML  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 10 MG/ML(SEM VASO), FRASCO-AMPOLA 20ML  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 20 MG/G, GEL, BISNAGA 30 G.  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 20 MG/ML(COM VASO), FRASCO AMPOLA 20ML  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 20 MG/ML(SEM VASO), FRASCO-AMPOLA 20ML  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 20 MG/ML(SEM VASO), FRASCO-AMPOLA 5ML  
LITIO, CARBONATO 300 MG, COMPRIMIDO  
LORATADINA 1 MG/ML, XAROPE, FRASCO 100 ML  
LORATADINA 10 MG, COMPRIMIDO  
LOSARTANA POTASSICA 50 MG, COMPRIMIDO

METFORMINA, CLORIDRATO 500 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO  
METFORMINA, CLORIDRATO 850 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO  
METILDOPA 250 MG, COMPRIMIDO  
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 10 MG, COMPRIMIDO  
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
METRONIDAZOL 100 MG/G, GEL VAGINAL, BISNAGA 50 G  
METRONIDAZOL 250 MG, COMPRIMIDO  
MICONAZOL, NITRATO 20 MG/G, CR DERMATOLOGICO, BISNAGA 28G  
MICONAZOL, NITRATO 20 MG/G, CREME VAGINAL, BISNAGA 80 G  
MIDAZOLAM 2 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 10 ML  
NISTATINA 100.000 UI/ML, SUSPENSAO ORAL, FRASCO 50 ML  
NITROFURANTOINA 100 MG, COMPRIMIDO SULCADO  
NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 4ML  
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG, CAPSULA  
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 50 MG, CAPSULA  
OLEO MINERAL PURO, FRASCO 100 ML  
OMEPRAZOL 20 MG, CAPSULA  
ONDANSETRONA, CLORIDRATO 4 MG, COMPRIMIDO  
PARACETAMOL 200 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 15 ML.  
PARACETAMOL 500 MG, COMPRIMIDO  
PERMETRINA 10 MG/ML, LOCAO, FRASCO 60 ML.  
PERMETRINA 50 MG/ML, LOCAO, FRASCO 60 ML.  
PREDNISOLONA, FOSFATO SODICO 3MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 60ML  
PREDNISONA 20 MG, COMPRIMIDO  
PREDNISONA 5 MG, COMPRIMIDO  
PROMETAZINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO  
PROMETAZINA, CLORIDRATO 25 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
PROPAFENONA, CLORIDRATO 300 MG, COMPRIMIDO  
PROPILTIOURACILA 100 MG, COMPRIMIDO  
PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40 MG, COMPRIMIDO  
RANITIDINA 15 MG/ML, SUSPENSAO ORAL, FRASCO 120 ML  
RANITIDINA 150 MG, COMPRIMIDO  
RANITIDINA 25 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
RINGER + LACTATO DE SODIO, SISTEMA FECHADO, FRASCO 500 ML  
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL (OMS) PO, ENVELOPE 27,9 G  
SINVASTATINA 20 MG, COMPRIMIDO  
SINVASTATINA 40 MG, COMPRIMIDO  
SULFADIAZINA DE PRATA 1% POMADA 50G  
SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETOPRIMA 80 MG, COMPRIMIDO  
SULFAMETOXAZOL 80MG + TRIMETOPRIMA 16MG/ML, INJ, AMPOLA 5ML  
SULFATO DE MAGNESIO 500 MG/ML, SOL INJ, AMPOLA 10 ML  
SULFATO FERROSO 109 MG (40 MG FERRO), DRAGEA  
SULFATO FERROSO 125 MG/ML (25 MG FERRO/ML), FRASCO 30 ML  
TIAMINA, CLORIDRATO 300 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO  
TIMOLOL, MALEATO 5 MG, SOLUCAO OFTALMICA, FRASCO 5 ML  
VALPROATO DE SODIO 288 MG, CAPSULA  
VALPROATO DE SODIO 57,624 MG/ML, XAROPE, FRASCO 100 ML  
VALPROATO DE SODIO 576 MG, COMPRIMIDO  
VARFARINA SODICA 5 MG COMPRIMIDO SULCADO  
VERAPAMIL, CLORIDRATO 80 MG, COMPRIMIDO  
GLICOSE 500 MG/ML (50%), SOL HIPER INJETAVEL, AMPOLA,

CLORETO DE SODIO 0,9% SPRAY NASAL, FRASCO  
SALBUTAMOL, SULFATO 100 MCG/JATO, AEROSSOL, FRASCO  
LANCETA ESTERIL  
FITA REAGENTE EM TIRAS, PARA LEITURA DE GLICOSE NO SANGUE  
AMOXICILINA 50MG+ AC CLAVULANICO 12,5 MG/ML, SUSPENSÃO, FRASCO  
LACTULOSE 667 MG/ML, XAROPE, FRASCO  
SULFAMETOXAZOL 40 MG + TRIMETOPRIMA 8 MG/ML, SUSP ORAL, FRASCO  
BENZOILMETRONIDAZOL 40 MG/ML, SUSPENSÃO ORAL  
SERINGA DESCARTAVEL PARA INSULINA

### **ADQUIRIDOS EM 2020**

ACICLOVIR 200 MG, COMPRIMIDO  
ACICLOVIR 250MG INJETAVEL  
ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG, COMPRIMIDO  
ACIDO FOLICO 0,2 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 30 ML  
ACIDO FOLICO 5 MG, COMPRIMIDO  
AGUA PARA INJECAO, AMPOLA 10 ML  
AGUA PARA INJECAO, FRASCO 500 ML  
ALBENDAZOL 400 MG, COMPRIMIDO MASTIGAVEL  
ALENDRONATO DE SODIO 70 MG, COMPRIMIDO  
ALOPURINOL 100MG, COMPRIMIDO  
ALOPURINOL 300 MG, COMPRIMIDO  
AMIODARONA, CLORIDRATO 200 MG, COMPRIMIDO  
AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO  
AMOXICILINA 50 MG/ML, PO P/ SUSPENSÃO ORAL, FRASCO 60ML  
AMOXICILINA 500 MG + ACIDO CLAVULANICO 125 MG, COMPRIMIDO  
AMOXICILINA 500 MG, CAPSULA  
ANLÓDIPINO, BESILATO 5MG COMPRIMIDO  
ATENÓLOL 50 MG, COMPRIMIDO  
ATROPINA, SULFATO 0,25 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 1 ML  
AZITROMICINA 40 MG/ML (600 MG POR FRASCO), SUSP ORAL, FRASCO  
AZITROMICINA 500 MG, COMPRIMIDO  
BECLOMETASONA 200MCG/JATO AEROSOL ORAL  
BECLOMETASONA 50 MCG/JATO, AEROSSOL ORAL, FRASCO 200 DOSES  
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI, INJ, FRASCO-AMPOLA  
BENZILPENICILINA PROC 300.000 UI + BENZIL POTA 100.000 IU  
BICARBONATO DE SODIO (8,4%), SOL INJ, SIST FEC, FRASCO 250ML  
BICARBONATO DE SODIO 8,4%, SOL INJ, AMPOLA 10 ML  
BIPERIDENO, CLORIDRATO 2 MG, COMPRIMIDO  
BIPERIDENO, LACTATO 5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 1 ML  
BUDESONIDA 50 MCG/DOSE, SUSPENSÃO AQUOSA NASAL, FRASCO  
CAPTOPRIL 25 MG, COMPRIMIDO  
CARB CALCIO 1250MG+ COLECALCIFEROL 400UI, COMPRIMIDO  
CARBAMAZEPINA 20 MG/ML, SUSPENSÃO ORAL, FRASCO 100 ML  
CARBAMAZEPINA 200 MG, COMPRIMIDO  
CARBONATO DE CALCIO 1250 MG, COMPRIMIDO  
CARVAO ATIVADO PO, PCT 50G  
CARVEDILOL 12,5 MG, COMPRIMIDO  
CARVEDILOL 25 MG, COMPRIMIDO

