DIAGNÓSTICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Análise da Relação Municipal de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e Processos de Aquisição praticados pelos Municípios Brasileiros em 2018

Guia de Orientação Técnica

Aos gestores municipais de saúde quanto à seleção e aquisição de medicamentos para a Atenção Básica

CADERNO 6

CONASEMS
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Ficha técnica

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS

Presidente: Wilames Freire Bezerra
Vice-Presidente: Charles Cezar Tocantins
Vice-Presidente: Cristiane Martins Pantaleão

Comitê Executivo do Projeto Diagnóstico da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

Catarina Batista da Silva Moreira
Elton da Silva Chaves
Helena Diaz da Silveira
Hisham Mohamad Hamida
Jônatas David Gonçalves Lima
Karen Sarmento Costa

OPAS

Socorro Gross Galiano
André Lacerda Ullysses de Carvalho
Kathiaja Souza Miranda

Coordenação Técnica Geral

Noemia Urruth Leão Tavares

Elaboração de Texto

Dirce Cruz Marques
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Karen Sarmento Costa
Luciane Savi
Noemia Urruth Leão Tavares
Orlando Mário Soeiro
Vera Lucia Luiza

Colaboração

Andreia Turmina Fontanella

Revisor Técnico

Elton da Silva Chaves
Karen Sarmento Costa
Leonardo Regis Leira Pereira

Design, Projeto Gráfico e Diagramação:

Sense Design & Comunicação

Revisão de Português

Karla Amorim Sancho

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

Soller, Orenzio
Guia de orientação técnica aos gestores municipais de saúde quanto a seleção e aquisição de medicamentos para a atenção básica [livro eletrônico] : análise da relação municipal de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica e processos de aquisição praticados pelos municípios brasileiros em 2018 : caderno 6 / Dirce Cruz Marques...[et al.]. -- Brasília, DF : CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2022. -- (Diagnóstico da assistência farmacêutica na atenção básica ; 6)--(Diagnóstico da assistência farmacêutica na atenção básica ; 6) PDF

Outros autores: Felipe Tadeu Carvalho Santos, Karen Sarmento Costa, Luciane Savi, Noemia Urruth Leão Tavares, Orlando Mário Soeiro, Vera Lucia Luiza.

Bibliografia.
ISBN 978-85-63923-15-8

1. Administração municipal - Brasil 2. Assistência farmacêutica 3. Atenção básica à saúde - Brasil 4. Compras (Serviço público) - Brasil 5. Medicamentos - Política governamental - Brasil 6. Políticas públicas 7. Saúde pública - Brasil I. Marques, Dirce Cruz. II. Santos, Felipe Tadeu Carvalho. III. Costa, Karen Sarmento. IV. Savi, Luciane. V. Tavares, Noemia Urruth Leão. VI. Soeiro, Orlando Mário. VII. Luiza, Vera Lucia. VIII. Série.

22-117315 CDD-362

Índices para catálogo sistemático:
1. Assistência farmacêutica : Aspectos sociais e políticos : Bem-estar social 362
Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

Guia de Orientação Técnica

Aos gestores municipais de saúde quanto à seleção e aquisição de medicamentos para a Atenção Básica

CADERNO 6

CONASEMS
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1.
EIXOS ESTRATÉGICOS DA PNAF 15

QUADRO 2.
CARACTERÍSTICAS E RESPONSABILIDADES EXECUTIVAS E DE FINANCIAMENTO DA AF NO BRASIL 18

QUADRO 3.
BASE LEGAL VIGENTE DO FINANCIAMENTO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 19

QUADRO 4.
PRINCIPAIS ACHADOS FAVORÁVEIS QUANTO À OFERTA DE MEDICAMENTOS DO CBAF PELOS MUNICÍPIOS 31

QUADRO 5.
PRINCIPAIS ACHADOS DESFAVORÁVEIS E RECOMENDAÇÕES QUANTO À OFERTA DE MEDICAMENTOS DO CBAF PELOS MUNICÍPIOS 32

QUADRO 6.
BASES LEGAIS DAS COMPRAS PÚBLICAS 66

QUADRO 7.
MODALIDADES DE LICITAÇÃO MAIS COMUNS PARA A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS 67

QUADRO 8.
FASES DO PROCESSO LICITATÓRIO 69

QUADRO 9.
EXEMPLO DE FORMATO DE SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS NO TR 70

QUADRO 10.
DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA COMPROVAR O ATENDIMENTO À LEGISLAÇÃO SANITÁRIA NA EXECUÇÃO DAS AQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS 72

QUADRO 11.
EXIGÊNCIAS TÉCNICO-SANITÁRIAS QUE DEVEM CONSTAR NO TR E NO EDITAL 72

QUADRO 12.
PRINCIPAIS PROBLEMAS DE DESABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS LISTADOS PELO CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE 77

QUADRO 13.
LISTA DE MEDICAMENTOS SELECIONADOS 80

QUADRO 14.
DESTAQUES DA ANÁLISE DOS REGISTROS NO BPS DE AQUISIÇÕES DE MEDICAMENTOS ENTRE 2017-2019 NO BRASIL 81

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.
DIMENSÕES DE ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO SUS 92

FIGURA 2.
GASTOS CORRENTES E VALOR MÉDIO DAS COMPRAS ENTRE 2017-2019, BRASIL (VALORES EM R$) 120

FIGURA 3.
PORTE POPULACIONAL E PERCENTUAL DAS AQUISIÇÕES REGISTRADAS NO BPS, 2017-2019 123

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.
REGISTROS DE COMPRA MUNICIPAL DE BLOQUEADORES DOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA (BRA) REGISTRADAS NO BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE (BRA) NOS ANOS DE 2017 A 2019, POR FÁRMACO 39

TABELA 2.
QUANTIDADE DE ITENS COMPRADOS E PREÇOS PRATICADOS DE ACORDO COM ESTA QUANTIDADE CONSIDERANDO OS REGISTROS DE COMPRA MUNICIPAL DE BLOQUEADORES DOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA (BRA) REGISTRADAS NO BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE (BRA) NOS ANOS DE 2017 A 2019 40

TABELA 3.
REGISTROS DE COMPRA MUNICIPAL DE ESTATINAS REGISTRADAS NO BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE (BRA) NOS ANOS DE 2017 A 2019, POR FÁRMACO 41

TABELA 4.
QUANTIDADE DE ITENS COMPRADOS E PREÇOS PRATICADOS DE ACORDO COM ESTA QUANTIDADE CONSIDERANDO OS REGISTROS DE COMPRA MUNICIPAL DE ESTATINAS REGISTRADAS NO BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE (BPS) NOS ANOS DE 2017 A 2019 42

TABELA 5.
REGISTROS DE COMPRA MUNICIPAL DO FÁRMACO DIPIRONA REGISTRADAS NO BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE (BPS) NOS ANOS DE 2017 A 2019, POR APRESENTAÇÃO 44

TABELA 6.
QUANTIDADE DE ITENS COMPRADOS E PREÇOS PRATICADOS DE ACORDO COM ESTA QUANTIDADE CONSIDERANDO OS REGISTROS DE COMPRA MUNICIPAL DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG REGISTRADAS NO BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE (BPS) NOS ANOS DE 2017 A 2019, POR TIPO DE MEDICAMENTO 48

TABELA 7.
QUANTIDADE DE ITENS COMPRADOS E PREÇOS PRATICADOS DE ACORDO COM ESTA QUANTIDADE CONSIDERANDO OS REGISTROS DE COMPRA MUNICIPAL DE DIAZEPAM 5MG REGISTRADAS NO BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE (BPS) NOS ANOS DE 2017 A 2019, POR TIPO DE MEDICAMENTO 49

TABELA 8.
QUANTIDADE DE ITENS COMPRADOS E PREÇOS PRATICADOS DE ACORDO COM ESTA QUANTIDADE CONSIDERANDO OS REGISTROS DE COMPRA MUNICIPAL DE OMEPRAZOL 20MG REGISTRADAS NO BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE (BPS) NOS ANOS DE 2017 A 2019, POR TIPO DE MEDICAMENTO 50

TABELA 9.
QUANTIDADE DE ITENS COMPRADOS E PREÇOS PRATICADOS DE ACORDO COM ESTA QUANTIDADE CONSIDERANDO OS REGISTROS DE COMPRA MUNICIPAL DE PROPRANOLOL 40MG REGISTRADAS NO BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE (BPS) NOS ANOS DE 2017 A 2019, POR TIPO DE MEDICAMENTO 51

TABELA 10.
MODALIDADES DE AQUISIÇÃO NO PERÍODO 2017-2019, BRASIL 119

TABELA 11.
GASTOS TOTAIS COM AS AQUISIÇÕES ENTRE 2017-2019, BRASIL 120

TABELA 12.
GASTOS CORRENTES MODALIDADE DE AQUISIÇÃO ENTRE 2017-2019, BRASIL (EM VALORES CORRENTES) 121

TABELA 13.
QUANTIDADE DE REGISTROS DE LICITAÇÕES, SEGUNDO MODALIDADE E PORTE POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS NO PERÍODO 2017-2019, BRASIL 122

TABELA 14.
QUANTIDADE DE REGISTROS DE LICITAÇÕES, SEGUNDO MODALIDADE E GRUPO PERCENTIL DO PIB *PER CAPITA* DOS MUNICÍPIOS NO PERÍODO 2017-2019, BRASIL 124

TABELA 15.
MODALIDADES DE AQUISIÇÃO, SEGUNDO AS REGIÕES BRASILEIRAS, ENTRE 2017-2019, BRASIL 125

TABELA 16.
MODALIDADES DE AQUISIÇÃO, SEGUNDO OS ESTADOS, ENTRE 2017-2019, BRASIL 126

TABELA 17.
ANALGÉSICO, ANTIPIRÉTICO, ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO, SEGUNDO MODALIDADE DE AQUISIÇÃO E PREÇOS, ENTRE 2017-2019 BRASIL 130

TABELA 18.
ANTIBIÓTICOS E ANTIPARASITÁRIOS, SEGUNDO MODALIDADE DE AQUISIÇÃO E PREÇOS, ENTRE 2017-2019, BRASIL 132

TABELA 19.
MEDICAMENTOS HORMONAIS E DO METABOLISMO, SEGUNDO MODALIDADE DE AQUISIÇÃO E PREÇOS, ENTRE 2017-2019. BRASIL 135

TABELA 20.
MEDICAMENTOS SELECIONADOS COM ATUAÇÃO NO SISTEMA CARDIOVASCULAR, SEGUNDO MODALIDADE DE AQUISIÇÃO E PREÇOS, ENTRE 2017-2019, BRASIL 136

TABELA 21.
MEDICAMENTOS COM ATUAÇÃO NO SISTEMA NERVOSO, SEGUNDO MODALIDADE DE AQUISIÇÃO E PREÇOS, ENTRE 2017-2019, BRASIL 138

TABELA 22.
MEDICAMENTO COM ATUAÇÃO NO SISTEMA RESPIRATÓRIO, SEGUNDO MODALIDADE DE AQUISIÇÃO E PREÇOS, ENTRE 2017-2019, BRASIL 140

TABELA 23.
MEDICAMENTOS COM ATUAÇÃO NO TRATO ALIMENTAR E METABOLISMO, SEGUNDO MODALIDADE DE AQUISIÇÃO E PREÇOS, ENTRE 2017-2019, BRASIL 141

TABELA 24.
QUANTIDADE DE COMPRAS DE MEDICAMENTOS REALIZADAS POR MEIO DE CONSÓRCIO, ENTRE 2017-2019, BRASIL 142

TABELA 25.
LICITAÇÕES DE MEDICAMENTOS REALIZADAS POR MEIO DE CONSÓRCIO, SEGUNDO OS ESTADOS, ENTRE 2017-2019, BRASIL 143

TABELA 26.
ELENCO DE MEDICAMENTOS SELECIONADOS E LICITAÇÕES POR MEIO DE CONSÓRCIO E PREÇOS, 2017-2019, BRASIL 147

TABELA 27.
LISTA DE MEDICAMENTOS EXTRAÍDOS DO BPS COM REGISTRO DE COMPRAS 151

PREFÁCIO

O **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)** e os **Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMSs)** de todo o Brasil iniciaram um movimento de aprimoramento da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017, desta vez de forma ascendente e participativa, por meio de discussões regionais e fóruns nacionais, favorecendo a participação de um conjunto de gestores, trabalhadores, usuários e centros formadores de profissionais da saúde, articulando essas discussões no âmbito da CIT.

As proposições apresentadas pelo CONASEMS, após ampliar a discussão com os gestores municipais em todas as regiões do país, apenas retomaram um processo necessário de revisão de uma importante política de saúde no sentido de sua própria dinâmica e realidade composta das peculiaridades de um Brasil tão diverso.

Uma das inovações da PNAB merece destaque, pois traz pela primeira vez regulamentação das ações que os municípios devem exercer na Assistência Farmacêutica:

> *"Desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação especifica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado".*

A partir de então, a Diretoria do CONASEMS, em 2018, direcionou os trabalhos da área técnica da Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde da entidade. Um conjunto de estratégias e iniciativas foram desencadeadas na perspectiva de atender às diretrizes da PNAB e da própria entidade de fortalecimento da Atenção Básica, integração e qualificação da Assistência Farmacêutica no conjunto dos 5570 municípios brasileiros. Sendo assim, definiu-se uma agenda da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica contendo as seguintes prioridades:

- Promover iniciativas diversificadas que apoiem os municípios na implantação da Política de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.
- Estimular processos de educação permanente em saúde para os profissionais de saúde envolvidos na área da Assistência Farmacêutica nos municípios.
- Disponibilizar instrumentos e/ou ferramentas que contribuem com o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos gerenciais e assistenciais na Atenção Básica.

No Brasil, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), foi promulgada com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, favorecer a promoção do uso racional dos medica-

mentos, racionalizar recursos e assegurar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. A adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é uma das diretrizes e prioridades da PNM, constituindo-se um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

A responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso a medicamentos à população nos municípios é um desafio rotineiro para os gestores de saúde no país. Desenvolver as ações de Assistência Farmacêutica integrada com a Atenção Básica exige uma atuação diferenciada dos secretários de saúde e trabalhadores do SUS, propondo novas iniciativas relacionadas à gestão, à organização dos processos logísticos relacionados ao medicamento e ao aperfeiçoamento das práticas relacionadas ao cuidado farmacêutico.

Diante desse cenário o CONASEMS elaborou o **Projeto de Diagnóstico Nacional da Assistência Farmacêutica Básica** como estratégia de viabilização técnico-científica e da relação interfederativa, buscando, através deste, aperfeiçoar a representação do CONASEMS na proposição dos aprimoramentos necessários nas Políticas Farmacêuticas no país e, contribuir na definição das estratégias nacionais para garantir o acesso aos medicamentos e serviços farmacêuticos na Atenção Básica.

O primeiro levantamento temático realizado foi o **Levantamento nacional sobre a Relação Municipal de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e a aferição da situação dos processos de compra destes medicamentos por estes municípios**, realizado no segundo semestre de 2018.

A demanda partiu da necessidade do conhecimento do elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica praticado pelos municípios, e das dificuldades relatadas ao longo dos anos ao CONASEMS para a aquisição de alguns medicamentos desse elenco, bem como a necessidade de identificar itens com potencial risco de desabastecimento no país.

A realização desse levantamento com ampla participação nacional, contou com a cooperação na formulação de diferentes instituições de ensino e pesquisa no país, além da fundamental contribuição da rede de Cosems, por meio dos representantes no GTTAF (Grupo Técnico de Trabalho em Assistência Farmacêutica) e apoiadores, no qual agradecemos a todos nesse processo de construção coletiva.

Registramos também o apoio da OPAS/OMS e do DAF/SCTIE/MS, que por meio de cooperação institucional, potencializaram as análises e discussões deste diagnóstico.