CARVEDILOL 3,125 MG, COMPRIMIDO  
CARVEDILOL 6,25 MG, COMPRIMIDO  
CEFALEXINA, MONOHIDRATADA 50 MG/ ML, PO P/ SUSPENSAO ORAL, F  
CEFALEXINA, MONOHIDRATADA 500 MG, DRG/CP/CAP  
CEFTRIAXONA 1000 MG, EV, PO, INJETAVEL, FRASCO AMPOLA  
CIANOCOBALAMINA 500 MCG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML.  
CIPROFLOXACINO 500 MG, COMPRIMIDO  
CLARITROMICINA 50 MG/ML, SUSPENSAO ORAL, FRASCO 60 ML  
CLARITROMICINA 500 MILIGRAMAS, COMPRIMIDO REVESTIDO  
CLINDAMICINA 300 MG, COMPRIMIDO  
CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO  
CLONAZEPAM 2,5 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20 ML  
CLORETO DE SODIO 0,9%, SOL INJ, SIST FECHADO, FRASCO 250 ML  
CLORETO DE SODIO 0,9%, SOL INJ, SIST FECHADO, FRASCO 500ML  
CLORETO DE SODIO 0,9%, SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA 10 ML  
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 100 MG, COMPRIMIDO  
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO  
CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 40 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20  
DEXAMETASONA, ACETATO 1 MG/G, CREME, BISNAGA 10 G  
DEXAMETASONA, ACETATO 4 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2,5 ML  
DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 0,4MG/ML, SOL ORAL, FRASCO 100ML  
DIAZEPAM 10 MG, COMPRIMIDO  
DIAZEPAM 5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
DIGOXINA 0,05 MG/ML, ELIXIR PEDIATRICO, FRASCO 60ML  
DIGOXINA 0,25 MG, COMPRIMIDO  
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20ML  
DOBUTAMINA, CLORIDRATO 12,5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 20 ML  
DOXAZOSINA, MESILATO 2 MG, COMPRIMIDO  
ENALAPRIL, MALEATO 20 MG, COMPRIMIDO  
ENALAPRIL, MALEATO 5 MG, COMPRIMIDO  
EPINEFRINA, CLORIDRATO 1 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 1 ML  
ESPIRONOLACTONA 100 MG, COMPRIMIDO  
ESPIRONOLACTONA 25 MG, COMPRIMIDO  
ESTRIOL 1 MG/G, CREME VAGINAL, BISNAGA 50 GR + APLICADOR  
FENITOINA 100 MG, COMPRIMIDO SULCADO  
FENITOINA 50 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 5 ML  
FENOBARBITAL 100 MG, COMPRIMIDO  
FENOBARBITAL SODICO 100 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
FENOBARBITAL SODICO 40 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20 ML  
FLUCONAZOL 150 MG, CAPSULA  
FLUOXETINA, CLORIDRATO 20 MG, CAPSULA  
FOLINATO DE CALCIO (ACIDO FOLINICO) 15 MG, COMPRIMIDO  
FUROSEMIDA 10 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2ML  
FUROSEMIDA 40 MG, COMPRIMIDO  
GLIBENCLAMIDA 5 MG, COMPRIMIDO  
GLICLAZIDA 30 MG, COMPRIMIDO ACAA PROLONGADA  
GLICOSE 50 MG/ML (5%), SOLUCAO INJETAVEL, SF, FRASCO 250 ML  
GLICOSE 50 MG/ML (5%), SOLUCAO INJETAVEL, SF,FRASCO 500ML  
HALOPERIDOL 1 MG, COMPRIMIDO  
HALOPERIDOL 2 MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 20 ML