A partir da inédita coleção **DIAGNÓSTICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA - Análise da Relação Municipal de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e Processos de Aquisição praticados pelos Municípios Brasileiros em 2018**, esperamos somar no debate nacional com vistas à oferta qualificada de tecnologias terapêuticas e garantia do acesso adequado para a nossa população.

Desejamos uma boa leitura e contem com o CONASEMS!

Wilames Freire Bezerra
Presidente Conasems 2021-2023

SUMÁRIO

PREFÁCIO 09

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA 12

- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA 13
- ORGANIZAÇÃO, FINANCIAMENTO E EXECUÇÃO DA AF NA AB NO SUS 16

RECOMENDAÇÕES PARA A QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA 22

- SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NOS MUNICÍPIOS 23
- AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PRATICADA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS 37
  - ESTRATÉGIAS ECONÔMICAS E OS PREÇOS PRATICADOS PELOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS 37
  - MODALIDADES DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PRATICADAS PELOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS 65
- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CUIDADO EM SAÚDE 91

ESTRATÉGIAS E FERRAMENTAS DE APOIO DO CONASEMS PARA A QUALIFICAÇÃO DA AF NA ATENÇÃO BÁSICA 103

- CAPACITAÇÃO E APOIO LOCAL 104
- INSTRUMENTOS E FERRAMENTAS 108

CONSIDERACÕES FINAIS 113

ANEXOS 115

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA ENQUANTO POLÍTICA PÚBLICA 13

ORGANIZAÇÃO, FINANCIAMENTO E EXECUÇÃO DA AF NA AB NO SUS 16

Assistência Farmacêutica enquanto Política Pública

Noemia Urruth Leão Tavares e Karen Sarmento Costa

O Sistema Único de Saúde (SUS) abrange a execução de ações de "assistência terapêutica, integral, inclusive farmacêutica", assim como a "formulação da política de medicamentos", conforme ratificado na Lei nº 8.080 de 1.990, que estabelece a organização dos serviços de saúde no país (BRASIL, 1990). Nessa perspectiva, a Assistência Farmacêutica tem um papel dinamizador na organização dos sistemas de saúde, uma vez que atua de forma transversal entre os serviços e consolida os vínculos com a população, assim como fortalece os princípios da universalização do acesso e da integralidade (NICOLINE, VIEIRA, 2011; PROVIN *et al.*, 2010).

No contexto histórico de desenvolvimento das políticas farmacêuticas, destaca-se a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PMN), em 1998, por meio da Portaria MS nº 3.916. É considerado um marco de inclusão da Assistência Farmacêutica enquanto política pública, trazendo definições claras de finalidades, objetivos e conjunto de atividades coerentes com os princípios constitucionais do direito à saúde (BRASIL,1998). Embora o decreto criador da Central de Medicamentos (Ceme) contivesse o termo AF, não havia até a promulgação da PNM uma clara definição de seu escopo de ação, objetivos e o conjunto de atividades que a compunha. Logo, a reorientação da AF da PNM correspondeu à proposta de construção concreta de AF integrada ao SUS, coerente com os princípios constitucionais do direito à saúde.

As diretrizes e prioridades estabelecidas pela PNM resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, tendo como finalidades principais:

- A garantia da necessária segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos
- A promoção do Uso Racional dos Medicamentos
- O acesso da população aqueles medicamentos considerados essenciais

Na PNM, a Assistência Farmacêutica foi definida como:

> *o grupo de atividades relacionadas com o medicamento e destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medica-*

mentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o Uso Racional de Medicamentos (BRASIL,1998).

A PNM apresenta ainda um conjunto de diretrizes para alcançar os objetivos propostos, quais sejam: Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais; Regulamentação sanitária de medicamentos; Reorientação da Assistência Farmacêutica; Promoção do Uso Racional de Medicamentos; Desenvolvimento científico e tecnológico; Promoção da produção de medicamentos; Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL,1998).

Para alcançar um dos objetivos prioritários estabelecidos pela PNM, relacionado à reorientação da Assistência Farmacêutica, se tomou por base o tripé formado pela descentralização, financiamento e ações logísticas, ou seja, faz-se necessário promover a descentralização da sua gestão, o desenvolvimento de atividades para assegurar o Uso Racional dos Medicamentos e ações que aperfeiçoem e tornem eficaz o sistema de distribuição no setor público e iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos (CHAVES, 2019).

Cabe destacar que no processo de descentralização da gestão os municípios passaram a ter uma maior responsabilidade na execução da Assistência Farmacêutica. Também vale ressaltar que a Portaria MS nº 17 6/1999, que instituiu a criação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFAB) representou um marco na organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL,1999), por considerar a necessidade de assegurar recursos para a sua execução, de modo a torná-la eficaz, efetiva e eficiente. Em 2001 houve outro incentivo à Assistência Farmacêutica Básica: a Portaria MS nº 343/2001 que continha os mesmos medicamentos do IAFAB, mas destinava-se apenas aos municípios que aderiram ao Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL,2001).

O acesso igualitário e universal aos medicamentos e procedimentos terapêuticos no SUS tem sido discutido a partir da premissa de que o direito à assistência integral farmacêutica exige a divisão de responsabilidades legais do Estado entre os entes federativos (BRASIL, 2007).

A garantia desses direitos vem sendo desenvolvida no Brasil mediante políticas públicas. O termo política pública é definido como "o conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos" (SOUZA, 2006; GIOVANELLA, 2009). No campo da saúde, as políticas públicas devem atender à necessidade de saúde da população, visando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo (GIOVANELLA,2009).

Na I Conferência Nacional de Medicamentos, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou e publicou a Resolução CNS nº 338/2004, que institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), enquanto parte integrante da Política Nacional de Saúde, definindo a Assistência Farmacêutica como:

[...] 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. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

A PNAF estabelece ainda a Assistência Farmacêutica no SUS como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais. Ela deve englobar os seguintes eixos estratégicos de execução:

QUADRO 1.
Eixos estratégicos da PNAF

I - a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica

II - manutenção de serviços de Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;

III - qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;

IV - descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados

V - Desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos;

VI - modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos

VII - utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da Assistência Farmacêutica

VIII - pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção

IX - Implementação de forma intersetorial, e em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo os centros de pesquisa e as universidades brasileiras, com o objetivo do desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam aos interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS;

X - definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País

XI - construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade

XII - estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos

XIII - promoção do Uso Racional de Medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo

Fonte: (BRASIL,2004).

A partir de sua publicação, as normas e diretrizes da PNAF, além da PNM, constituem os elementos da agenda política setorial brasileira. Seus princípios e diretrizes estão intimamente relacionados e contribuem para o fortalecimento dos direitos constitucionais. Devem ser consideradas como políticas sociais, que promovem um conjunto de benefícios aos usuários do Sistema Único de Saúde (COSTA,2019).

As diretrizes da PNAF no Brasil se desenvolvem no SUS por meio dos serviços farmacêuticos, como um conjunto de ações que visam o acesso a medicamentos e o seu uso adequado. Também contribuem para a promoção de uma atenção integrada e integral para a população. Por isso, a AF tem o medicamento como um dos elementos essenciais (BRASIL, 2004; OPS, 2013).

Nesse processo de implementação das políticas farmacêuticas, destacam-se princípios coerentes com o SUS, com foco na organização da AF pautada na descentralização e na busca de recursos para promover o acesso a medicamentos.

Em 2006 o Pacto pela Saúde – organizado em três dimensões: Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS – estabeleceu novos mecanismos de responsabilidade solidária da União, dos estados e dos municípios para operacionalização do SUS. O Pacto de Gestão propôs a redefinição das responsabilidades solidárias dos entes federativos no SUS. A Assistência Farmacêutica foi incluída no rol de responsabilidades gerais dos entes federativos (MACHADO,2019). Assim, de acordo com a Resolução CIT nº 4/2012, um compromisso foi reafirmado entre os três entes federativos no SUS. Trata-se da seguinte responsabilidade solidária:

> *[...] promover a estruturação da Assistência Farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu Uso Racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas (BRASIL,2012).*

Cabe destacar que mais recentemente a PNAB 2017 regulamentou as ações que os municípios devem exercer na Assistência Farmacêutica, reforçando o papel e as contribuições da mesma na Atenção Básica:

> *Desenvolver as ações de Assistência Farmacêutica e do Uso Racional de Medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017).*

Organização, Financiamento e Execução da AF na AB no SUS

A organização da Assistência Farmacêutica constitui-se em uma série de atividades interligadas e dependentes que contribuem para a integralidade da atenção à saúde. Apresenta componentes de natureza técnica, científica e operativa, integrados de acordo com a complexidade do serviço, necessidades e finalidades (MARIN,2003).

O elenco de medicamentos ofertados pelo SUS estão dispostos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que compreende "a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. A RENAME acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (FTN), protocolos clínicos e terapêuticos que subsidiam a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos, representa a diretriz norteadora para a Assistência Farmacêutica e para a promoção do Uso Racional de Medicamentos "(BRASIL,2011).

Cabe destacar que os estados, o Distrito Federal e os municípios "poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância

com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores" (BRASIL,2011). Em conformidade com as referidas pactuações, os entes federativos poderão ampliar o acesso aos medicamentos, de acordo com as necessidades locais. Na seção 3.1 deste Guia são discutidos os aspectos relacionados à seleção de medicamentos e qualificação do acesso a medicamentos nos municípios a partir dos dados do Levantamento Nacional, apontando algumas recomendações operacionais importantes sobre o tema.

Considerando o pressuposto de que a Assistência Farmacêutica tem um caráter sistêmico – para que seja garantida a racionalidade, eficiência e qualidade dos serviços – é fundamental a construção de diretrizes e objetivos bem definidos, a partir de um planejamento bem elaborado (MARIN,2003). Cabe destacar que – ainda que a área de AF não seja a responsável direta pela construção do planejamento orçamentário e dos instrumentos previstos na Portaria de Consolidação no 1/2017 – a inserção Técnica dos profissionais da gestão da AF pode trazer ganhos de qualidade no processo de elaboração do planejamento local, detalhando o desenvolvimento da gestão e do planejamento mais integrado.

O financiamento da AF no SUS é questão central para o desenvolvimento das suas ações, tanto que a Política Nacional de Medicamentos (PNM) definiu, na diretriz de reorientação da AF, a necessidade de articulação em três pontos: 1) garantia de recursos pelas três esferas para distribuição direta ou descentralizada de medicamentos; 2) descentralização plena da aquisição e distribuição; 3) financiamento específico para os medicamentos da Atenção Básica (BRASIL, 1998).

O financiamento da AF está relacionado com os instrumentos de gestão do SUS: PPA, LDO e LOA, respeitando o orçamento público disponível e utilizando os preceitos das Políticas Baseadas em Evidências.

Os medicamentos e insumos farmacêuticos da RENAME são financiados pelas três esferas de gestão do SUS, de acordo com pactuações entre os referidos três gestores, na Comissão Intergestores Tripartite, e regulamentações em portarias específicas, atualizadas periodicamente (BRASIL,2011).

Com a regulamentação do financiamento do SUS pela Portaria nº 204/2007 houve a criação de um bloco específico para a Assistência Farmacêutica operacionalizado pelos componentes básico, estratégico e especializado, cujas responsabilidades de execução e financiamento entre os entes são regulamentadas por portarias específicas, atualizadas periodicamente (BRASIL,2007).

A organização do acesso a medicamentos na Rede de Atenção à Saúde, a partir de então, está vinculada aos componentes da AF. Na Assistência Farmacêutica na Atenção Básica são disponibilizados os medicamentos do Componente Básico (CBAF) e os do Componente Estratégico (CESAF), prioritariamente nas farmácias e dispensários integrados às Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em farmácias públicas municipais não integradas fisicamente às UBS (BARBOSA,2017; MENDES *et al*. 2014). Em alguns casos – como dos antirretrovirais e dos medicamentos do Componente Especializado – as unidades dispensadoras podem estar localizadas em outros níveis de complexidade, tais como hospitais púbicos ou centros de especialidades, além de farmácias estaduais (LUÍZA,2018).

No Quadro 2 são apresentadas as características e responsabilidades executivas e de financiamento da AF no Brasil, segundo os Componentes da AF.

QUADRO 2.

Características e responsabilidades executivas e de financiamento da AF no Brasil

Componente	Características gerais	Responsabilidade no financiamento
Básico (CBAF)	> Aquisição de medicamentos e insumos, segundo elenco RENAME (anexo I e IV) > Adoção do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal dos municípios no financiamento. > Recursos podem ser aplicados em estrutura e qualificação – somatório das contrapartidas SMS + SES. Recursos federais apenas para aquisição > Valores mínimos *per capita* 3 entes: SES e/ou SMS: R$ 2,36 > MS faixa IDHM: R$ 5,85 a R$ 6,05 > Somatório total varia de R$ 10,57 a R$ 10,77 > Voltados ao contexto da APS	> Três esferas de gestão, com contrapartidas mínimas definidas. > As contrapartidas estaduais ou municipais podem ser aumentadas, conforme pactuação na CIB. > Cabe ao MS a aquisição e repasse direto da insulina humana NPH 100 UI/ml, insulina humana regular 100 UI/ml, medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher (DIU, diafragma e preservativos).
Componente Especializado da AF (CEAF)	> Estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, que visa a garantia da integralidade do tratamento, em nível ambulatorial. > Seguem abordagens terapêuticas estabelecidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicadas pelo MS.	> Divididos em três grupos: > Grupo I - MS > Grupo II - SES > Grupo III - União, estados, DF e municípios (segue as regras do CBAF).
Componente Estratégico da AF (CESAF)	> Cobre tratamentos de grupos de agravos (e doenças) específicos, agudos ou crônicos, inseridos em programas estratégicos do MS com protocolos e normas definidas.	> MS adquire e distribui às SES ou diretamente aos Municípios, dependendo do porte.

Fonte: Adaptado pelos autores a partir de (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

Legenda: APS: atenção primária em saúde, CIB: Comissão Intergestores Bipartite, IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, MS: Ministério da Saúde, SES: Secretaria de Estado de Saúde, SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

Atualmente, com a unificação dos blocos de financiamento do SUS, por meio da Portaria Ministerial nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 e da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 – que trata das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS do SUS – o

financiamento da AF encontra-se no bloco de Custeio. Os entes – dependendo da especificidade de cada componente – financiam os medicamentos por meio da aquisição direta ou por meio de repasses de contrapartidas financeiras.

As bases legais vigentes sobre o financiamento da AF encontram-se elencadas no Quadro abaixo.

QUADRO 3.

Base legal vigente do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

Instrumento legal	Características Gerais
Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017	> Elenca a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS > Apresenta diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais > Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) > Lista as regras e normas de financiamento e de execução do CBAF e CEAF no SUS
Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017	> Elenca de forma consolidada as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde > Detalha o custeio e financiamento da AF no SUS, sobre o CBAF e CEAF
Portaria GM/MS nº 2001/2017	> Altera a Portaria nº 1555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, > Aumenta os valores mínimos da contrapartida federal no financiamento e execução do CBAF
Portaria GM/MS nº 3.193/2019	> Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do CBAF > Institui o critério do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), no financiamento do CBAF

Fonte: Elaborado pelos autores.

Contudo, os arranjos de financiamento podem ser mais complexos, na medida em que se consideram as pactuações bipartite, pois é possível a existência de valores mínimos superiores aos previstos nas normas ministeriais, ou mesmo de gastos realizados independentemente da norma de financiamento ou das deliberações pactuadas, que podem tornar os custos por habitante ainda mais elevados.

Assim, os gestores devem sempre atentar para a importância de um bom planejamento, com base nas regras de financiamento da AF no SUS. Isso se reflete na organização das compras pela gestão municipal, por se tratar de etapa primordial. Muitas vezes, os valores mínimos podem estar defasados em relação aos preços de mercado, impondo o incremento do investimento de recurso de origem do tesouro municipal.

Problemas de escassez de recursos e fragilidades na capacidade de investimento público somados aos valores mínimos pactuados defasados para garantir o acesso efetivo a medicamentos, pressionam o gestor municipal a desenvolver cada vez mais ações baseadas em evidências e estratégias econômicas para maior eficiência na oferta de medicamentos como veremos na seção 3.3 deste Guia.

Para **saber mais** acesse as publicações do Projeto Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde (https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/)

Referências

BARBOSA MM *et al*. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. Ciência & Saúde Coletiva. Ago. 2017 ;22(8):247 5-86

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 06/11/2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 nov. 1998; Seção 1. p. 18

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 17 6, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 mar. 1999

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 343, de 21 de março de 2001. Cria o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao programa Saúde da Família, destinado aos municípios participantes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 mar. 2001

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1, p.52. 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS 7. Brasília. 2007. 187 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 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, Brasília, DF, 29 jun. 2011 [acesso em 30 nov. 2021]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ ato2011-2014/2011/decreto/d7 508.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União, Brasília, DF, 28 dez 2017; Seção 1, p. 91

BRASIL. Lei no 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 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. 2011; Seção 1. p. 1.

BRASIL. Resolução n° 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins da transição entre o Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jul. 2012, p. 54-64

COSTA KS, TAVARES NUL. Aula 4, A integração sistêmica da Assistência Farmacêutica. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 384 p.

GIOVANELLA L, ESCOREL S, LOBATO LVC, NORONHA JC, CARVALHO AI, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. Martínez DH, Navarrete MLV, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. Gac Sanit 2009; 23(4):280-286.

LUÍZA VL, Da SILVA RM, MATTOS LV, BAHIA, L. Fortalezas e desafios dos modelos de provisão e financiamento de medicamentos. In: Vulnerabilidades do complexo industrial da Saúde: reflexos das políticas industrial e tecnológica na produção local e Assistência Farmacêutica/organização Lia Hasenclever et.al. Rio de Janeiro: E-papers; 2018.

MACHADO RR, *et al*. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. Rev. Eletr. Enf. [Internet], 2009 [acesso em 20 nov. 2021];11(1):181-7. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46918

MARIN N, LUIZA, VL, CASTRO, CGSO, SANTOS, SM. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.

MENDES LV *et al*. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. Saúde em Debate. 2014;38(n. especial).

NICOLINE CB, VIEIRA RCPA. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 39, dez. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Série Medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde. Brasília: OPS/OMS/Ministério da Saúde, 2005.

PROVIN MP, CAMPOS AP, NIELSON SEO, AMARAL R. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. Saúde soc. 2010, vol.19, n.3, pp. 717-724

SOUZA, C. Políticas Públicas de Saúde: uma revisão de literatura. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul./dez 2006, p. 20-45

RECOMENDAÇÕES PARA A QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA

SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS E QUALIFICAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NOS MUNICÍPIOS 23

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PRATICADA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS 37

- ESTRATÉGIAS ECONÔMICAS E OS PREÇOS PRATICADOS PELOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS 37
- MODALIDADES DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PRATICADAS PELOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS 65

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CUIDADO EM SAÚDE 91

Seleção de Medicamentos e Qualificação do Acesso a Medicamentos nos Municípios

Vera Lucia Luiza e Dirce Cruz Marques

No Volume 3 desta série é apresentado panorama histórico-conceitual sobre a seleção de medicamentos e o detalhamento dos achados nos munícipios quanto ao tema. Nesta seção vamos destacar alguns aspectos operacionais e recomendações a partir dos achados do levantamento nacional.

Importância

O acesso aos Medicamentos Essenciais é considerado uma das intervenções mais eficazes para salvar vidas e melhorar a saúde da população.

A seleção de Medicamentos Essenciais tem um caráter organizador da Assistência Farmacêutica (AF). Assim, uma vez estabelecida, orienta os demais componentes, como a programação, que passa a contar com um elenco específico sobre o qual se organiza; a aquisição, uma vez que é possível saber quais os itens multifontes e os monopólicos, definir previamente as especificações relevantes e qualificar os fornecedores; o armazenamento e distribuição, pois o conhecimento do elenco facilita dimensionar o espaço físico necessário, as condições de estocagem e transporte gerais, assim como dos itens que tem requisitos especiais; a prescrição e dispensação, pois prescritores e dispensadores poderão priorizar seu conhecimento com base nos itens do elenco. No nível nacional, a lista de Medicamentos Essenciais pode e deve ser usada para orientar outras políticas e estratégias, como a de pesquisa e desenvolvimento, de produção, de genéricos e de precificação.

> **Aspectos importantes sobre a lista de medicamentos essenciais:**

- Explicita a responsabilidade do sistema de saúde em prover o acesso aos medicamentos e garantir seu financiamento.
- Contempla medicamentos de todos os níveis de cuidado, prezando a integralidade.
- Os critérios básicos são a eficácia e segurança dos fármacos, mas deve-se ter atenção aos critérios adicionais, como custo-benefício, requisitos de estocagem e comodidade posológica, pois são também relevantes.
- As decisões devem ser baseadas em evidências científicas.
- Trata-se de uma arena de interesses, uma vez que os produtos incorporados terão venda garantida, de forma que o processo costuma estar submetido a diferentes pressões.
- Deve ser atualizada, de maneira que contemple as possíveis mudanças epidemiológicas e as novas evidências científicas.

> A lista nacional (RENAME)

O Brasil possui uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) que – a despeito de algumas críticas (OSORIO-DE-CASTRO *et al.*, 2018; YAMAUTI *et al.*, 2017) – tem sido elaborada num processo bem estruturado, baseado em evidências, que busca a transparência. Esse processo é atualmente conduzido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), em que cada membro precisa declarar ausência de conflito de interesses. Cada recomendação de incorporação ou desincorporação é consubstanciada em evidências, que seguem para consulta pública. Findo o prazo de consulta, a CONITEC pode ou não reverter sua recomendação, sempre de forma consubstanciada. O parecer é encaminhado para decisão final pelo Secretário de Ciência e Tecnologia. Todo esse material pode ser consultado de forma detalhada na página eletrônica da CONITEC (http://conitec.gov.br).

Dada a descentralização e autonomia federativa dos entes, os estados, regiões de saúde e municípios também podem ter suas listas de Medicamentos Essenciais.

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)

> Como estabelecer a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)

Cabe lembrar que os medicamentos discutidos aqui são aqueles destinados à AB, uma vez que outros fármacos necessários para a integralidade do cuidado estão pactuados como de responsabilidade estadual e federal. Como a AB é de responsabilidade da gestão municipal, assim o são os medicamentos a ela referentes, financiados de forma tripartite.

É importante salientar que estabelecer uma REMUME significa assumir perante o controle social do SUS que: 1) os medicamentos atendem à maioria das necessidades de saúde do território, 2) foram selecionados segundo as melhores evidências científicas disponíveis e 3) os recursos financeiros estão programados para aquisição.

Como passo inicial para organizar a REMUME, o gestor municipal e sua equipe devem avaliar se os itens definidos para a AB na RENAME, incluídos no chamado Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), são suficientes para atender a demanda local.

Esse passo é fundamental pois, por força de lei, a RENAME é a lista oficial do SUS (BRASIL,2011a,2011b). O município tem autonomia para adotar ou não os medicamentos da RENAME, desde que observe os seguintes pontos:

> prover alternativa terapêutica que substitua a incorporada na RENAME, com justificativa adequada do ponto de vista das evidências científicas e, às vezes, de custo e comodidade posológica;

> apresentar justificativa técnica fundamentada nos casos em que, em virtude do perfil epidemiológico local, não haja necessidade de disponibilização de algum fármaco da RENAME;

> avaliar as reais possibilidades de financiamento da compra de medicamentos não incluídos na RENAME, uma vez que para execução do CBAF da RENAME existe uma pactuação financeira tripartite e medicamentos fora da RENAME não terão cobertura da CBAF;

Como a RENAME, elaborada pela CONITEC, segue os critérios norteadores de eficácia, segurança e, quando pertinente, o custo, é esperado que a REMUME não apresente grandes diferenças comparada à RENAME. Nos casos em que haja incorporação de medicamentos para doenças e condições clínicas não contempladas na RENAME, é fundamental que seja apresentada a justificativa técnica para tal decisão e que seja feito o seu arquivamento, para permitir sua recuperação sempre que necessário.

> Organização e estrutura para a seleção de medicamentos

A seleção dos medicamentos da REMUME requer da gestão municipal estrutura, organização e recursos humanos proporcionais às atividades que serão desempenhadas. As publicações científicas e a prática de diversas instituições mostram que o ideal é a implantação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) (CICCARELLO *et al.*, 2021; HOLLOWAY; GREEN, 2004; MARQUES; ZUCCHI, 2006).

A CFT tem como função principal a avaliação e seleção dos medicamentos da REMUME. Outras atribuições são definidas como de responsabilidade da CFT para garantir acesso e Uso Racional de Medicamentos, um exemplo importante é a atividade de elaboração de protocolos que orientam a prescrição e dispensação e complementa o processo de seleção.

Quanto à estrutura e organização da CFT, destaca-se de forma resumida os passos principais para sua implantação:

1. **Identificar os profissionais:** o número de profissionais é variável, de acordo com as necessidades de trabalho. No entanto, o mais importante é que possuam perfil e algum conhecimento técnico. Há um consenso sobre a composição mínima: médico, farmacêutico e enfermeiro. Deve-se estabelecer o coordenador dos trabalhos para definir a agenda e manter a comunicação com todas as áreas da gestão e dos serviços de saúde. Os membros devem declarar ausência de conflitos de interesse.

2. **Estabelecer o modo de funcionamento da Comissão:** a periodicidade de reuniões deve ser compatível com a demanda de atividades. Contudo, é importante definir um certa regularidade para que os profissionais organizem sua agenda e possam dedicar parte da sua carga horária aos trabalhos da CFT. É igualmente relevante pactuar com os gestores um número de horas por semana ou por mês para cada membro se dedicar às atividades individuais de pesquisa à literatura científica, elaboração de pareceres e atividades do grupo.

3. **Estabelecer um fluxo de comunicação com as equipes de saúde** para receber solicitações de inclusão ou exclusão de medicamentos, devidamente justificadas.

4. **Organizar o acesso às fontes de informação:** os membros devem decidir sobre a literatura científica que devem usar em seus pareceres. Atualmente, grande parte das informações têm acesso livre pela internet, mas pode ser necessário assinar algum periódico. Revisões sistemáticas de qualidade, agências governamentais de avaliação de tecnologias em saúde e diretrizes clínicas de países conceituados como Inglaterra, Canadá e Austrália, são a base das informações. É interessante que a CFT estabeleça parcerias com universidades locais que tenham *expertise* no assunto e podem ser parceiros valiosos na capacitação da equipe e disponibilização de literatura científica.

5. **Adotar modelo de parecer técnico:** a uniformidade dos pareceres dos membros da CFT, garantindo as informações necessárias é um ponto favorável que facilita a discussão e avaliação para a tomada de decisão. Pode-se filtrar dos pareceres da CONITEC as informações necessárias para a CFT definir um modelo compatível com a sua realidade.

Ao invés de possuir uma CFT o município pode, a partir de suas necessidades e estrutura, constituir uma Comissão de Seleção de Medicamentos com a atribuição exclusiva de manter a REMUME atualizada. Essa decisão requer uma estrutura menor do que exige a CFT, mas é absolutamente oportuna para a maioria dos municípios. O importante é sempre utilizar os critérios de seleção com base nas evidências científicas e dar transparência aos processos de elaboração da REMUME.

Critérios de Seleção de Medicamentos

O mercado farmacêutico brasileiro possui inúmeros medicamentos para as mesmas indicações clínicas, que apresentam pequenas mudanças nas suas estruturas, mas que não representam ganhos reais na terapêutica. Essa situação, somada aos hábitos de prescrição e às estratégias de propaganda, torna o processo de seleção estratégico para se contrapor aos interesses de mercado, garantir resultados melhores na terapêutica farmacológica e otimizar os recursos financeiros do SUS (MARIN *et al.*, 2003).

A REMUME deve ser elaborada segundo critérios técnicos bem definidos, que permitam argumentar com todos os interessados: profissionais, gestores, usuários e órgãos de controle.

Destacamos os principais critérios:

- Identificar os dados epidemiológicos do município, perfil de morbimortalidade, a oferta de serviços, padrões de prescrição para orientar o trabalho e estabelecer as prioridades no trabalho da CFT;

- Selecionar medicamentos que apresentem informação consistentes sobre eficácia e segurança para uso nas condições clínicas propostas;

- Quando um ou mais medicamentos são similares quanto sua eficácia e segurança, deve-se comparar aspectos como o custo do tratamento e a disponibilidade no mercado, para garantir sempre maior concorrência na licitação pública;

- Preferencialmente, deve-se selecionar medicamentos com um único princípio ativo para permitir a adequação das prescrições e atender

maior número de usuários. Existem no mercado farmacêutico brasileiro inúmeros medicamentos com combinação de fármacos que podem não trazer nenhum benefício clínico, aumentar a probabilidade de eventos adversos e interações medicamentosas, como também aumentar o custo. Mas, existem combinações que são vantajosas quando as doses de cada princípio ativo se adequam à maioria dos usuários, favorecendo a adesão ao tratamento e evitando erros no uso dos medicamentos;

> Avaliar as apresentações farmacêuticas e as concentrações disponíveis que favorecem a prescrição, segundo as diretrizes clínicas e a adesão ao tratamento;

> Evitar a incorporação na REMUME de várias alternativas terapêuticas para uma mesma condição clínica, por exemplo, vários fármacos da mesma classe terapêutica, o que pode sobrecarregar a logística de compra e distribuição de medicamentos;

> Divulgar a REMUME sempre utilizando a Denominação Comum Brasileira (DCB) dos medicamentos.

Vale destacar que o processo de desincorporação de medicamentos da REMUME também é necessário, pois a literatura científica é dinâmica e a atualização da lista requer cuidados nesse sentido. Da mesma forma que se deve documentar todas as inclusões, as exclusões devem também ser justificadas e amplamente divulgadas. Após a decisão de exclusão deve-se tomar os cuidados para garantir a substituição dos medicamentos de forma que os usuários não fiquem desassistidos. Deve ser feita também uma boa articulação com o processo de aquisição, para não correr o risco de que sejam comprado itens desincorporados, mobilizando inadequadamente os recursos financeiros.

Também merece atenção o fato de que necessidades individuais precisam ser acolhidas pela gestão municipal, quando o paciente não responde adequadamente aos medicamentos da REMUME e outros devem ser empregados. Essa tarefa deve ser cuidadosa, com discussão do caso junto à equipe de saúde e a decisão compartilhada para avaliar as possibilidades de disponibilizar os medicamentos.

E quando no município existem grandes dificuldades para a elaboração da REMUME?

Em geral, municípios de pequeno porte populacional podem ter dificuldade em implementar uma CFT em virtude do número reduzido de profissionais, com menores chances de experiência na área e sobrecarga de demandas. Uma forma de otimizar recursos é pactuar numa região de saúde, onde se estabelecem as referências de serviços intermunicipais e estaduais, a implantação de uma CFT regional, que serve de apoio técnico aos municípios e trabalhe de forma integrada para a região. A CFT regional pode elaborar a relação regional de medicamentos. Uma vantagem de uma lista regional é garantir o acesso dos usuários aos medicamentos prescritos em diferentes serviços de referência, uma vez que a lista é uniforme e de conhecimento de todos. A lista regional também facilita a aquisição compartilhada e até remanejamento de estoques, evitando perdas.