HALOPERIDOL 5 MG, COMPRIMIDO  
HALOPERIDOL 5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 1 ML  
HALOPERIDOL, DECANOATO 50 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 1 ML  
HEPARINA SODICA 5.000 UI/0,25ML, SC, INJ, AMPOLA 0,25ML  
HIDRALAZINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO  
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG, COMPRIMIDO  
HIDROCORTISONA, SUCCINATO 100 MG, INJETAVEL, FRASCO AMPOLA  
HIDROCORTISONA, SUCCINATO 500 MG, INJETAVEL, FRASCO AMPOLA  
IBUPROFENO 50 MG/ML, SUSPENSAO ORAL GOTAS, FRASCO 30 ML  
IBUPROFENO 600 MG, COMPRIMIDO  
IPRATROPIO, BROMETO 0,25MG/ML, SOLUCAO INALACAO, FRASCO 20ML  
IPRATROPIO, BROMETO 20 MCG/DOSE, AEROSSOL, 200 DOSES  
ISSORBIDA, DINITRATO 5 MG, COMPRIMIDO SUBLINGUAL  
ISSORBIDA, MONONITRATO 40 MG, COMPRIMIDO  
ITRACONAZOL 100 MG, CAPSULA  
IVERMECTINA 6 MG, COMPRIMIDO  
LEVODOPA 100 MG + BENSERAZIDA 25 MG, COMPRIMIDO  
LEVODOPA 200 MG + BENSERAZIDA 50 MG, COMPRIMIDO  
LEVODOPA 250 MG + CARBIDOPA 25 MG, COMPRIMIDO  
LEVOTIROXINA SODICA 100 MCG, COMPRIMIDO  
LEVOTIROXINA SODICA 25 MCG, COMPRIMIDO  
LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG, COMPRIMIDO  
LIDOCAINA, 100 MG/ML, SOL AQUOSA, TOPICO, FRASCO 50ML  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 10 MG/ML(COM VASO), FRASCO-AMPOLA 20ML  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 10 MG/ML(SEM VASO), FRASCO-AMPOLA 20ML  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 20 MG/G, GEL, BISNAGA 30 G.  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 20 MG/ML(COM VASO), FRASCO AMPOLA 20ML  
LIDOCAINA, CLORIDRATO 20 MG/ML(SEM VASO), FRASCO-AMPOLA 20ML  
LITIO, CARBONATO 300 MG, COMPRIMIDO  
LORATADINA 1 MG/ML, XAROPE, FRASCO 100 ML  
LORATADINA 10 MG, COMPRIMIDO  
LOSARTANA POTASSICA 50 MG, COMPRIMIDO  
METFORMINA, CLORIDRATO 500 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO  
METFORMINA, CLORIDRATO 850 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO  
METILDOPA 250 MG, COMPRIMIDO  
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 10 MG, COMPRIMIDO  
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 5 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
METRONIDAZOL 100 MG/G, GEL VAGINAL, BISNAGA 50 G  
METRONIDAZOL 250 MG, COMPRIMIDO  
MICONAZOL, NITRATO 20 MG/G, CR DERMATOLOGICO, BISNAGA 28G  
MICONAZOL, NITRATO 20 MG/G, CREME VAGINAL, BISNAGA 80 G  
NISTATINA 100.000 UI/ML, SUSPENSAO ORAL, FRASCO 50 ML  
NITROFURANTOINA 100 MG, COMPRIMIDO SULCADO  
NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 4ML  
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG, CAPSULA  
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 50 MG, CAPSULA  
OLEO MINERAL PURO, FRASCO 100 ML  
OMEPRAZOL 20 MG, CAPSULA  
ONDANSETRONA, CLORIDRATO 4 MG, COMPRIMIDO  
PARACETAMOL 500 MG, COMPRIMIDO  
PASTA D'AGUA, FRASCO 100G

PERMETRINA 10 MG/ML, LOCAO, FRASCO 60 ML.  
PERMETRINA 50 MG/ML, LOCAO, FRASCO 60 ML.  
PILOCARPINA, CLORIDRATO 20 MG/ML, SOL OFTA, FR 10 ML  
PODOFILINA 25 %, SOLUCAO ALCOOLICA, FRASCO DE VIDRO 10ML  
PREDNISOLONA, FOSFATO SODICO 3MG/ML, SOLUCAO ORAL, FRASCO 60ML  
PREDNISONA 20 MG, COMPRIMIDO  
PREDNISONA 5 MG, COMPRIMIDO  
PROMETAZINA, CLORIDRATO 25 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO  
PROMETAZINA, CLORIDRATO 25 MG/ML, INJETAVEL, AMPOLA 2 ML  
PROPAFENONA, CLORIDRATO 300 MG, COMPRIMIDO  
PROPILTIOURACILA 100 MG, COMPRIMIDO  
PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40 MG, COMPRIMIDO  
RANITIDINA 15 MG/ML, SUSPENSAO ORAL, FRASCO 120 ML  
RANITIDINA 150 MG, COMPRIMIDO  
RINGER + LACTATO DE SODIO, SISTEMA FECHADO, FRASCO 500 ML  
SAIS PARA REIDRATACAO ORAL (OMS) PO, ENVELOPE 27,9 G  
SINVASTATINA 20 MG, COMPRIMIDO  
SINVASTATINA 40 MG, COMPRIMIDO  
SULFADIAZINA DE PRATA 1% POMADA 50G  
SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETOPRIMA 80 MG, COMPRIMIDO  
SULFATO DE MAGNESIO 500 MG/ML, SOL INJ, AMPOLA 10 ML  
SULFATO FERROSO 109 MG (40 MG FERRO), DRAGEA  
SULFATO FERROSO 125 MG/ML (25 MG FERRO/ML), FRASCO 30 ML  
TIAMINA, CLORIDRATO 300 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO  
TIMOLOL, MALEATO 5 MG, SOLUCAO OFTALMICA, FRASCO 5 ML  
VALPROATO DE SODIO 288 MG, CAPSULA  
VALPROATO DE SODIO 57,624 MG/ML, XAROPE, FRASCO 100 ML  
VALPROATO DE SODIO 576 MG, COMPRIMIDO  
VARFARINA SODICA 5 MG COMPRIMIDO SULCADO  
VERAPAMIL, CLORIDRATO 80 MG, COMPRIMIDO  
GLICOSE 500 MG/ML (50%), SOL HIPER INJETAVEL, AMPOLA,  
CLORETO DE SODIO 0,9% SPRAY NASAL, FRASCO  
SALBUTAMOL, SULFATO 100 MCG/JATO, AEROSOL, FRASCO  
LANCETA ESTERIL  
FITA REAGENTE EM TIRAS, PARA LEITURA DE GLICOSE NO SANGUE  
AMOXICILINA 50MG+ AC CLAVULANICO 12,5 MG/ML, SUSPENSAO, FRASCO  
LACTULOSE 667 MG/ML, XAROPE, FRASCO  
SULFAMETOXAZOL 40 MG + TRIMETOPRIMA 8 MG/ML, SUSP ORAL, FRASCO  
SERINGA DESCARTAVEL PARA INSULINA

**APÊNDICE A - Artigo a ser submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva****TÍTULO****DÉFICIT NO FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E  
DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS BÁSICOS NO MUNICÍPIO DE BELO  
HORIZONTE*****DEFICIT OF PHARMACEUTICAL ASSISTANCE FINANCING AND AVAILABILITY  
OF BASIC MEDICINES IN THE MUNICIPALITY OF BELO HORIZONTE*****AUTORES**

Ana Emília de Oliveira Ahouagi<sup>1</sup>, Juliana Alvares Teodoro<sup>2</sup>, Daniel Resende Faleiros<sup>3</sup>,  
Francisco de Assis Acurcio<sup>4</sup>, Lauanna Ferreira Santos<sup>5</sup>, Kammilla Éric Guerra de Araújo<sup>6</sup>

<sup>1</sup>. Programa de Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup>. Professora Associada, Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>3</sup>. Colaborar no Centro Colaborador do SUS para Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde (CCATES)

<sup>4</sup>. Professor Titular, Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia, UFMG

<sup>5</sup>. Farmacêutica, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>6</sup>. Doutoranda em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais(UFMG)