A CFT regional também pode estabelecer trabalho conjunto com universidades locais, por meio de convênios e parcerias, em que as diversas instituições podem se beneficiar: oferecendo apoio técnico-científico e campo de estágio aos graduandos.

Quando o município tem uma REMUME, todos os problemas estão resolvidos?

O estabelecimento da lista deve ser seguido por cuidados para que os esforços cumpram seus objetivos:

> Os prescritores e profissionais da Assistência Farmacêutica devem conhecer a lista e serem informados de sua importância. Assim, o documento impresso e/ou eletrônico deve ser distribuído e orientar capacitações e esforços de educação continuada;

> A lista deve ser utilizada para orientar os demais processos da Assistência Farmacêutica (programação, aquisição, prescrição, dispensação);

> A lista deve ser atualizada periodicamente;

> A lista deve ser apresentada ao Conselho Municipal de Saúde, e divulgada aos órgãos de controle, como o Ministério Público e a Defensoria Pública, para que fiquem claras as responsabilidades da gestão, inclusive quando das defesas em relação às ações judiciais demandadas ao município;

> Deve haver acompanhamento da efetividade da lista, buscando-se responder a perguntas como: os medicamentos da lista estão sendo adquiridos? Estão sendo adquiridos medicamentos que não constam na lista? Estão sendo prescritos medicamentos não constantes na lista? Há necessidades terapêuticas relevantes descobertas? Os medicamentos estão sendo utilizados da forma planejada?

Seleção de Medicamentos e Qualificação do Acesso a Medicamentos nos Municípios

Este é um estudo importante: é o primeiro a fazer esta abordagem com uma amostra tão grande, que abarcou 3.725 (66,9%) municípios brasileiros, pertencentes a 444 regiões de saúde. Isso corresponde a 79% da população brasileira (CONASEMS, 2022a).

No entanto, como em qualquer estudo, fazem-se importantes alguns cuidados especiais para a adequada interpretação dos achados. Assim, destaca-se aqui que:

> A análise aborda um conjunto de 27 princípios ativos, representando 68 medicamentos traçadores quando consideradas as apresentações (forma farmacêutica e concentração). Isso significa dizer que, por exemplo, num município com baixa disponibilidade de captopril os usuários não necessariamente estão desprovidos de inibidores da enzima acetilcolinesterase (IECA), pois pode ofertar, por exemplo, enalapril ou lisinopril (IECAs não contemplados na análise). Além disse, cabe sinalizar que as evidências evoluem, de forma que, como já sinalizado no Volume 3 (CONASEMS, 2022b) captopril, sulfametoxazol + trimetoprima e diclofenaco não constam na relação de Medicamentos Essenciais da 21ª edição da lista modelo da OMS (2019) e o atenolol não é mais recomendado como primeira opção de tratamento de hipertensão não complicada em indivíduos > 60 anos.

> A oferta é expressa como o percentual de municípios no país, região de saúde ou estado que ofertavam cada um dos medicamentos analisados no momento do levantamento de dados. Cabe observar que isso é diferente da disponibilidade tal como é expressa pela OMS, (que se refere ao percentual médio de itens disponíveis de um conjunto analisado, verificado em unidades de dispensação/venda de medicamentos).

> Por REMUME, entende-se neste trabalho a lista de medicamentos ofertada pelo município, sem que isso necessariamente expresse uma lista construída segundo os critérios preconizados na literatura.

Apresenta-se no Apêndice 1 um panorama sumário da taxa de resposta, oferta e de desabastecimento por problemas de aquisição e por ausência nas REMUMEs.

Encontrou-se que as REMUMEs apresentaram uma média de 184 medicamentos (especialidades farmacêuticas) (Mediana = 176; Mínimo = 20; Máximo = 414). Desses, uma média de 171 medicamentos REMUME eram coincidentes com a RENAME 2014 (Mediana = 162; Mínimo = 20; Máximo = 364), e 24 eram discordantes da RENAME 2014 (Mediana = 20; Mínimo = 1; Máximo = 50) (CONASEMS, 2022a).

O estudo teve boa taxa de resposta dos municípios, ainda que com diferenças quando consideradas os estados, regiões geográficas e regiões de saúde. O conjunto de municípios respondentes reflete a realidade experimentada por 79% da população brasileira (CONASEMS, 2022a).

A não inclusão do medicamento na respectiva REMUME foi a principal razão de não aquisição. Isso mostra coerência, uma vez que uma das finalidades da uma lista de Medicamentos Essenciais é orientar a aquisição.

Não obstante, foi encontrada a média de 24 medicamentos não coincidentes entre as REMUMEs com a RENAME 2014. Novamente, é uma informação que precisa ser mais bem detalhada em estudos futuros. Por um lado, é garantido aos municípios a autonomia de definirem seus elencos, desde que a cobertura financeira seja feita com recursos próprios. Outrossim, cabe também analisar a qualidade do processo de incorporação. Como já dito, os medicamentos da RENAME têm a incorporação bem documentada, com as informações disponíveis na página eletrônica da CONITEC. Cabe analisar se os municípios que incorporaram itens discordantes o fizeram por critérios baseados em evidências científicas e considerando o perfil epidemiológico local. O nível municipal tem vantagens como o melhor conhecimento da realidade local, mas também pode enfrentar dificuldades importantes, como a da mobilização da *expertise* necessária para implementar um bom processo de seleção, assim como maior suscetibilidade a pressões advindas da judicialização e hábitos de prescrição. A existência de municípios com até 50 itens discordantes da RENAME 2014 e número total de itens igual ou acima do número máximo da RENAME 2014 para a APS reforça essas preocupações.

Cabe comentar que a lista de Medicamentos Essenciais proposta pela OMS é uma lista modelo, portanto orientadora (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Ainda assim, tem alto valor indutivo aos países, sendo frequentemente utilizada para analisar as listas nacionais quanto às diferenças com a lista modelo da OMS (HOEFLER *et al*., 2019; PERSAUD *et al*., 2019). Já a RENAME é, por força da Lei 12401/2011 (BRASIL, 2011a), uma lista executiva, atrelada ao compromisso de promoção do acesso. Ainda que o processo de atualização da RENAME – atualmente com o caráter de incorporação de tecnologias – venha se estruturando ao longo do tempo, a construção de uma lista que seja adequada à grande diversidade do Brasil é um permanente desafio. Assim, ainda que a RENAME seja uma importante e fundamental referência, os entes federativos que reunirem as condições necessárias para estruturarem CFTs sólidas devem analisar com cuidado suas necessidades locais.

Para que se possa responder adequadamente às demandas de novas inclusões de medicamentos na AB, **entende-se como necessária uma revisão completa do CBAF da RENAME, para além dos pedidos de incorporação.** Essa medida favorece os processos de revisão das listas municipais, dando maior uniformidade de acesso aos medicamentos no país.

Cabe também destacar que, no que concerne à oferta de medicamentos – ainda que esta tenha sido alta – é importante não descuidar das ações de promoção do uso adequado de medicamentos. Por exemplo, a oferta de ISRS, primeira linha de tratamento da depressão, foi satisfatória. No entanto, estudos de utilização de medicamentos com foco nos antidepressivos podem ser interessantes para esclarecer a possibilidade de uso exagerado de fármacos em detrimento às abordagens não farmacológicas nos casos de depressão leve.

O Quadro 4 resume os principais achados favoráveis, assim como comentários considerados relevantes.

QUADRO 4.

Principais achados favoráveis quanto à oferta de medicamentos do CBAF pelos municípios

Principais Achados Favoráveis

Houve alta taxa de resposta sobre os medicamentos cardiovasculares: 100% (3725/3725) dos municípios participantes responderam ao inquérito sobre os medicamentos anlodipino, atenolol e captopril, o que corresponde às 444 Regiões de Saúde dos 26 Estados Federativos e Distrito Federal. Houve resposta de 98,5% (3670/3725) dos municípios sobre a furosemida, 98,5% (3668/3725) sobre a hidroclorotiazida e 98,3% (3660/3725) sobre a sinvastatina, abrangendo 443 Regiões de Saúde dos 26 Estados Federativos e Distrito Federal.

De forma geral, os medicamentos cardiovasculares (anlodipino, atenolol, captopril, furosemida, hidroclorotiazida) e a sinvastatina estão bastante disponíveis (maioria dos municípios com disponibilidade >=80%), nas baixas dosagens, em detrimento das altas dosagens; no entanto, isso possivelmente não configura barreira de acesso, uma vez que atendem adequadamente às posologias mais usuais e os usuários que necessitam doses mais altas podem ser recomendados a utilizar mais comprimidos por tomada.

Não foram obtidas evidências de diferença na oferta dos medicamentos traçadores com ação cardiovascular em relação ao número de habitantes dos municípios e ao número de farmácias por habitantes nos municípios.

Observou-se uma alta oferta dos antidiabéticos metformina e glibenclamida na Atenção Primária, com disponibilidade aceitável (> 80%) na grande maioria dos Estados e das Regiões de Saúde brasileiros. A disponibilidade menor de metformina 850mg e glibenclamida 5mg em municípios do S e SE pode ser devida a maior cobertura relativa do PBFBi

A baixa disponibilidade de amitriptilina é condizente com o baixo perfil de segurança do medicamento, ainda que se mostre de valor no manejo da dor;

a concentração de 25 mg, dose geralmente utilizada no controle da dor, está disponível em mais de 95% dos municípios, ao passo que a concentração de 75 mg, usada em depressão está disponível, em 26% dos municípios.

Dentre os municípios que participaram do inquérito, cerca de 90% disponibilizaram a apresentação da fluoxetina (ISRS) de 20 mg em cápsula e 41% em comprimido.

91,9% dos municípios disponibilizaram a apresentação de fenitoína 100mg comprimido.

95,7% dos municípios disponibilizaram carbamazepina 200mg comprimido e 81,5% disponibilizaram carbamazepina suspensão oral.

97,7% dos municípios adquiriram omeprazol 20 mg e 13,1% a concentração de 10 mg.

As apresentações de paracetamol solução oral e comprimido de 500 mg, assim como Dipirona solução oral e o comprimido de 500 mg foram altamente presentes nas REMUMEs, e foram adquiridas por mais de 90% dos municípios. De fato, faz-se importante disponibilizar opções para dor e febre tanto em adultos como crianças em condições que não se deve usar AINE, como no caso da dengue.

A excelente oferta de amoxicilina e azitromicina (nas apresentações orais para adultos e crianças) em todo o país mostra que a população brasileira está bem coberta para o tratamento das doenças infecciosas que acometem o trato respiratório.

O acesso ao metronidazol 250 mg comprimido e gel vaginal está garantido em mais de 80% dos municípios.

Todos os Estados e aproximadamente 92% das Regiões de Saúde apresentam mais de 80% dos seus municípios com acesso às apresentações de sulfametoxazol + trimetoprima em solução oral e comprimido.

Recomendações

O Quadro 5 resume as principais recomendações quanto aos achados segundo o tipo de problema.

QUADRO 5.
Principais achados desfavoráveis e recomendações quanto à oferta de medicamentos do CBAF pelos municípios

Tipo de problema / Principais achados desfavoráveis	Comentários/Recomendações
Baixa oferta	
A furosemida injetável esteve presente em 72,3% das REMUMES para uso na APS.	Considerando que as UBS devem dispor de uma caixa de emergência, chama atenção a baixa disponibilidade da furosemida injetável, medicamento com baixa possibilidade de substituição na sua indicação em situações de urgência/emergência. Sabe-se que há UBS que funcionam de forma integrada à UPA, mas dada a magnitude da não oferta, essa justificativa parece insuficiente.
A oferta de anlodipino e de sinvastatina no SUS é particularmente importante devido a não estarem presentes no PFPB. Considerando apenas a apresentação mais disponível de cada medicamento traçador cardiovascular analisado na APS, nota-se que os medicamentos passíveis de aquisição pelo PFPB (atenolol, captopril, hidroclorotiazida e sinvastatina) são menos ofertados nos municípios das regiões mais cobertas pelo programa (Sul e Sudeste) em relação aos demais medicamentos em análise.	Mesmo para os medicamentos presentes no PFPB, cabe considerar que o está por copagamento e mesmo quando o medicamento faz parte do Saúde não Tem Preço, a oferta custa mais aos cofres públicos do que a oferta no SUS; É importante ressaltar que existe uma responsabilidade do município em oferecer na REMUME os medicamentos necessários para dar conta do perfil epidemiológico, mesmo que existam outras iniciativas governamentais de acesso.
Oferta diferencial entre dosagens de um mesmo medicamento	
Há casos em que não há maiores implicações clínicas na oferta de diferentes dosagens, em especial quando é oferecida a dosagem mais utilizada e a forma farmacêutica pode ser particionada ou a dose de tomada duplicada. Não obstante, há casos que merecem maior atenção.	
Baixa oferta de formulações pediátricas	
A oferta de formulações adequadas ao uso pediátrico tem sido uma preocupação destacada pela OMS. Os achados sinalizam que este deve ser um cuidado também no Brasil.	
A análise estratificada demonstrou que em apenas 55% dos Estados seus municípios realizavam oferta adequada do clonazepam solução oral. Apenas 18,7% dos municípios ofertavam a fenitoína 20 mg/mL suspensão oral.	Considerando a importância do clonazepam como anticonvulsivante para crianças, a disponibilidade encontrada sugere problemas de acesso. A fenitoína é um anticonvulsivante antigo, mas segue relevante na terapêutica anticonvulsivante, portanto, segue essencial. A forma farmacêutica em suspensão oral, de uso pediátrico, tem sofrido pela descontinuidade de produção no mercado nacional, o que pode explicar a baixa incorporação nas listas municipais. É importante garantir a produção de Medicamentos Essenciais, independentemente de interesse comercial.

Tipo de problema / Principais achados desfavoráveis	Comentários/Recomendações
Menos de 50% dos municípios de 85,2% dos Estados adquiriram ranitidina 15 mg/mL, sendo a não incorporação nas REMUMES a causa mais frequente da não disponibilidade.	Em que pese que as medidas não farmacológicas na doença do refluxo gastroesofágico em crianças são a primeira linha de tratamento, a baixa disponibilidade de apresentação de ranitidina em xarope representa um vazio na terapêutica. Pacientes adultos no pós-operatório submetidos a cirurgia bariátrica também podem necessitar dessa apresentação. Assim, é necessário reavaliar o acesso a partir das necessidades locais.
A oferta de hidroclorotiazida 25 mg foi bastante maior (95,6%) em relação à hidroclorotiazida 12,5 mg (16,5%).	Atualmente o mercado farmacêutico oferece a concentração de hidroclorotiazida 12,5%, apresentação mais adequada por induzir a prescrição em baixas doses do diurético (BARROSO *et al.*, 2021);
86,4% dos municípios ofertavam a apresentação de 10 mg de diazepam, enquanto 67,6% ofertavam a de 5 mg	Existem diversos estudos demonstrando o uso abusivo de benzodiazepínicos em transtornos de ansiedade e insônia (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019; TANGUAY BERNARD *et al.*, 2018). Considerando que os idosos são a faixa da população mais acometida por esses sintomas e os eventos adversos dos benzodiazepínicos são comuns, é desejável que o uso quando realmente necessário seja na menor dose possível, facilitada com a disponibilidade da apresentação de 5 mg.
Houve baixa incorporação do ibuprofeno comprimido de 300mg	No caso da apresentação de 600 mg ser mais disponível que a de 300 mg, é necessário avaliar se o esquema posológico para analgesia fica prejudicado, uma vez que doses maiores são utilizadas para efeito anti-inflamatório, sendo que se deve utilizar a menor dose possível em especial nos idosos pelo risco de sangramento gastrointestinal.
A proporção de Estados e Regiões de Saúde que possuem mais de 80% de seus municípios com acesso a suspensão oral de metronidazol e comprimido de 400 mg comprimido é baixa.	A disponibilidade irregular das diversas apresentações e concentrações de metronidazol é um problema a ser enfrentado pelos municípios, uma vez que a abordagem de determinados agentes etiológicos e uso de esquema terapêuticos específicos são impossibilitados.
Diferenças regionais	
Houve diferenças regionais na oferta de vários medicamentos, em geral mais favoráveis àquelas de melhores condições socioeconômicas. Houve casos em que tais diferenças implicaram na total falta de oferta de opções terapêuticas para doenças de grande importância epidemiológica, como o caso da metformina, em que ambas as apresentações, comprimido de 500mg e de 850mg são relevantes para a adequada abordagem terapêutica ao diabetes. No caso da sinvastatina 20 mg, apresentação que confere a melhor flexibilidade posológica, a oferta foi menor que 80% dos municípios em 21,4% das regiões.	Apesar da evidente melhoria no acesso à Assistência Farmacêutica no Brasil, as disparidades regionais persistem e precisam ser corrigidas. O Componente Básico da AF (CBAF) é financiado de forma tripartite, com contrapartida municipal obrigatória; nesse sentido, o financiamento da AF merece uma discussão aprofundada sobre outras estratégias efetivas para dar conta das desigualdades.

Tipo de problema / Principais achados desfavoráveis	Comentários/Recomendações
Variáveis socioeconômicas	
As variáveis socioeconômicas (IDH, índice de Gini, oferta de profissionais da ESF) apresentam associação com a baixa oferta de vários medicamentos. Neste caso, a desigualdade expressa pelos indicadores é adicional às dificuldades de acesso das populações mais vulneráveis. Vale lembrar que há casos como no manejo da dor ou de distúrbios mentais, a valorização da queixa apresentada pelo paciente pode ser influenciada por aspectos como raça/cor, ampliando e agravando as desigualdades.	Tendo em vista as desigualdades internas nos municípios, os gestores devem estar atentos aos territórios que concentram vulnerabilidades, ou seja, municípios com alto IDH podem abrigar bolsões de pobreza. Assim, a manutenção da oferta desses medicamentos na REMUME deve ser avaliada, mesmo que do ponto de vista quantitativo o consumo seja baixo em virtude da menor dependência dos usuários ao SUS.
Discordância com a RENAME	
Ainda que pequeno percentual, ressalta-se que alguns municípios não disponibilizam medicamentos cardiovasculares e isto se deveu à não inclusão na REMUME, o que situa o problema na seleção e não na aquisição;	Tendo em vista a alta prevalência da doença cardiovascular, é fundamental que medicamentos anti-hipertensivos estejam sempre disponíveis nas listas que devem contemplar fármacos de diferentes classes terapêuticas para o adequado manejo da doença. Assim, é necessário avaliar se todas as classes de anti-hipertensivos estão na REMUME. Como o estudo considerou apenas os medicamentos traçadores, é possível que municípios que não oferecem captopril ofereçam outros IECA, como enalapril. Vale um estudo de utilização para identificar as posologias mais usualmente prescritas, assim como analisar o impacto na adesão no caso de quando o usuário precisa de mais comprimidos por tomada, ensejando ajustes nas REMUME para contemplar as apresentações mais utilizadas.
Oferta inadequada para APS	
Houve alta oferta da furosemida oral (97,9%), maior que a da hidroclorotiazida (95,6%).	A boa oferta de furosemida comprimido de 40 mg é desejável, tendo em vista suas indicações específicas. Porém, como diurético na hipertensão isolada, condição de alta prevalência, a hidroclorotiazida é a primeira escolha.
Houve baixa oferta relativa de salbutamol e beclometasona, opções terapêuticas para asma presentes na RENAME. No entanto, dado que estes medicamentos têm sido menos utilizados na prática clínica, o achado sugere racionalidade na decisão dos municípios, desde que as opções terapêuticas adequadas segundo as evidências científicas sejam incorporadas e ofertadas.	É passível de reavaliação a necessidade de manutenção das doses mais altas de beclometasona na RENAME e de sua adoção pelos municípios, uma vez que o uso de doses menores de corticoides em associação aos broncodilatadores é superior em termos de eficácia e perfil de reações adversas (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA, 2021); Vale lembrar que o CEAF disponibiliza budesonida e a combinação de formoterol + budesonida em cápsula inalante, o que garante o controle das crises e exacerbações; não obstante, na prática, o acesso do usuário ao CEAF em geral é mais dificultado em relação ao CBAF. Tendo em vista frequentes dificuldades dos usuários para o manejo adequado das formas farmacêuticas inalantes, sejam em spray, pó ou cápsulas, é importante que os municípios ofereçam, por meio do cuidado farmacêutico, orientação para utilização dos dispositivos, de forma que as doses administradas sejam adequadas e os resultados terapêuticos sejam alcançados.

Fonte: elaborado pelos autores.

Este é um primeiro estudo com tamanho alcance e com foco na oferta de medicamentos. Aborda questões ligadas à aquisição e à seleção, analisada nesta seção.

A participação dos municípios, a taxa de resposta segundo o item analisado e a oferta foram, de forma geral, alta. Não obstante, foram identificados problemas considerados dignos de nota, para subsidiar o processo de gestão da AF e qualificar o acesso aos medicamentos no país.

Cabe enfatizar que as respostas – obtidas pelo preenchimento do formulário no nível da gestão municipal – não necessariamente expressam a disponibilidade no ponto de contato com o usuário.

O processo qualitativo de definição das REMUME, assim como o monitoramento dos indicadores sinalizados, são aspectos que merecem ser abordados em iniciativas futuras.

Referências

BARROSO, W. K. S. *et al*. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658, v. 116, n. 3, p. 516–658, 2021.

CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Caderno 1. Volume 1 - Caracterização dos Municípios Participantes do Levantamento Nacional sobre a Relação Municipal de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasília: CONASEMS, 2022a.

CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Caderno 3. Volume 3 Análise de Medicamentos Essenciais e Traçadores do Componente Básico da Assistência Farmacêutica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Brasília: CONASEMS, 2022b.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei N. 12401 de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 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.. 2011 a.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto no 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 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, 2011b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>

CICCARELLO, C. *et al*. ASHP Guidelines on the Pharmacy and Therapeutics Committee and the Formulary System. American Journal of Health-System Pharmacy, v. 78, n. 10, p. 907–918, 6 maio 2021.

FEGADOLLI, C.; VARELA, N. M. D.; CARLINI, E. L. DE A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, 4 jul. 2019.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2021. [s.l.] GINA, 2021.

HOEFLER, R. *et al*. Added therapeutic value of new drugs approved in Brazil from 2004 to 2016. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, p. e00070018, 23 maio 2019.

HOLLOWAY, K.; GREEN, T. Drug and Therapeutics Committees: a practical guide. Geneva: WHO, 2004.

MARIN, N. *et al*. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARQUES, D. C.; ZUCCHI, P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 19, n. 1, p. 58–63, jan. 2006.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. *et al*. Policy Change and the National Essential Medicines List Development Process in Brazil between 2000 and 2014: Has the Essential Medicine Concept been Abandoned? Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology, v. 122, n. 4, p. 402–412, abr. 2018.

PERSAUD, N. *et al*. Comparison of essential medicines lists in 137 countries. Bulletin of the World Health Organization, v. 97, n. 6, p. 394- 404C, 1 jun. 2019.

TANGUAY BERNARD, M.-M. *et al*. Patterns of benzodiazepines use in primary care adults with anxiety disorders. Heliyon, v. 4, n. 7, p. e00688, 9 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Model List of Essential Medicines. 21st List 2019WHO, , 2019.

YAMAUTI, S. M. *et al*. Essencialidade e racionalidade da relação nacional de Medicamentos Essenciais do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 975–986, mar. 2017.

Aquisição de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica Praticada nos Municípios Brasileiros

Luciane Anita Savi

Estratégias Econômicas e os Preços Praticados pelos Municípios Brasileiros

No **Volume 4** desta série é apresentada uma análise dos preços praticados pelos municípios brasileiros na compra de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Nesta seção vamos destacar algumas estratégias econômicas, sua implementação e impacto nos preços a partir dos resultados do levantamento nacional, a regulação dos preços de medicamentos no Brasil, o Banco de Preços em Saúde enquanto ferramenta para a pesquisa de preços, além de orientações para se estabelecer preço de referência para as compras públicas, entre outras recomendações para a gestão municipal.

Destaca-se que a adoção da RENAME faz parte da Promoção do Uso Racional de Medicamentos, uma das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e que também veio a constituir um dos seus eixos estratégicos. A PNM, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, foi criada com o propósito de garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do Uso Racional[4] e o acesso da população àqueles considerados essenciais[5] (BRASIL, 1998).

As informações de preço aqui analisadas foram extraídas do Banco de Preços em Saúde (BPS), banco de dados do Ministério da Saúde que dispõe dos preços de medicamentos e produtos para a saúde. Foram avaliados os preços praticados pelos municípios na compra de medicamentos, considerando sua inclusão na RENAME e os preços na compra de medicamentos genéricos e não genéricos. Também foram discutidas: a estratégia de regulação de preços dos medicamentos no cenário brasileiro e a formação do Preço de Referência (PR) desses itens, explorando as fontes de pesquisa de preços e métodos de cálculo.

4 De acordo com a Organização Mundial de Saúde, entende-se que há Uso Racional de Medicamentos quando pacientes recebem medicamentos para suas condições clínicas em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade.

5 Medicamentos Essenciais são definidos pela Organização Mundial da Saúde como aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de cuidado de saúde da população. A seleção dos Medicamentos Essenciais se pauta na perspectiva epidemiológica e busca refletir necessidades coletivas; para sua seleção devem ser considerados os critérios de eficácia, segurança, conveniência, qualidade e custo-efetividade (WHO, 2011).

A partir dos pontos aqui expostos espera-se que os gestores municipais e suas equipes sintam-se melhor instrumentalizados para realizar a análise crítica necessária para a tomada de decisões mais assertivas e informadas no que se refere às compras públicas de medicamentos.

A Escolha de Dados Úteis à Investigação das Aquisições de Medicamentos nos Municípios

A fonte das informações de preço foi o Banco de Preços em Saúde (BPS) do Ministério da Saúde, quando registradas como compras por pregão ou concorrência, considerados os anos de 2017 até 2020.

Nas aquisições analisadas foram identificados produtos fabricados por aproximadamente **2.300 empresas,** vendidos por **28.000 diferentes fornecedores** e adquiridos por **1.100 instituições.** Os produtos selecionados para a investigação foram aqueles identificados no Levantamento Nacional sobre a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) do CBAF, executado pelo CONASEMS, considerados os produtos constantes em, pelo menos, 70% das REMUMEs. A lista desses produtos encontra-se no Anexo I do Volume 3. Uma vez identificados estes medicamentos, foram considerados para a análise final aqueles cujas compras registradas no BPS tiveram mais de 10 unidades e, no período ocorreram mais de 10 aquisições. Essa estratégia foi desenhada para que se obtivesse um conjunto de dados analisáveis e pudesse ser interpretado adequadamente. Assim aquisições raramente executadas ou em quantidades muito pequenas não foram consideradas.

No período recortado, o total de aquisições por pregão registradas no BPS foi de aproximadamente **89.000 em 2017; 119.000 em 2018; 131.000 em 2019 e 68.000 em 2020.** Essas compras foram divididas em aproximadamente **12.000 diferentes produtos,** adquiridos por municípios das cinco regiões do país. Foi conduzida análise comparativa entre os preços pagos por medicamentos cuja apresentação está incluída na RENAME versus apresentações não incluídas, e entre os preços praticados nas compras de medicamentos genéricos e não genéricos. Neste volume destacam-se os principais resultados encontrados e, se for de seu interesse conhecer mais sobre o tema, sugerimos a leitura do Volume 3 que traz detalhes de cada investigação.

Estratégias Econômicas para a Aquisição de Medicamentos

RENAME enquanto ferramenta econômica: este potencial tem sido aproveitado?

A concentração dos tratamentos farmacoterapêuticos em um número limitado de medicamentos, quando realizada por meio de uma seleção baseada em evidências de eficácia, segurança, disponibilidade, qualidade e custo-efetividade, faz da RENAME uma importante ferramenta econômica, na medida em que se seleciona as melhores opções terapêuticas para que sejam prescritas e adquiridas em maiores volumes, com economia de escala. Esta estratégia complementa o seu objetivo primordial voltado a orientar a prescrição e a oferta de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e ao Uso Racional de medicamentos, conforme estabelecido na PNM.

Esta estratégia (utilização da RENAME, atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da Assistência Farmacêutica), também é prevista na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e depende da sua adoção pela União, Estados e Municípios. Tendo em vista a melhoria do acesso da população brasileira aos medicamentos, deve-se considerar a RENAME como parte de um processo maior, no contexto da multiplicidade de diretrizes e prioridades envolvidas na PNM.

Aproveitando este contexto, sugerimos a seguinte reflexão: a REMUME do seu município está orientada pela RENAME? Nem sempre uma REMUME numerosa significa uma "boa Assistência Farmacêutica", mas geralmente sinaliza dificuldade do município com a seleção de Medicamentos Essenciais e com a promoção do seu Uso Racional, resultando em ineficiência econômica e muito provavelmente prejuízo na manutenção de abastecimento contínuo. Não custa lembrar que a padronização na REMUME de itens não indicados na RENAME, ou mesmo itens sob a responsabilidade de aquisição por outros entes, exige a aplicação de recursos próprios municipais, deixando invisível aos entes federal e estadual eventual necessidade de atualização do cofinanciamento da Assistência Farmacêutica.

Para além da RENAME, há outras iniciativas para contribuir com a eficiência financeira no que se refere à demanda e oferta de medicamentos, das quais destacam-se a estratégia de Regulação de Preços do Mercado de Medicamentos, que estabelece o preço máximo de venda permitido em território nacional, e a Lei dos Genéricos (Lei Federal 9.787/99) que visa, entre outros pontos, ampliar a oferta e reduzir os preços dos medicamentos para a população (BRASIL, 1999; BRASIL, 2000; BRASIL, 2001). Essas estratégias serão abordadas adiante.

Como estão os preços dos medicamentos praticados nos municípios, considerando sua inclusão na RENAME?

Para esta avaliação considerou-se os Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA), estatinas e a dipirona. Vejamos:

a) Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA)

Foram analisadas as compras de losartana, valsartana, candesartana, telmisartana e irbesartana, estando apenas a losartana incluída na RENAME. Ao total foram encontrados **2.242 registros** (destes, 29,5% em 2017, 36,2% em 2018 e 34,3% em 2019) de compra destes itens, sendo **69,3% de monofármacos e 30,7% de associação em dose fixa.** A tabela 1 apresenta as aquisições por fármaco.

TABELA 1.

Registros de compra municipal de Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA) registradas no Banco de Preços em Saúde (BRA) nos anos de 2017 a 2019, por fármaco

	AQUISIÇÕES DE BRA REGISTRADAS NO BPS POR FÁRMACO	
	N	**%**
Losartana	1241	55,4
Valsartana	680	30,3
Candesartana	172	7,7
Telmisartana	122	5,4
Irbesartana	27	1,2
TOTAL	**2242**	**100,0**

Fonte: CONASEMS,2022c.

Observa-se que a compra de losartana corresponde à metade do total de compras do grupo de BRA, o que pode ser explicado pela sua inclusão na RENAME. Neste contexto, a RENAME apresenta seu efeito econômico na medida em que concentra as compras municipais em menos produtos, porém com maior volume; e se comporta como orientadora da prescrição, desde que a seleção dos representantes de uma mesma classe farmacológica ou terapêutica seja realizada segundo os critérios estabelecidos de eficácia, segurança e custo-efetividade.