**RESUMO**

O acesso a medicamentos que visam a atender as prioridades de saúde da população é uma das políticas implementadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo busca avaliar a relação entre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e a disponibilidade de medicamentos na atenção primária em saúde (APS) no município de Belo Horizonte/MG, no período de 2018 a 2020. Os valores pactuados entre os entes federados para o financiamento do CBAF foram levantados e comparados com os recursos gastos pelo município. Os resultados mostram que os valores pactuados para financiamento do CBAF no

município foram inferiores aos gastos realizados, com déficit de R\$ 12.528.572,37 em 2018, R\$ 19.841.713,82 em 2019 e R\$ 21.946.207,56 em 2020. A disponibilidade média de medicamentos foi de 88,71% em 2018, 94,01% em 2019 e 92,22%, em 2020. Conclui-se que os recursos previstos foram insuficientes para aquisição de itens do CBAF, obrigando a gestão municipal a realizar investimentos superiores à sua responsabilidade. Essa situação de insuficiência de recursos para financiamento representa um risco para a disponibilidade de medicamentos para a população nas farmácias públicas da APS.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Financiamento da Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

Access to medications that aim to meet the health priorities of the population is one of the policies implemented by the Unified Health System (SUS) in Brazil. The present study aims to evaluate the relationship between the financing of the Basic Component of Pharmaceutical Assistance (CBAF) and the availability of medications in primary health care (PHC) in the city of Belo Horizonte/MG, from 2018 to 2020. The values agreed upon between the federated entities for CBAF financing were collected and compared with the resources spent by the municipality. The results show that the values agreed upon for CBAF financing in the municipality were lower than the expenses incurred, with a deficit of R\$ 12.528.572,37, R\$ 19.841.713,82, R\$ 21.946.207,56 in 2018, 2019 and 2020 respectively. The average availability was 88.71% in 2018, 94.01% in 2019 and 92.22% in 2020. It is concluded that the planned resources are insufficient, requiring the municipal management to make invest higher than its counterpart. This situation of insufficient funding represents a risk for the availability of drugs in public pharmacies in PHC.

Keywords: Pharmaceutical Assistance. Healthcare Financing. Primary Health Care. Unified Health System.

## **INTRODUÇÃO**

A Assistência Farmacêutica (AF) envolve “um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como

insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional”<sup>1</sup>. Como parte da Política Nacional de Saúde, o acesso às ações de saúde deve contemplar também o acesso às ações de AF<sup>1</sup>.

O acesso e o uso adequado de medicamentos são condições básicas para se alcançar uma cobertura universal e integral à saúde, uma vez que estão presentes em diversas etapas no contexto da assistência, seja na prevenção, promoção e proteção, resultando em aumento da qualidade e da expectativa de vida da população<sup>2-4</sup>.

As avaliações de acesso aos serviços de saúde envolvem fatores objetivos e subjetivos, ambos complexos, como a percepção dos usuários sob diferentes perspectivas que afetam o uso<sup>5</sup>. A disponibilidade de um medicamento na farmácia não se traduz em garantia do acesso dos usuários ao produto. A falta de meios para obtê-los (financeiros e transporte), conhecimento de fluxos (níveis de atenção), regulação, interferentes na permanência do indivíduo, como fatores de tolerância referentes à limpeza, espera e cortesia de atendimento afetam a efetivação da universalidade da saúde<sup>6</sup>. Portanto, o acesso a medicamentos deve considerar as avaliações de outras dimensões, como a acessibilidade geográfica, capacidade de aquisição, disponibilidade, adequação e aceitabilidade<sup>2,4,7</sup>.

Mesmo sendo apenas uma das diversas dimensões que envolvem o acesso, a disponibilidade de medicamentos é muitas vezes considerada uma forma aproximada de avaliação do acesso nos sistemas públicos de saúde, sendo um importante desafio a ser superado<sup>3,8</sup>. Como o acesso a medicamentos tem impacto relevante sobre a saúde da população, a OMS definiu como um dos alvos principais para o controle de doenças não transmissíveis a necessidade de garantia de pelo menos 80% de disponibilidade de medicamentos essenciais<sup>9</sup>.

É o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) que visa amparar as demandas da população atendida na Atenção Primária à Saúde (APS), contemplando medicamentos e insumos direcionados às condições e necessidades de saúde mais prevalentes e relevantes da população<sup>10</sup>.

Com previsão de financiamento pelos três entes federados, é no contexto das farmácias públicas municipais que o CBAF se materializa, competindo aos municípios se organizarem para aquisição dos medicamentos e efetivarem o seu acesso a população<sup>10</sup>.

A definição do elenco do CBAF é estabelecida na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), constantes nos Anexos I e IV. Estados e municípios podem estabelecer itens adicionais à sua relação, respeitadas as regras de financiamento e pactuação<sup>11,12</sup>.

Além do acesso em farmácias públicas, também são disponibilizados no SUS medicamentos utilizados no contexto da APS por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), que são financiados total ou parcialmente pelo governo federal<sup>13</sup>.

Estudo integrante da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos - Componente Serviços, avaliou a disponibilidade física de medicamentos essenciais nas farmácias da APS do SUS. A disponibilidade média encontrada foi de 52,9%, com variações significativamente piores nas regiões Norte e Nordeste, que apresentaram resultados de 44,6% e 46,3% respectivamente<sup>8</sup>.

O baixo acesso, em relação à dimensão da disponibilidade de medicamentos essenciais no SUS, também foi encontrado nas farmácias públicas da APS em Minas Gerais, em que a disponibilidade apurada foi de 61%<sup>9</sup>.

A baixa disponibilidade de medicamentos essenciais é um desafio que pode ser resultante de diversos motivos, como problemas em processos de compras, problemas de produção ou demais aspectos que afetem a oferta de medicamentos. Porém, este desafio dificilmente será superado em um cenário de subfinanciamento<sup>2,14</sup>. Assim, estudos longitudinais sobre o financiamento e a disponibilidade de medicamentos na APS devem ser realizados para melhorar a compreensão sobre os fatores que influenciam o abastecimento e a garantia de uma saúde integral<sup>15</sup>.

Considerando a importância do acesso a medicamentos básicos no SUS, o presente estudo busca avaliar a relação entre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e a disponibilidade de medicamentos no município de Belo Horizonte - Minas Gerais, no período de 2018 a 2020.

## MÉTODOS

Foram identificados os recursos destinados ao financiamento do CBAF de responsabilidade de cada esfera de gestão do SUS para o município de Belo Horizonte nos anos de 2018, 2019 e 2020.

Os recursos da União foram verificados por meio de consulta aos relatórios de transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Municipal de Saúde (FMS), disponíveis no sítio eletrônico: [consultafns.saude.gov.br](http://consultafns.saude.gov.br).

As contrapartidas estadual e municipal foram obtidas por meio dos valores estabelecidos na Portaria de Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017 e Deliberação CIB/SUS/MG 3.043, de 13 de novembro de 2019 e atualizações, que estabelecem os valores por habitante/ano destinados ao financiamento do CBAF.

Com a base de cálculo do financiamento é per capita, importante registrar que o município de Belo Horizonte (BH) teve retração populacional do ano de 2016 para 2019<sup>16</sup>. Assim, tomou-se para base de cálculo de estimativa dos recursos dos entes estadual e municipal, a população IBGE do ano de 2016, definida em 2.513.451 habitantes, conforme previsto nas normativas relacionadas.

Para levantamento da suficiência de recursos previstos ao financiamento do CBAF, foram apurados os recursos gastos pelo município na aquisição de medicamentos e insumos presentes nos Anexos 1 e 4 da RENAME e comparados com os recursos repassados pelos entes para a aquisição em cada ano. Também se levantou a participação percentual de cada ente no financiamento previsto nas normativas para o CBAF do município, para proposição de valores que seriam necessários frente aos recursos utilizados na aquisição de medicamentos.

O levantamento dos valores gastos pelo município ocorreu por extração de relatório do sistema informatizado da gestão municipal da Assistência Farmacêutica, avaliando apenas os itens do CBAF que foram entregues para o município nos anos de 2018 a 2020.

Medicamentos e insumos padronizados no município, mas que não fazem parte do CBAF, não foram considerados na contabilidade dos recursos alocados.

A disponibilidade de medicamentos nas farmácias da APS foi obtida por consulta a relatórios do sistema informatizado das farmácias municipais, verificando a posição de estoque e

consumo médio registrado no sistema no último dia útil do mês de junho de cada ano avaliado, nas 152 farmácias municipais.

Foi escolhido como parâmetro de avaliação da disponibilidade, verificação dos estoques no último dia útil do mês de junho de cada ano. O item foi considerado como disponível quando verificado estoque na farmácia local em quantidade igual ou superior a dois dias de consumo, conforme consumo médio mensal previsto para o medicamento na farmácia local.

Avaliando, do número total de medicamentos que possuem previsão de estoque nas farmácias, e, subtraindo aqueles que estão zerados, foi feita a medida percentual da disponibilidade.

$$\text{Disponibilidade farmácia APS} = \frac{A - B}{A} \times 100$$

Sendo:

- A: o número total de medicamentos e insumos do CBAF que possuem previsão de estoque nas farmácias
- B: o número de medicamentos e insumos do CBAF que possuem previsão de estoque nas farmácias, mas estão zerados

A disponibilidade geral da APS foi calculada pela média das disponibilidades apuradas nas 152 farmácias.

Os itens álcool etílico 70% gel, solução gel lubrificante, glutaral, hipoclorito de sódio solução: 10 mg/mL (1%) e 25 mg/mL (2,5%), iodo + iodeto de potássio, preservativo feminino e preservativo masculino fazem parte do Anexo IV da RENAME, porém não foram considerados na apuração dos custos e disponibilidade porque possuem formas de acessos diversas nos serviços de saúde municipais, não sendo disponibilizados nas farmácias locais da APS.

Para avaliação dos recursos em cada ano, os valores previstos e aplicados em 2018 e 2019 foram corrigidos para 2020 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

## RESULTADOS

Considerando os valores de financiamento previstos nas normativas do SUS para o Estado, Município e União, os seguintes recursos disponíveis no município para o financiamento dos medicamentos da CBAF nos anos de 2018 a 2020 estão apresentados na Tabela.1

**Tabela 1: Contrapartidas previstas para o financiamento do CBAF no município de Belo Horizonte nos anos de 2018 a 2020.**

Ano	Município	Estado	União	Total
2018	R\$ 6.476.377,90	R\$ 9.193.163,55	R\$ 15.312.791,86	R\$ 30.982.333,31
2019	R\$ 6.271.008,25	R\$ 8.901.643,07	R\$ 14.886.289,89	R\$ 30.058.941,21
2020	R\$ 5.931.744,36	R\$ 8.420.060,85	R\$ 14.695.609,44	R\$ 29.047.414,65

Fonte: Elaborada pela autora.

Os gastos do município com medicamentos e insumos do CBAF nos anos de 2018 a 2020, bem como a apuração do déficit frente aos valores de contrapartida disponíveis encontram-se na Tabela 2.

**Tabela 2: Recursos alocados com medicamentos e insumos do CBAF no município de Belo Horizonte nos anos de 2018 a 2020.**

Ano	Valores alocados	Valores contrapartidas	Apuração déficit
2018	R\$ 43.510.905,68	R\$ 30.982.333,31	R\$ 12.528.572,37
2019	R\$ 49.900.655,03	R\$ 30.058.941,21	R\$ 19.841.713,82
2020	R\$ 50.993.622,21	R\$ 29.047.414,65	R\$ 21.946.207,56

Fonte: Elaborada pela autora.

**Tabela 3: Valores necessários para financiamento do CBAF, por habitante, conforme valores gastos em cada ano, no município de Belo Horizonte.**

Ano	Valor necessário
2018	R\$ 17,31
2019	R\$ 19,85
2020	R\$ 20,29

Fonte: Elaborada pela autora.

Considerando os valores atuais previstos para o financiamento do CBAF, observa-se uma participação de cada ente de aproximadamente 20% de financiamento municipal, 29% estadual e 51% federal. Aplicando estes percentuais nos valores por habitante que foram encontrados na Tabela 3, para que seja mantida a mesma disponibilidade de medicamentos observada no município, seria necessário reajustar os valores para financiamento do CBAF para cada ente, conforme Tabela 4.

**Tabela 4: Valores devidos por cada ente para aquisição de medicamentos do CBAF no município nos anos de 2018 a 2020.**

Ano	Município	Estado	União	Total
2018	R\$ 3,46	R\$ 5,02	R\$ 8,83	R\$ 15,86
2019	R\$ 3,97	R\$ 5,76	R\$ 10,13	R\$ 18,78
2020	R\$ 4,06	R\$ 5,88	R\$ 10,35	R\$ 20,29

Fonte: Elaborada pela autora.

**Tabela 5: Disponibilidade de medicamentos no município de Belo Horizonte nos anos de 2018 a 2020.**

Ano	Valor médio
2018	88,71%
2019	94,01%
2020	92,22%

Fonte: Elaborada pela autora.