O potencial efeito econômico se verifica na Tabela 2, que demonstra o registro de 256 milhões de unidades de losartana (mediana = 150 mil unidades), com preço mediano de cerca de R$ 0,05. Já os demais 4 fármacos do mesmo grupo alcançam o máximo de 295 mil unidades (caso da valsartana), e com preço mediano dez vezes superior ao da losartana, calculado em R$ 0,57.

TABELA 2.

Quantidade de itens comprados e preços praticados de acordo com esta quantidade considerando os Registros de compra municipal de Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA) registradas no Banco de Preços em Saúde (BRA) nos anos de 2017 a 2019

			QUANTIDADE DE ITENS COMPRADOS				PREÇO PRATICADO POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA			
	TERCIL	**N**	**MÉDIA**	**MEDIANA**	**MÁXIMO**	**MÍNIMO**	**MÉDIA**	**MEDIANA**	**MÁXIMO**	**MÍNIMO**
Losartana	1	204	588	500	1600	10	8,7644	0,5000	165,0000	0,0006
	2	374	8151	7000	20000	1620	0,9205	0,1100	250,0000	0,0005
	3	662	2104411	150000	256990912	20500	0,0871	0,0490	0,9780	0,0005
Valsartana	1	343	691	672	1600	10	11,9916	1,9123	306,2300	0,0830
	2	271	5810	4000	20000	1620	1,5807	0,9650	5,0000	0,0300
	3	66	70233	41970	295070	21000	0,9796	0,5750	4,2500	0,0300
Candesartana	1	99	731	720	1600	20	6,0596	1,0600	109,4500	0,3800
	2	66	6535	4100	19940	1620	7,8908	0,9325	443,0000	0,3000
	3	7	46054	58800	69400	22380	1,2649	1,3700	2,1200	0,4000
Telmisartana	1	76	740	720	1600	30	5,1309	3,0465	153,9900	0,5399
	2	41	3674	3000	13000	1620	3,0955	3,2000	5,3860	0,9700
	3	5	63108	66300	120000	20800	2,6160	2,9400	3,9500	0,9000
Irbesartana	1	23	540	400	1512	30	6,2147	2,0000	89,2600	1,6700
	2	4	2363	2400	3000	1650	1,7488	1,7350	1,8950	1,6300
	3	**0**								

Fonte: CONASEMS,2022c.

b) estatinas

Neste grupo a análise considerou a compra de sinvastatina, atorvastatina, pravastatina, pitavastatina e rosuvastatina, estando a sinvastatina, atorvastatina e pravastatina incluídas na RENAME, sendo a primeira no CBAF e as demais no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Ao total foram encontrados **2739 registros de compra** (destes, 26,4% em 2017, 36,0% em 2018 e 37,7% em 2019), sendo **95,9% de monofármacos e 4,1% de associação em dose fixa.** A tabela 3 apresenta as aquisições por item.

TABELA 3.
Registros de compra municipal de estatinas registradas no Banco de Preços em Saúde (BRA) nos anos de 2017 a 2019, por fármaco

	AQUISIÇÕES DE ESTATINAS REGISTRADAS NO BPS POR FÁRMACO	
	N	**%**
Sinvastatina	1870	68,3
Atorvastatina	375	13,7
Pravastatina	17	0,6
Rosuvastatina	455	16,6
Pitavastatina	22	0,8
TOTAL	**2739**	**100,0**

Fonte: CONASEMS,2022c.

Nota-se que a sinvastatina corresponde a quase 70% de todas as compras de estatinas. Embora esta não seja a única representante das estatinas incluída na RENAME, esta predominância pode ser explicada pela sua inclusão no CBAF. A atorvastatina também se destaca e, quando somada à sinvastatina, responde por cerca de 85% de todas as compras da classe. Embora também conste na RENAME, a atorvastatina faz parte do CEAF e a expressiva compra do item pelos municípios pode representar seu papel no tratamento de condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde, bem como possíveis problemas de abastecimento do fármaco, não sendo possível determinar este motivo com base nas análises destes dados.

Diferente do observado na análise dos BRA, o volume de sinvastatina chegou a um máximo de 119 milhões de unidades farmacotécnicas em uma única compra, ao preço mediano de R$ 0,06; enquanto a atorvastatina, com cerca de 23 milhões de unidades compradas, mostra-se com preço mediano de R$ 0,29, representando quase cinco vezes o preço observado para a sinvastatina (Tabela 4).

TABELA 4.

Quantidade de itens comprados e preços praticados de acordo com esta quantidade considerando os Registros de compra municipal de estatinas registradas no Banco de Preços em Saúde (BPS) nos anos de 2017 a 2019

			QUANTIDADE DE ITENS COMPRADOS				PREÇO PRATICADO POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA			
	TERCIL	**N**	**MÉDIA**	**MEDIANA**	**MÁXIMO**	**MÍNIMO**	**MÉDIA**	**MEDIANA**	**MÁXIMO**	**MÍNIMO**
Sinvastatina	1	352	1358	1000	3100	10	5,3017	0,1630	137,9400	0,0039
	2	717	16486	14640	40000	3200	1,0121	0,1100	520,0000	0,0007
	3	801	1722149	192000	119268816	40200	0,0979	0,0600	2,6000	0,0200
Atorvastatina	1	217	1003	900	3000	10	9,2175	0,5400	352,0000	0,1660
	2	88	11906	8000	40000	3500	0,5016	0,3425	2,5000	0,1600
	3	70	1320443	193050	23462840	41000	0,4057	0,2950	1,7800	0,1270
Pravastatina	1	9	620	390	1500	300	1,9201	1,7500	4,3400	0,2800
	2	7	15286	10000	30000	5000	1,9476	1,1330	4,1000	0,8999
	3	1	321792	321792	321792	321792	1,3750	1,3750	1,3750	1,3750
Rosuvastatina	1	316	1093	995	3000	10	6,2790	0,8295	567,0000	0,0900
	2	110	11896	8000	40000	3200	0,9194	0,6280	8,5200	0,2300
	3	29	143503	112670	489060	41090	0,5066	0,4650	1,0000	0,2500
Pitavastatina	1	17	578	390	3170	210	3,5004	2,9500	7,0200	2,1600
	2	5	4450	4000	5851	3300	2,3580	2,2800	2,6000	2,1500
	3	**0**								

Fonte: CONASEMS,2022c.

Este é um exemplo de que a presença de um medicamento na RENAME, por si só, não garante a concentração de compras a ponto de permitir a negociação e o desconto nos preços praticados, uma vez que, embora atorvastatina e pravastatina, também incluídas na RENAME, apresentem preço mediano até 23 vezes superior àquele da sinvastatina. A incorporação de mais de um item da mesma classe farmacológica para o mesmo objetivo terapêutico caminha na contramão da concentração de compras e, portanto, de usufruir do potencial da RENAME enquanto ferramenta econômica. Contudo, a gestão municipal pode considerar que para construir a sua REMUME, poderá selecionar dentro da RENAME as melhores alternativas para a sua situação epidemiológica local e, assim, ajustar o seu elenco de medicamentos de modo a evitar a dispersão da oferta e potencializar as suas aquisições.

Outro dado que chama a atenção é a aquisição de itens do CEAF pelos municípios (itens do CEAF são de aquisição pela União ou estados), seja a atorvastatina ou as demais estatinas constantes no CEAF, as quais carregam uma dupla carga:

1) Quando consideramos que se encontra incorporado à RENAME representantes da mesma classe farmacêutica e com mesmo alvo terapêutico, dispersando a prescrição e a oferta destes produtos;

2) Por estarem incorporadas ao CEAF, embora configurem tratamento para condição sensível à atenção primária, onerando os municípios com sua compra, tendo em vista que os recursos tripartite só podem ser utilizados na compra de medicamentos listados no CBAF.

A observação das compras de estatinas coloca em foco a discussão do conceito de essencialidade na seleção de medicamentos da RENAME (detalhado no Volume 2 do Projeto Diagnósticos da Assistência Farmacêutica), bem como a responsabilidade da gestão municipal da Assistência Farmacêutica no que se refere à construção da REMUME.

c) dipirona

A avaliação do fármaco dipirona considerou outro ponto de destaque, referente à compra de diferentes apresentações de um mesmo fármaco. Foram analisadas as aquisições de dipirona, independentemente da sua apresentação, sendo que apenas três estão incluídas na RENAME pelo CBAF, a saber: Comprimidos de 500mg, Solução oral de 500mg/mL e Solução injetável de 500mg/mL.

Ao total foram encontrados **4.565 registros de compra** de dipirona (destes, 27,2% em 2017, 35,5% em 2018 e 37,3% em 2019), sendo **57,1% de monofármacos e 42,9% de associação em dose fixa**. Do total das aquisições, 38,2% foram de apresentações de uso parenteral (injetáveis) e 61,8% de uso oral ou tópico. Ao considerar apenas as aquisições de dipirona para uso oral ou tópico, 61,2% foram de monofármacos e 38,8% de associação em dose fixa. A tabela 5 apresenta as aquisições por apresentação.

TABELA 5.

Registros de compra municipal do fármaco dipirona registradas no Banco de Preços em Saúde (BPS) nos anos de 2017 a 2019, por apresentação

AQUISIÇÕES DO FÁRMACO DIPIRONA REGISTRADAS NO BPS POR APRESENTAÇÃO		
	N	**%**
Dipirona sódica 500 mg/ml solução injetável	880	19,3
Dipirona sódica 500 mg/ml solução oral (gotas)	856	18,8
Escopolamina butilbrometo associada com dipirona sódica 4mg + 500mg/ml solução injetável	805	17,6
Dipirona sódica 500 mg	798	17,5
Escopolamina butilbrometo associada com dipirona sódica 10mg + 250mg	443	9,7
Escopolamina butilbrometo associada com dipirona sódica 6 67mg + 333mg/ml solução oral	440	9,6
Dipirona sódica 500 mg/ml solução oral (gotas)	49	1,1
Orfenadrina citrato associada com dipirona e cafeína 35mg + 300mg + 50mg	54	1,2
Dexametasona associada a dipirona sódica e hidroxicobalamina ampola 1 1.5 mg + 500 mg/ml ampola 2 5 mg/ml solução injetável	43	0,9
Dipirona sódica associada a adifenina e prometazina 500mg + 10mg + 5mg	33	0,7
Dipirona sódica associada a escopolamina butilbrometo homatropina butilbrometo e hiosciamina bromidrato 300 mg + 6 5 mg + 1 mg + 104 mcg	33	0,7
Dipirona sódica associada a adifenina e prometazina 333 mg/ml + 6 66 mg/ml + 3 33 mg/ml solução oral - gotas	20	0,4
Dipirona sódica 1 g	19	0,4
Dipirona sódica associada a cafeína e diidroergotamina 350 mg + 100 mg + 1 mg	19	0,4
Dipirona sódica associada a cafeína e isometepteno 300mg + 30mg + 30mg	14	0,3
Dipirona sódica associada a adifenina e prometazina 375mg + 12.5mg + 12.5mg/ml solução injetável	13	0,3
Carisoprodol c/dipirona + piridoxina+ tiamina + cianocobalamina 250mg + 250mg + 100mg + 50mg + 1mg	12	0,3
Dipirona sódica associada a escopolamina butilbrometo homatropina butilbrometo e hiosciamina bromidrato 300 mg + 6 5 mcg + 1 mg + 104 mcg/ml solução oral - gotas	8	0,2
Dipirona sódica associada a papaverina adifenina e homatropina 500 mg + 30 mg + 30 mg + 2.5 mg/ml solução oral - gotas	8	0,2
Dipirona sódica associada a clorfenamina maleato e cafeína 250 mg + 2 mg e 250mg + 30 mg	6	0,1
Dipirona sódica 300 mg supositório infantil	4	0,1
Dipirona sódica associada a papaverina adifenina e homatropina 500 mg + 15 mg + 15 mg + 1 mg/ml solução injetável	4	0,1
Dipirona sódica associada a cafeína e isometepteno 300mg + 30mg + 50mg/ml solução oral - gotas	2	0,0
Dipirona sódica 1000 mg supositório adulto	1	0,0
Orfenadrina citrato associada com dipirona e cafeína 35mg + 300mg + 50mg/ml solução oral/gotas	1	0,0
TOTAL	**4565**	**100,0**

Fonte: CONASEMS,2022c.

Observa-se que as compras das apresentações constantes na RENAME representam 55,6% de todas as compras de dipirona. Se excluídos os produtos cuja via de administração é parenteral (injetáveis), estas passam a representar 60% do total de compras.

Nessa perspectiva, nota-se que apesar da incorporação de três diferentes apresentações do mesmo fármaco na RENAME, permitindo a cobertura de tratamento de pacientes de diferentes idades e com diferentes condições de saúde, há registros de compras de outras 23 apresentações, ou 18 se considerados apenas os produtos de uso oral ou tópico. Isto revela que, para fins de eficiência econômica pela concentração de compras, é imperativo que a gestão municipal considere, na sua padronização de medicamentos, critérios de eficácia, segurança, disponibilidade, qualidade e custo-efetividade, também previstos na Lei Federal 8.080/1990.

Em suma, ao se considerar a RENAME enquanto potencial ferramenta econômica, os resultados da presente pesquisa sugerem:

> Quando a seleção de itens de uma mesma classe farmacológica ou terapêutica considera critérios de eficácia, segurança e custo-efetividade, a RENAME enquanto orientadora da prescrição apresenta seu efeito econômico, uma vez que concentra as compras municipais em menos produtos, porém com maior volume;

> Que a oferta de múltiplos itens de uma mesma classe farmacológica ou terapêutica não têm contribuído para centralizar a prescrição e a oferta e dispersam o volume de compra entre os diferentes itens, não favorecendo a negociação dos preços considerando a relação preço/volume;

> A inclusão de um medicamento na RENAME, por si só, não garante a concentração das compras e consequente redução dos preços. A incorporação de mais de um item da mesma classe farmacológica para o mesmo objetivo terapêutico dispersa as compras e enfraquece o propósito da RENAME enquanto ferramenta econômica;

> Que é relevante a diversidade de apresentações do mesmo fármaco comprada pelos municípios, apesar da RENAME incluir apresentações suficientes para ampla cobertura da população;

> Que a dispersão das compras motivada pela diversidade de apresentações do mesmo fármaco desperdiça o potencial de eficiência econômica propiciada pela RENAME;

> Que a diversidade de apresentações do mesmo fármaco e/ou a oferta de múltiplos itens de uma mesma classe farmacológica na REMUME remete à necessidade de que a gestão municipal aplique, à seleção de medicamentos em âmbito local, critérios de eficácia, segurança, disponibilidade, qualidade e custo-efetividade.