## DISCUSSÃO

O recurso destinado para o financiamento do CBAF é composto pelas contribuições dos governos federal, estadual e municipal. Conforme proposto nas normas nacionais e estaduais pactuadas entre os gestores do SUS sobre o financiamento do CBAF, a participação dos entes é estabelecida de forma a manter uma maior contribuição da União, seguida pela participação do estado e dos municípios.

Os repasses federais apresentaram um aumento do valor entre os anos de 2019 e 2020, resultante do reajuste proposto em dezembro de 2019, por meio da Portaria n. 3.193, que atualizou os valores estabelecidos na Portaria de Consolidação n. 6/2017. Essa atualização incluiu o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDMH) como critério no repasse de recursos, representando ao município objeto do estudo uma mudança do valor per capita da contrapartida da União de R\$ 5,58 ao ano, para R\$ 5,85 (BRASIL, 2017a). Com a atualização, o valor de repasse da época foi de R\$ 14.025.056,61 em 2018, R\$ 14.080.936,04 em 2019 e R\$ 14.695.609,44 em 2020. A Tabela 2 demonstra os valores de 2018 e 2019 corrigidos para 2020, evidenciando que o reajuste proposto pela Portaria n. 3.193/2019 foi inferior aos anos anteriores, com uma desvalorização dos recursos destinados do componente<sup>11</sup>.

No estado de Minas Gerais, desde 2011, o valor da contrapartida estadual do CBAF é superior aos R\$ 2,36 por habitante ao ano. A Deliberação CIB-SUS/MG n. 867, de 20 de julho de 2011 estabeleceu o valor da contrapartida estadual para R\$ 3,00 per capita/ano, contribuindo para o

financiamento do CBAF, superior ao estabelecido na Portaria de Consolidação n. 6/2017<sup>17</sup>. Posteriormente, em 2015, Belo Horizonte aderiu, por meio da Deliberação CIB-SUS/MG n. 2.164, de 19 de agosto de 2015<sup>18</sup>, ao programa de Regionalização da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, para execução de atas de registro de preço estaduais, que atualizou o valor da Contrapartida Estadual do CBAF para R\$ 3,35 por habitante ao ano. Desde então, o valor da contrapartida estadual permanece o mesmo.

Assim, durante os três anos avaliados, uma vez que não houve alteração dos valores previstos para o financiamento do CBAF, tampouco da base populacional, encontrou-se o mesmo valor de repasse estadual nos três anos avaliados, com impacto da variação inflacionária. Da mesma forma, não houve variação dos recursos de contrapartida municipal pactuados. Contudo, aplicando o IPCA dos valores previstos em cada ano, a redução da capacidade de financiamento foi ampliada ao longo do período, passando de R\$ 9.193.163,55 em 2018 para R\$ 8.420.060,85 em 2020 (Tabela 1).

A aquisição de medicamentos e insumos do CBAF exigiu recursos municipais superiores aos previstos, gerando um déficit crescente nos anos avaliados. Em 2018, o déficit encontrado de R\$ 12.528.572,37 representou 40,4% do valor total previsto para o financiamento do CBAF no município. Em 2019, esse déficit foi de R\$ 19.841.713,82, correspondendo a 66% do valor total previsto e, em 2020, o déficit representou 75,6% do valor pactuado, chegando a um custo incremental à gestão municipal de R\$ 21.946.207,53 (Tabela 2).

Destaca-se que a análise se limitou aos gastos municipais com medicamentos e insumos do CBAF que são distribuídos nas farmácias municipais, cabendo ao município financiar todos os outros medicamentos e insumos que não constam nos Anexos 1 e 4 da RENAME. Além disso, alguns itens da Relação Nacional de Insumos, passíveis de financiamento tripartite, não entraram na avaliação financeira. Assim, estima-se que os investimentos realizados com itens do CBAF possam ser superiores aos valores encontrados, o que aumenta o déficit medido nesta avaliação.

No período de 2018 a 2020, os recursos necessários para aquisição de medicamentos do CBAF foram crescentes, passando de R\$ 43.510.905,98 para R\$ 50.993.622,21. Esse aumento representou um crescimento de aproximadamente 17,2% no período, demonstrando a urgência

na atualização de valores ao CBAF com vistas à sustentabilidade do acesso a medicamentos nas farmácias públicas da APS.

Como consequência do maior aporte de recursos municipais, o valor gasto com medicamentos do CBAF por habitante em cada ano foi superior ao estabelecido nas normativas relacionadas. Tomando por base os valores pactuados de financiamento do CBAF ao ano, em 2018 e 2019 o valor per capita para Belo Horizonte era de R\$ 11,29, passando para R\$ 11,56 em dezembro de 2019. Avaliando os recursos aplicados, o valor necessário por habitante/ano para aquisição de itens do CBAF seria de R\$ 17,31 em 2018, R\$ 19,85 em 2019 e R\$ 20,29 em 2020, com uma necessidade de evolução dos valores de 16% no período.

A necessidade de recursos superiores ao financiamento previsto fragiliza a garantia da disponibilidade de medicamentos, uma vez que esta depende do aporte de recursos municipais extras, que muitas vezes podem não estar disponíveis. Esse resultado pode estar relacionado ao achado de Faleiros *et al.*<sup>14</sup>, que identificaram a influência do PFPB na aquisição de medicamentos realizadas pelos municípios.

A opção de gestores em não investirem recursos em medicamentos fornecidos pelo PFPB é sintomática frente ao subfinanciamento do CBAF. Mattos *et al.*<sup>19</sup> também identificaram, por meio de gestores de esferas subnacionais do SUS, a não aquisição de medicamentos disponibilizados no PFPB devido a insuficiência de recursos, bem como a aplicação por parte dos municípios de valores superiores à sua contrapartida pactuada para evitar o desabastecimento de medicamentos nas farmácias públicas da APS.

Ressalta-se que para execução de uma política de assistência farmacêutica efetiva na APS são necessários outros investimentos, para além da aquisição de medicamentos, tais como estrutura, organização dos processos e educação continuada dos envolvidos em todas as etapas do processo<sup>20</sup>. A exaustão de recursos para a aquisição de medicamentos do CBAF impede a realização desses investimentos em muitos municípios, afetando a qualidade dos serviços ofertados<sup>21</sup>.

Observando a disponibilidade de medicamentos medida nos três anos nas farmácias da APS, o município teve um abastecimento de itens do CBAF muito superior às médias encontradas no estado de Minas Gerais, de 61%<sup>9</sup>, e no país, de 52,9%<sup>8</sup>.

O abastecimento apurado nos anos de 2018, 2019 e 2020, foi de 88,7%, 94,0% e 92,2% respectivamente, também foi superior aos valores encontrados nas farmácias privadas em estudo que mediu a forma de obtenção de medicamento por usuários<sup>4</sup>.

As disponibilidades identificadas no estudo, vide Tabela 4, superiores aos achados na literatura, demonstram que é possível superar este que vem sendo um importante desafio para o acesso adequado a medicamentos essenciais<sup>2</sup>. Contudo, os dados também demonstram a necessidade de investimentos que sejam suficientes para isso.

A disponibilidade encontrada nas farmácias da APS no período pode ser explicada pela presença no Plano Municipal de Saúde (PMS) de meta específica sobre o abastecimento de medicamentos nas farmácias municipais de 93%. O desempenho do município sobre essa meta do PMS pode ser verificado no Relatório Anual de Gestão (RAG) do município de 2020<sup>22</sup> em que o município apresentou um abastecimento de 90,15% em 2018, 94,00% em 2019 e 97,5% em 2020. Esses valores correspondem ao abastecimento no último dia útil do ano de medicamentos nas farmácias municipais da APS, no último dia útil do ano, não se restringindo apenas ao elenco do CBAF e se assemelham aos resultados encontrados no estudo, no que tange ao elenco do CBAF<sup>22</sup>. Apesar de serem medidas de um único dia de cada ano, a manutenção do alto abastecimento de medicamentos durante todo ano também pode ser constatada nos anos de 2018 e 2019, em que o abastecimento de medicamentos nas farmácias da APS foi superior a 90% durante a maior parte dos meses<sup>23,24</sup>.

O aumento dos valores gastos com medicamentos observada no estudo é esperado, entre outros, pelo aumento anual dos seus preços<sup>25</sup>. Esse reajuste anual fundamenta-se na adoção de uma política de controle sobre os preços estabelecida na Lei n. 10.742/2003, que também cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), responsável pela regulação econômica do mercado de medicamentos no país<sup>26</sup>. A CMED estabelece os critérios para a definição e o reajuste de preços, além de valores referenciais, como o Preço de Fábrica, o Preço Máximo ao Consumidor e o Coeficiente de Adequação de Preço<sup>27</sup>.

A princípio, a política de regulação dos preços no país foi pensada para reduzir o impacto de gastos com medicamentos pela população e sobre as contas públicas do próprio governo, uma vez que esta precisa comprar medicamentos para os serviços de saúde e distribuição à população<sup>25</sup>. Contudo, atualmente os preços máximos de medicamentos definidos pela CMED não refletem a realidade do mercado e podem respaldar aumentos abusivos dos preços<sup>25</sup>. Para

evitar então aquisições antieconômicas pelos serviços públicos, o TCU se posicionou categoricamente sobre a impossibilidade de utilização da tabela de valores da CMED como parâmetros de preços de referência em processos<sup>27</sup>.

Outro agravante sobre essa perspectiva é a liberação de preço de medicamentos com risco de desabastecimento no mercado. Os impactos na logística de importação após a pandemia da COVID-19, os conflitos entre Rússia e Ucrânia, mudanças no padrão de consumo, entre outras causas estão impactando na disponibilidade de produtos, como Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) e componentes para a fabricação de medicamentos (ex. embalagens)<sup>28</sup>. A baixa disponibilidade dos produtos leva à elevação dos preços, muitas vezes ficando superiores aos valores estabelecidos pela CMED. Medicamentos com valores praticados acima da CMED não podem ser adquiridos pela administração pública<sup>27</sup>, podendo gerar desabastecimento nos serviços públicos de saúde devido à extrapolação dos valores estabelecidos pela CMED.

Frente a este cenário, buscando viabilizar a aquisição de determinados medicamentos pelos serviços públicos, a CMED publicou a Resolução n. 7/2022, que dispõe sobre a liberação dos critérios de estabelecimento ou de ajuste de preços de medicamentos com risco de desabastecimento no mercado brasileiro. Os medicamentos liberados por esta resolução, injetáveis e utilizados em grande parte em ambientes hospitalares, incluem também a dipirona, solução injetável, que compõe o CBAF<sup>29</sup>. O aumento do valor deste medicamento, também usado em unidades de saúde da APS, projeta um impacto no déficit de recursos do CBAF ainda maior em 2023.

Este estudo traz um caráter inovador, uma vez que disponibiliza dados do abastecimento e investimentos realizados, permitindo mensurar de forma objetiva o déficit do financiamento do CBAF, bem como a necessidade de atualização dos valores das contrapartidas.

Cabe destacar como limitações do estudo realizado, a verificação da posição de estoque dos medicamentos nas Farmácias da APS em apenas um dia, podendo essa medida não refletir o abastecimento dos itens do CBAF ao longo do ano. Contudo, por meio dos relatórios anuais de gestão do período estudado, observa-se um percentual de disponibilidade muito semelhante aos encontrados.

O período analisado inclui, no ano de 2020, parte do período de pandemia da COVID-19, que causou grande pressão assistencial nos serviços de saúde com interferências na disponibilidade e preços dos medicamentos.

Não foram considerados os recursos extraordinários ou outros recursos recebidos no período que porventura tenha sido utilizado para o financiamento da AF municipal, com análise restrita apenas aos valores previstos ao CBAF no período.

Além disso, outro ponto de atenção é que a apuração do abastecimento por meio de verificação do sistema pode resultar em uma aferição equivocada caso o estoque físico e o virtual estejam em desacordo. Contudo, considerando que todas as farmácias da APS possuem rotina de contagem quinzenal para apuração de divergências, com medidas de acurácia acompanhadas pela gestão dos serviços, e, sendo a apuração do abastecimento apenas de estoques superiores ou iguais a dois dias de consumo, estima-se reduzir estes problemas.

Frente aos resultados, conclui-se que para viabilizar a execução do CBAF no âmbito das farmácias públicas é mister a realização de reajustes dos valores de financiamento, com previsão de atualizações anuais, conforme à dinâmica de precificação dos medicamentos, incorporação de novos medicamentos nesse componente e ampliação dos atendimentos que são realizados na APS.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Instituiu e aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a qual norteia a formulação de políticas de medicamentos, ciência, tecnologia e desenvolvimento industrial. *Diário Oficial da União* 2004 maio 20 [acessado 2022 jul. 8];1:52. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html).
2. Álvares J, Guerra AA Junior, Araújo VE, Almeida AM, Dias CZ, Ascef BO, Costa EA, Guibu IA, Soeiro OM, Leite SN, Karnikowski MGO, Costa KS, Acurcio FA. Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica* 2017 Nov 13;51(suppl 2):20s. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007139.
3. Bermudez JAZ, Costa JCS, Noronha JCN, organizadores. *Desafios do acesso a medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Lives; 2020 [acessado em 2022 mar. 25]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41803>.
4. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NU, Mengue SS, Arrais PS, Farias MR, Pizzol TD, Ramos LR, Bertoldi AD. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. *Rev Saude Publica*. 2016 Dec;50(suppl 2):6s. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006161.