Destaques e principais resultados:	Algumas recomendações:
> O estabelecimento e a adoção da RENAME para orientar a seleção, a oferta e a prescrição de medicamentos são estratégias econômicas importantes nos processos de aquisição. > A adoção de uma lista de Medicamentos Essenciais contribui para evitar demandas dispersas por prescrições de diferentes produtos para a mesma finalidade, para reduzir a quantidade de processos de aquisição e para aumentar o poder de negociação dos preços por volume. > A relação preço/volume destaca a potencial vantagem econômica para o comprador em relação às compras de maior volume. > Os preços de compras são comparáveis somente quando os volumes são similares. Ex. a compra de um grande consórcio não pode ser comparada com a compra de um município de pequeno porte. > Comparações de preços que não consideram o volume adquirido podem induzir pequenos compradores a estimar preços de referência que levarão a processos de aquisição fracassados; bem como grandes compradores a estimar preços maiores, desperdiçando seu potencial de economia de escala. > Medicamentos incorporados no CEAF para situações específicas, mas que interagem com condições sensíveis à atenção primária, oneram os municípios que incluem estes itens em suas listas locais, uma vez que ficam impedidos de aplicar recursos tripartite na compra e por dispersarem a oferta e prescrição do medicamento, dada a diversidade de opções terapêuticas. Esta situação conflita com o conceito de essencialidade na seleção de medicamentos.	> Popularizar a RENAME e a sua aplicação no sistema de saúde por meio de educação permanente e continuada dos técnicos e gestores. > Reafirmar a RENAME como norteadora das listas locais de medicamentos, inclusive junto ao controle social e demais órgãos que influenciam as políticas públicas (órgãos de controle, poder judiciário e legislativo). > Difundir cada vez mais as vias legais para a atualização da RENAME e a visibilidade dos processos relacionados, visando estimular sua constante atualização, especialmente em relação ao elenco de medicamentos do CBAF. > Estimular aquisições centralizadas para que ocorram em grandes volumes, seja por consórcios ou centralizadas pelos entes federal ou estadual, pois estas tendem a reduzir o preço dos produtos, também influenciando a menor a mediana dos preços e, por consequência, o Preço de Referência de aquisições futuras. > Visando potencializar a eficiência econômica propiciada pela RENAME, priorizar a seleção de medicamentos sob o conceito de essencialidade (detalhado no Volume 2), de modo a evitar múltiplos medicamentos da mesma classe farmacológica ou terapêutica, bem como uma variedade desnecessária de apresentações do mesmo fármaco. > Priorizar a seleção de medicamentos para oferta no âmbito da Atenção Básica com base no CBAF e no conceito de essencialidade. > Caso o município opte por disponibilizar medicamentos do CEAF em sua REMUME, ainda que utilizando recursos próprios, deverá ofertar sob os critérios estabelecidos nos PCDT pertinentes, observando ao disposto no Art. 7º, XIII, da Lei 8080/90.[7]

6 XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Lei dos Genéricos Enquanto Estímulo à Concorrência Comercial e à Redução de Preços

Estabelecida na PNM como uma das suas prioridades, a promoção do uso de medicamentos genéricos foi consolidada com a publicação da Lei Federal 9787/99, conhecida como a Lei dos Genéricos, a qual definiu:

> **Medicamento Genérico: medicamento similar a um produto de referência** *ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente* **produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade,** *comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI (BRASIL, 1999).*

A Lei dos Genéricos prevê, para a concessão do registro pela ANVISA, que a empresa produtora deve comprovar equivalência farmacêutica e, se for o caso, bioequivalência (ou biodisponibilidade relativa) ao produto de referência que detinha proteção patentária. Isso permite ao medicamento genérico o status de equivalência terapêutica, ou intercambialidade, em relação ao medicamento de referência, oferecendo garantia de qualidade se comparado aos medicamentos similares. Desta forma, a Lei dos Genéricos visou estimular a concorrência comercial, melhorar a qualidade dos medicamentos e facilitar o seu acesso para a população.

Mais recentemente esta exigência foi estendida aos medicamentos similares, embora nem todos os similares em comercialização tenham comprovado sua equivalência terapêutica junto à ANVISA. Aqueles que já comprovaram são considerados intercambiáveis e esta informação está registrada em sua bula.

Como estão os preços dos medicamentos praticados nos municípios, considerando genéricos e não genéricos?

Complementando o diagnóstico dos preços dos medicamentos praticados nos municípios, foram comparadas as compras de medicamentos genéricos e não genéricos, estes últimos compreendidos como medicamentos de referência e/ou similares. Para tanto, foram selecionados alguns medicamentos contemplados na RENAME por meio do CBAF. Vejamos:

a) ácido acetilsalicílico (AAS)

Das 987 compras municipais de AAS 100mg apenas 2,5% foram de genéricos. Para este produto, conforme se observa, não foi identificada diferença nos preços praticados quando considerado o medicamento genérico versus aqueles não genéricos (Tabela 6). Importante notar que, mesmo quando consideradas compras com diminuta quantidade de itens, os medicamentos não genéricos apresentam preços similares, ou até menores.

TABELA 6.

Quantidade de itens comprados e preços praticados de acordo com esta quantidade considerando os registros de compra municipal de Ácido Acetilsalicílico 100mg registradas no Banco de Preços em Saúde (BPS) nos anos de 2017 a 2019, por tipo de medicamento

		QUANTIDADE DE ITENS COMPRADOS					PREÇO PRATICADO POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA			
TERCIL	**N**	**MÉDIA**	**MEDIANA**	**MÁXIMO**	**MÍNIMO**	**SOMA**	**MÉDIA**	**MEDIANA**	**MÁXIMO**	**MÍNIMO**
Genérico										
1	8	4.255	3.320	10.000	60	34.040	0,0556	0,0400	0,1200	0,0212
2	7	40.500	40.000	66.000	15.000	283.500	0,0301	0,0300	0,0500	0,0170
3	10	642.008	255.040	3.000.000	80.000	6.420.080	0,0293	0,0200	0,0600	0,0170
TOTAL	25	269.505	50.000	3.000.000	60	6.737.620	0,0358	0,0300	0,1200	0,0170
Não Genérico										
1	327	9.941	7.000	30.000	10	3.250.672	0,0286	0,0300	0,0600	0,0180
2	314	80.815	72.000	153.800	32.000	25.375.775	0,0265	0,0200	0,0600	0,0180
3	321	3.997.996	600.000	206.990.461	155.000	1.283.356.850	0,0217	0,0200	0,0600	0,0180
TOTAL	962	1.363.808	70.000	206.990.461	10	1.311.983.297	0,0257	0,0200	0,0600	0,0180

Fonte: CONASEMS,2022c.

b) diazepam 5mg

O mesmo se observa na análise dos preços praticados para o fármaco Diazepam 5mg, quando a compra do medicamento genérico representa apenas 2,8% do total de 560 compras, e também não se identifica diferença no preço mediano, por mais que os preços máximos dos medicamentos não genéricos sejam superiores e os preços mínimos inferiores àqueles praticados para os medicamentos genéricos (Tabela 7).

TABELA 7.

Quantidade de itens comprados e preços praticados de acordo com esta quantidade considerando os registros de compra municipal de Diazepam 5mg registradas no Banco de Preços em Saúde (BPS) nos anos de 2017 a 2019, por tipo de medicamento

				QUANTIDADE DE ITENS COMPRADOS			PREÇO PRATICADO POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA			
TERCIL	**N**	**MÉDIA**	**MEDIANA**	**MÁXIMO**	**MÍNIMO**	**SOMA**	**MÉDIA**	**MEDIANA**	**MÁXIMO**	**MÍNIMO**
Genérico										
1	6	6.683	9.000	10.000	500	40.100	0,0639	0,0600	0,0779	0,0576
2	5	21.400	20.000	30.000	12.000	107.000	0,0785	0,0820	0,0900	0,0600
3	5	99.600	40.000	328.000	40.000	498.000	0,0633	0,0625	0,0700	0,0580
TOTAL	16	40.319	17.500	328.000	500	645.100	0,0685	0,0625	0,0900	0,0576
Não Genérico										
1	169	3.364	2.500	9.000	10	568.582	0,0626	0,0600	0,1000	0,0286
2	193	18.710	20.000	37.450	10.000	3.611.110	0,0606	0,0600	0,1000	0,0300
3	182	757.867	100.000	24.079.200	39.500	137.931.834	0,0569	0,0560	0,1000	0,0290
TOTAL	544	261.234	20.000	24.079.200	10	142.111.526	0,0597	0,0600	0,1000	0,0286

Fonte: CONASEMS,2022c.

c) omeprazol 20mg, cápsula

Reproduzindo o exemplo do Diazepam, o que se vê nos preços praticados pelos municípios na compra de Omeprazol 20mg em cápsulas é que, apesar de não existir diferença nos preços medianos, os medicamentos genéricos oferecem janela de preços mais estreita, ou seja, há menor variabilidade nos preços praticados, variando em aproximadamente 3 centavos quando comparados preço mínimo e preço máximo, enquanto os medicamentos não genéricos apresentam variabilidade de até 9 centavos (Tabela 8). Ou seja, por mais que não se observe diferença nos preços medianos, poderíamos inferir que os medicamentos não genéricos oferecem maior oportunidade de negociação de preços. No caso do Omeprazol 20mg a compra do medicamento genérico representa apenas 24,4% do total de 763 compras.

TABELA 8.

Quantidade de itens comprados e preços praticados de acordo com esta quantidade considerando os registros de compra municipal de Omeprazol 20mg registradas no Banco de Preços em Saúde (BPS) nos anos de 2017 a 2019, por tipo de medicamento

				QUANTIDADE DE ITENS COMPRADOS			PREÇO PRATICADO POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA			
TERCIL	**N**	**MÉDIA**	**MEDIANA**	**MÁXIMO**	**MÍNIMO**	**SOMA**	**MÉDIA**	**MEDIANA**	**MÁXIMO**	**MÍNIMO**
Genérico										
1	58	12.904	10.000	38.984	30	748.437	0,0661	0,0648	0,0800	0,0540
2	65	123.117	120.000	284.000	40.000	8.002.590	0,0629	0,0600	0,0800	0,0530
3	63	14.659.101	1.200.000	314.659.974	300.000	923.523.339	0,0599	0,0590	0,0790	0,0524
TOTAL	186	5.012.228	120.000	314.659.974	30	932.274.366	0,0625	0,0600	0,0800	0,0524
Não genérico										
1	189	16.440	12.000	49.950	18	3.107.091	0,0680	0,0651	0,1175	0,0380
2	196	109.450	100.000	220.000	50.000	21.452.214	0,0631	0,0600	0,1180	0,0370
3	192	4.854.370	1.000.000	163.447.770	224.500	932.038.994	0,0567	0,0579	0,1000	0,0370
TOTAL	577	1.657.883	100.000	163.447.770	18	956.598.299	0,0622	0,0600	0,1180	0,0370

Fonte: CONASEMS,2022c.

d) propranolol 40mg

As aquisições de Propranolol 40mg oferecem um cenário em que as compras de medicamentos genéricos e não genéricos são mais equilibradas, embora com predominância de compras de medicamentos genéricos, as quais representaram 56,5% do total de 692 compras. Interessante notar que, apesar das compras de medicamentos não genéricos somarem maior quantidade de itens, tanto os preços medianos quanto à variabilidade entre preços mínimos e máximos não apresentam diferença substancial (Tabela 9), sendo os preços praticados muito próximos, ou iguais.

TABELA 9.

Quantidade de itens comprados e preços praticados de acordo com esta quantidade considerando os registros de compra municipal de Propranolol 40mg registradas no Banco de Preços em Saúde (BPS) nos anos de 2017 a 2019, por tipo de medicamento

		QUANTIDADE DE ITENS COMPRADOS					PREÇO PRATICADO POR UNIDADE FARMACOTÉCNICA			
TERCIL	**N**	**MÉDIA**	**MEDIANA**	**MÁXIMO**	**MÍNIMO**	**SOMA**	**MÉDIA**	**MEDIANA**	**MÁXIMO**	**MÍNIMO**
Genérico										
1	100	5.646	5.000	13.000	10	564.550	0,0316	0,0300	0,0700	0,0100
2	103	33.587	30.000	60.000	15.000	3.459.450	0,0300	0,0300	0,0700	0,0130
3	98	768.652	300.000	14.000.000	65.000	75.327.901	0,0220	0,0190	0,0700	0,0100
TOTAL	301	263.628	30.000	14.000.000	10	79.351.901	0,0278	0,0280	0,0700	0,0100
Não genérico										
1	122	5.621	5.000	14.000	20	685.710	0,0304	0,0300	0,0700	0,0100
2	140	32.855	30.000	60.000	15.000	4.599.752	0,0289	0,0300	0,0700	0,0100
3	129	2.130.770	265.620	113.412.669	60.300	274.869.354	0,0234	0,0200	0,0600	0,0100
TOTAL	391	716.508	30.000	113.412.669	20	280.154.816	0,0274	0,0240	0,0700	0,0100

Fonte: CONASEMS,2022c.

As observações aqui traçadas podem ser extrapoladas para os demais medicamentos analisados, cujos resultados estão disponíveis no Anexo II do Volume 3.

Em suma, ao se considerar a oferta de genéricos e não genéricos, enquanto potencial ferramenta econômica, os resultados da presente pesquisa sugerem:

- Que houve pouca diferença nos preços pagos pelos municípios entre produtos genéricos e não genéricos;
- Que nas compras municipais destacam-se produtos não genéricos;
- Que a compra de medicamentos não genéricos, em geral, supera em volume a compra de medicamentos genéricos, os quais sinalizam preços menos vantajosos ou com menores oportunidades de negociação;
- Que, de modo geral, não se observa vantagem econômica na compra de medicamentos genéricos quando comparados aos demais medicamentos, pelo menos no cenário das compras públicas.

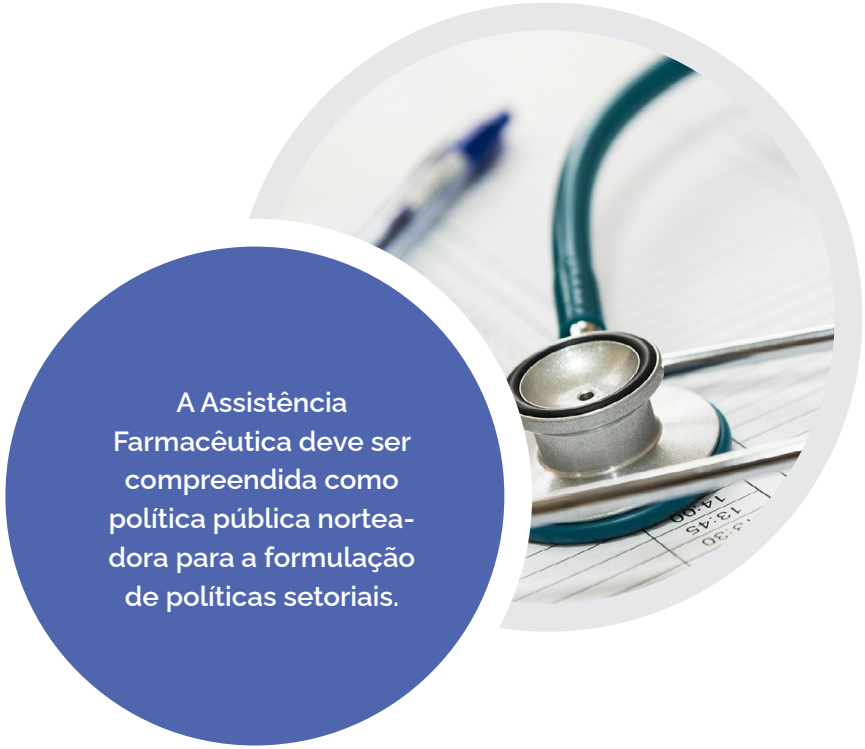
Destaques e principais resultados:	Algumas recomendações:
> A "Lei dos Genéricos" é um dos exemplos de estratégia econômica criada para favorecer a oferta de medicamentos mais baratos, com garantia de qualidade, e por consequência, aumento do acesso da população aos medicamentos. > A política dos genéricos instituiu que as aquisições de medicamentos e as prescrições médicas, no âmbito do SUS, sejam escritas respeitando a DCB, e que, nas compras públicas, seja dada preferência ao medicamento genérico quando houver igualdade de preço e demais condições de aquisição. > Dos preços praticados pelos municípios na compra de medicamentos genéricos e não genéricos, não foi identificada diferença substancial entre os preços dos produtos. Ainda, observou-se proeminência importante de compras municipais de produtos não genéricos.	> Verificar e ajustar, pelos órgãos regulatório e de controle, os entraves para a oferta de medicamentos genéricos mais economicamente acessíveis. > Reafirmar que todas as prescrições no âmbito do SUS sejam emitidas com base na DCB, ou na sua falta, na DCI. > Estimular a aquisição de medicamentos genéricos, quando da igualdade de preços e demais condições com não genéricos, estabelecendo este critério no edital de licitação, conforme prevê a Lei dos Genéricos. > Estimular aquisições centralizadas para que ocorram em grandes volumes, seja por consórcios ou centralizadas pelos entes federal ou estadual, pois estas tendem a reduzir o preço dos produtos, também influenciando a menor a mediana dos preços e, por consequência, o Preço de Referência de aquisições futuras. > Estimular a comercialização de genéricos por meio de incentivos econômicos-fiscais para a venda ao setor público. > Ajustar, pelo órgão regulatório, parâmetros para o estabelecimento dos limites de preços de forma a não se distanciar dos preços de mercado, minimizando amplitudes que facilitam aumentos de preços.