5. Assis MM, de Jesus WL. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise [Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model]. *Cien Saude Colet* 2012 Nov;17(11):2865-75. doi: 10.1590/s1413-81232012001100002.
6. Santos RI, Farias MR, Pupo GD, Trindade MCN, Dutra FF organizadores. Políticas de saúde e acesso a medicamentos. *Assistência Farmacêutica no Brasil: política, gestão e clínica*. Vol. 1. Florianópolis: UFSC; 2016.
7. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981 Feb;19(2):127-40. doi: 10.1097/00005650-198102000-00001.
8. Nascimento RCRMD, Álvares J, Guerra AA Junior, Gomes IC, Costa EA, Leite SN, Costa KS, Soeiro OM, Guibu IA, Karnikowski MGO, Acurcio FA. Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica* 2017 Nov 13;51(suppl 2):10s. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007062.
9. Barbosa MM, Nascimento RC, Garcia MM, Acurcio FA, Godman B, Guerra AA Jr, Alvares-Teodoro J. Strategies to improve the availability of medicines in primary health care in Brazil: findings and implications. *J Comp Eff Res* 2021 Feb;10(3):243-253. doi: 10.2217/ce-2020-0125.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename* 2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acessado em 2022 jul. 8]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/17/170407M2018final.pdf>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017 out. 3 [acessado em 2022 jul. 8];90(1):569. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html).
12. Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011 nov. 22 [acessado em 2022 jul. 8]:1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm).
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Farmácia Popular*. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acessado em 2022 nov. 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/farmacia-popular>.
14. Faleiros DR, Acurcio F de A, Álvares J, Nascimento RCRM do, Costa EA, Guibu IA, Soeiro OM, Leite SN, Karnikowski MG de O, Costa KS, Guerra Junior AA. Financing of Pharmaceutical Services in the municipal management of the Brazilian Unified Health System. *Rev. saúde pública* 2017 Sep. 22;51(suppl.2):14s. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007060.

15. Rocha WH, Teodoro JÁ, Assis Acurcio F, Guerra AA Jr, Gomes Moura IC, Godman B, Kurdi A, Rezende Macedo do Nascimento RC, Almeida AM. Influence of pharmaceutical services organization on the availability of essential medicines in a public health system. *J Comp Eff Res* 2021 Apr;10(6):519-532. doi: 10.2217/cer-2020-0259.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA). *Estimativas de População*: Tabela 6579 - População residente estimada. Brasília: IBGE; 2022.
17. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. *Deliberação CIB-SUS/MG n. 867, de 20 de julho de 2011*. Pactua no âmbito do Estado de Minas Gerais o Componente Básico da Assistência Farmacêutica a ser realizado no SUS/MG e dá outras providências. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2011 [acessado em 2022 nov. 13]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%20867%20Financiamento%20de%20componente%20basico%20SAF.pdf>.
18. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG n. 2.164, de 19 de agosto de 2015*. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS-MG. *Minas Gerais*, Diário do Executivo, 2015 ago. 22;1:30.
19. Mattos L, Silva R, Chaves G, Luiza V. Pharmaceutical services in primary healthcare and the Farmácia Popular Program: the perspective of public administrators from subnational spheres of the Brazilian National Health System. *Saude Soc.* 2019 Jan-Mar;28(1):287-298. doi: 10.1590/S0104-12902019170442.
20. Rocha WH, Teodoro JÁ, Assis Acurcio F, Guerra AA Jr, Gomes Moura IC, Godman B, Kurdi A, Rezende Macedo do Nascimento RC, Almeida AM. Influence of pharmaceutical services organization on the availability of essential medicines in a public health system. *J Comp Eff Res* 2021 Apr;10(6):519-532. doi: 10.2217/cer-2020-0259.
21. Barbosa MM, Garcia MM, Nascimento RCRMD, Reis EA, Guerra AA Junior, Acurcio FA, Álvares J. Infrastructure evaluation of Pharmaceutical Services in the National Health System of Minas Gerais. *Cien Saude Colet* 2017 Aug;22(8):2475-2486. doi: 10.1590/1413-81232017228.10952017.
22. Belo Horizonte. Prefeitura de Belo Horizonte. *Relatório Anual de Gestão 2020*. Belo Horizonte: PBH; 2020 [acessado em 2022 nov. 17]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/rag-2020.pdf>.
23. Belo Horizonte. Prefeitura de Belo Horizonte. *Relatório Anual de Gestão de 2019*. Belo Horizonte: PBH; 2019 [acessado em 2022 nov. 22]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/rag-2019.pdf>.
24. Belo Horizonte. Prefeitura de Belo Horizonte. *Relatório Anual de Gestão de 2018*. Belo Horizonte: PBH; 2018 [acessado em 2022 nov. 21]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/RAG%202018.pdf>.

25. Dias LLS, Borges dos Santos MA, Santos Pinto CDB. Regulação contemporânea de preços de medicamentos no Brasil - uma análise crítica. *Saúde Debate* 2019;43(121):543-558. doi: 10.1590/0103-1104201912120.
26. Brasil. Lei n. 10.742, de 06 de outubro de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004 out. 7:1.
27. Brasil. Tribunal de Contas da União. *Orientações para aquisições públicas de medicamentos*. Brasília: TCU; 2018c [acessado em 2022 nov. 30]. Disponível em: [https://portal.tcu.gov.br/data/files/8A/E0/DC/81/A5A1F6107AD96FE6F18818A8/Orientacoes\\_aquisicoes\\_publicas\\_medicamentos.pdf](https://portal.tcu.gov.br/data/files/8A/E0/DC/81/A5A1F6107AD96FE6F18818A8/Orientacoes_aquisicoes_publicas_medicamentos.pdf).
28. Bezerra, W. F. [*Ofício CONASEMS 0373/2022*]. Destinatário: Marcelo-Queiroga. Ministro de Estado da Saúde. Brasília, 13 maio 2022. 1 carta.
29. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Nota Informativa: Resolução CM-CMED nº 7, de 1º/06/2022*. Brasília: ANVISA; 2022 jun. 20 [acessado em 2022 dez. 1]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/informes/nota-informativa-resolucao-cm-cmed-no-7-de-1o-06-2022>.