Regulação dos Preços de Medicamentos no Brasil: Há Limites a Serem Respeitados

A regulação de preços de medicamentos no Brasil existe há pelo menos 50 anos e é uma estratégia econômica de interesse da população, frente à escalada de preços historicamente conhecida. Por definição, um mercado sob regulação econômica é aquele que pode sofrer intervenções do Estado (Viscusi, 2005), e tal regulação pressupõe participação ativa das várias partes interessadas para equilibrar riscos e benefícios. Importante lembrar que a PNAF também tem como um dos seus eixos estratégicos o estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos (Brasil, 2004).

A Lei Federal nº 10.742/2003 que define normas de regulação para o setor farmacêutico e cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED estabeleceu aspectos importantes como o estabelecimento de um modelo de teto de preços (preço máximo de venda) visando aumentar a concorrência no setor farmacêutico para reduzir a concentração e a capacidade das empresas de imporem preços (força de mercado); e atribuições da CMED para estabelecer preços máximo de venda para os medicamentos quando registrados no mercado brasileiro e acompanhar o mercado e autorizar reajustes de preços para medicamentos já registrados e comercializados.

Os preços passaram a ser estabelecidos segundo critérios de inovação e ganho terapêutico, além de serem calibrados pela viabilidade de aumento da concorrência de mercado. O modelo de precificação passou a ser calculado a partir do preço indicado pelo fabricante e considerando um índice (foi escolhido o



Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA), um fator de produtividade[7] e um fator de ajuste de preços relativos intrassetor[8].

7 Expresso em percentual e que permite repassar aos consumidores ganhos de produtividade das empresas produtoras de medicamentos.
8 Calculado com base no poder de mercado, que é determinado pelo poder de monopólio ou oligopólio, na assimetria de informação, nas barreiras à entrada e outros, e entre setores – calculado com base na variação dos custos dos insumos, desde que tais custos não sejam recuperados pelo cômputo do índice.

Também influenciam os preços, seja o Preço Máximo de Venda ao Consumidor (PMC) ou o Preço máximo de Venda ao Governo (PMVG): o imposto sobre circulação de mercadorias e serviços (ICMS), a contribuição para o programa de integração social e o programa de formação do patrimônio do servidor público (PIS/Pasep), e a contribuição para o financiamento da seguridade social (COFINS).

Destaques e principais resultados:	Algumas recomendações:
> A Regulação de Preços do Mercado de Medicamentos é um dos exemplos de iniciativas que contribuem com a RENAME enquanto estratégias econômicas para favorecer a oferta de medicamentos no Brasil. > A regulação e o monitoramento do mercado de medicamentos é estratégia prevista na PNAF. > A escalada de preços nas últimas décadas indicou a necessidade da regulação econômica do mercado de medicamentos no Brasil. > A regulação do mercado de medicamentos visa criar incentivos à introdução de novos produtos e define uma fórmula de reajuste de preços em que medicamentos de segmentos com menos concorrência (mercados mais concentrados) recebem aumentos menores. > Em tese, o modelo de teto de preços traz benefícios ao incentivar as empresas a reduzir custos, gerando maior eficiência para permitir maiores lucros, uma vez que limita a negociação de preços a um teto monetário e estimula a concorrência.	> Observar as regras de Regulação de Preços do Mercado de Medicamentos estabelecidas pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED nas aquisições públicas, estabelecendo claramente os critérios de preços no edital de licitação. > Popularizar e orientar a observação das regras de Regulação de Preços do Mercado de Medicamentos pelos gestores públicos. > Estimular que a gestão esteja atenta às atualizações das regras de Regulação de Preços do Mercado de Medicamentos. > Denunciar aos órgãos de controle e à CMED os casos cabíveis (ex. sobrepreços).

Como Estabelecer o Preço de Referência para as Compras Públicas

Estabelecer qual é o **Preço de Referência (PR)** de um determinado produto é critério necessário para que se executem as compras públicas de medicamentos, sendo também um ponto crítico para a eficiência financeira dos municípios. Trata-se de uma estratégia que visa uma competição justa entre fornecedores, a partir do estabelecimento de preços compatíveis com a realidade do mercado, bem como o sucesso dos processos licitatórios.

A Lei Federal 14.133/21 (atualiza a Lei 8.666/93) traz o arcabouço legal para as compras públicas e versa sobre a pesquisa de preços para aquisição de bens e contratação de serviços no âmbito da administração pública. A pesquisa de preços visa estabelecer um **Preço de Referência (PR)** para balizar a oferta de preços e o maior valor aceitável para a aquisição de um bem (no caso de medicamentos) ou contratação de um serviço (Brasil, 2021).

Fontes de dados para estimar o preço de referência

Na data desta redação está vigendo a IN nº 73 de 5 de agosto de 2020 (repercute na Lei Federal 14.133/2021) que dispõe sobre o procedimento administrativo para a realização de pesquisa de preços para aquisição de bens e contratação de serviços em geral, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Apesar de ser uma regra gerada pela União, se aplica a todos os órgãos e entidades da administração pública estadual, distrital ou municipal, direta ou indireta, quando executarem recursos da União decorrentes de transferências voluntárias. Orientação de interesse é reproduzida a seguir:

Art. 2º Para fins do disposto nesta Instrução Normativa, considera-se:

I - preço estimado: *valor obtido a partir de método matemático aplicado em série de preços coletados, podendo desconsiderar, na sua formação, os valores inexequíveis, inconsistentes e os excessivamente elevados;*

II - preço máximo: *valor de limite que a administração se dispõe a pagar por determinado objeto, levando-se em consideração o preço estimado, os aspectos mercadológicos próprios à negociação com o setor público e os recursos orçamentários disponíveis; e*

III - sobrepreço: *preço contratado em valor expressivamente superior aos preços referenciais de mercado.*

CAPÍTULO II
ELABORAÇÃO DA PESQUISA DE PREÇOS

Formalização

Art. 3º A pesquisa de preços será materializada em documento que conterá, no mínimo:

I - *identificação do agente responsável pela cotação;*

II - *caracterização das fontes consultadas;*

III - *série de preços coletados;*

IV - *método matemático aplicado para a definição do valor estimado; e*

V - *justificativas para a metodologia utilizada, em especial para a desconsideração de valores inexequíveis, inconsistentes e excessivamente elevados, se aplicável.*

Critérios

Art. 4º Na pesquisa de preços, sempre que possível, deverão ser observadas as condições comerciais praticadas, incluindo prazos e locais de entrega, instalação e montagem do bem ou execução do serviço, formas de pagamento, fretes, garantias exigidas e marcas e modelos, quando for o caso.

Parâmetros

Art. 5º A pesquisa de preços para fins de determinação do preço estimado em processo licitatório para a aquisição e contratação de serviços em geral será realizada mediante a utilização dos seguintes parâmetros, empregados de forma combinada ou não:

I - Painel de Preços, *disponível no endereço eletrônico gov.br/paineldeprecos, desde que as cotações se refiram a aquisições ou contratações firmadas no período de até 1 (um) ano anterior à data de divulgação do instrumento convocatório;*

II - *aquisições e contratações similares de outros entes públicos, firmadas no período de até 1 (um) ano anterior à data de divulgação do instrumento convocatório;*

III - *dados de pesquisa publicada em mídia especializada, de sítios eletrônicos especializados ou de domínio amplo, desde que atualizados no momento da pesquisa e compreendidos no intervalo de até 6 (seis) meses de antecedência da data de divulgação do instrumento convocatório, contendo a data e hora de acesso; ou*

IV - *pesquisa direta com fornecedores, mediante solicitação formal de cotação, desde que os orçamentos considerados estejam compreendidos no intervalo de até 6 (seis) meses de antecedência da data de divulgação do instrumento convocatório.*

§1º *Deverão ser priorizados os parâmetros estabelecidos nos incisos I e II.*

§ 2º *Quando a pesquisa de preços for realizada com os fornecedores, nos termos do inciso IV, deverá ser observado:*

I - *prazo de resposta conferido ao fornecedor compatível com a complexidade do objeto a ser licitado;*

(...)

Art. 10. O preço máximo a ser praticado na contratação poderá assumir valor distinto do preço estimado na pesquisa de preços feita na forma desta Instrução Normativa.

§ 1º *É vedado qualquer critério estatístico ou matemático que incida a maior sobre os preços máximos.*

§ 2º *O preço máximo poderá ser definido a partir do preço estimado na pesquisa de preço, acrescido ou subtraído de determinado percentual, de forma justificada.*

§ 3º *O percentual de que trata o § 2º deve ser definido de forma a aliar a atratividade do mercado e a mitigação de risco de sobrepreço.*

A Lei 14133/21 também destaca:

Art. 23. O valor previamente estimado da contratação deverá ser compatível com os valores praticados pelo mercado, considerados os preços constantes de bancos de dados públicos e as quantidades a serem contratadas, observadas a potencial economia de escala e as peculiaridades do local de execução do objeto.

§ 1º *No processo licitatório para aquisição de bens e contratação de serviços em geral, conforme regulamento, o valor estimado será definido com base no melhor preço aferido por meio da utilização dos seguintes parâmetros, adotados de forma combinada ou não:*

I - *composição de custos unitários menores ou iguais à mediana do item correspondente no painel para consulta de preços ou no* ***banco de preços em saúde*** *disponíveis no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP);*

II - *contratações similares feitas pela Administração Pública, em execução ou concluídas no período de 1 (um) ano anterior à data da pesquisa de preços, inclusive mediante sistema de registro de preços, observado o índice de atualização de preços correspondente;*

III - *utilização de dados de pesquisa publicada em mídia especializada, de tabela de referência formalmente aprovada pelo Poder Executivo federal e de sítios eletrônicos especializados ou de domínio amplo, desde que contenham a data e hora de acesso;*

IV - *pesquisa direta com no mínimo 3 (três) fornecedores, mediante solicitação formal de cotação, desde que seja apresentada justificativa da escolha desses fornecedores e que não tenham sido obtidos os orçamentos com mais de 6 (seis) meses de antecedência da data de divulgação do edital;*

V - *pesquisa na base nacional de notas fiscais eletrônicas, na forma de regulamento. (...) [grifo nosso]*

Destaques e principais resultados:	Algumas recomendações:
> Preço de referência é o maior valor aceitável para a aquisição/contratação. > O estabelecimento do Preço de Referência para a aquisição de medicamentos é um ponto crítico para a eficiência financeira dos municípios. > Em resumo, a pesquisa de preços para estimar o Preço de Referência deve ser realizada considerando os seguintes parâmetros, de forma combinada ou não: I - Painel de Preços ou Banco de Preços em Saúde; II - aquisições similares pela Administração Pública; III - dados de pesquisa publicada em mídia especializada, de tabela de referência aprovada pelo Poder Executivo federal e de sítios eletrônicos especializados ou de domínio amplo; IV - pesquisa direta; V - pesquisa na base nacional de notas fiscais eletrônicas. > A escolha do menor valor como Preço de Referência, quando obtido na pesquisa de preços, é válida quando realizadas no mínimo 3 pesquisas, desconsiderados os valores inexequíveis, inconsistentes e os excessivamente elevados. > Exemplos de meios para a definição dos valores que serão considerados preços inexequíveis ou excessivamente elevados: - construção de gráfico de caixa estreita; - a Portaria MJ Nº 870/2016 sugere estes critérios: I -70% inferior à média dos demais preços formadores do conjunto que determinará o resultado da pesquisa; e II -30% superior à média dos demais preços formadores do conjunto que determinará o resultado da pesquisa. > Apesar de admitida a justificativa para a utilização de valores de referência fora das regras objetivas apontadas, frente a situações especiais, para viabilizar uma compra, a subjetividade do que são as "decisões devidamente justificadas" e sua sujeição a julgamentos posteriores leva ao operador da compra a não quebrar a regra, independentemente se os valores definidos pela norma mostram um prognóstico desfavorável para o sucesso do certame.	> Popularizar entre os órgãos executivos (ex. secretarias de saúde/outros setores das prefeituras, governo estadual) e de controle (ex. tribunais de contas, ministérios públicos) as metodologias adequadas para o estabelecimento do Preço de Referência para a aquisição de medicamentos (ex. IN 73/2020). > O Preço de Referência estimado deve ser compatível com os valores de mercado, considerados os preços constantes de bancos de dados públicos e as quantidades a serem contratadas, observadas a potencial economia de escala e as peculiaridades locais. > Para calcular o Preço de Referência de medicamentos, utilizar, como regra geral, a **mediana** dos valores obtidos na pesquisa de preços. A mediana possui vantagem sobre a média porque fornece um valor típico do conjunto de dados sem ser afetada por valores extremos. > Com base no Acórdão 247/2017-TCU, desaconselha-se o uso de orçamentos de fornecedores locais (ex. farmácias varejistas) e potenciais fornecedores para estimar preços para uma licitação porque, em geral, esses preços são mais caros, não consideram compra em grande volume e nem a aplicação de descontos obrigatórios para a venda de medicamentos ao governo.[10] > Definir critérios claros e fundamentados para desconsiderar valores inexequíveis, inconsistentes e excessivamente elevados, os quais devem estar descritos no processo administrativo pertinente. > Estabelecer critérios mais objetivos para a tomada de decisão em situações especiais em que não é possível usar as regras comuns para a aplicação dos valores de referência. > Uniformizar entendimentos dos órgãos de controle para maior segurança dos gestores na tomada de decisão relacionada a situações especiais no contexto das aquisições de medicamentos. > Explicitar nos processos administrativos de aquisição todos os critérios considerados para estimar o Preço de Referência, inclusive o volume referente aos preços pesquisados.

9 A jurisprudência do Tribunal de Contas da União (TCU) orienta que "a pesquisa de preços para elaboração do orçamento estimativo da licitação não deve se restringir a cotações realizadas com potenciais fornecedores, uma vez que, para atender o disposto na Lei nº 8.666/1993, as compras públicas devem balizar-se pelos preços praticados no âmbito dos órgãos e das entidades da Administração Pública (Acórdão 247/2017-TCU-Plenário)" (BRASIL, 2018).

Como Calcular o Preço de Referência

Para calcular o Preço de Referência podem ser utilizadas a média, a mediana ou o menor dos valores obtidos na pesquisa de preços, desde que o cálculo incida sobre um conjunto de três ou mais preços, oriundos de um ou mais dos parâmetros previstos na Lei 14133/2021, art. 23, desconsiderados os valores inexequíveis, inconsistentes e os excessivamente elevados. Segundo a IN 73/2020, poderão ser utilizados outros critérios ou métodos, desde que devidamente justificados pelo gestor responsável e aprovados pela autoridade competente.

Para desconsiderar os valores inexequíveis, inconsistentes e os excessivamente elevados, deverão ser adotados critérios fundamentados e descritos no processo administrativo, conforme o entendimento do Tribunal de Contas da União – TCU, no Acórdão 4952/2012. Apesar desse entendimento, vários órgãos de controle têm definido regras operacionais objetivas para a metodologia de definição do preço de referência, ora como orientação, ora como norma. No Volume 3 você encontrará sugestões de critérios para eliminar esses valores indesejáveis, como por exemplo por meio de gráfico de caixa estreita ou por norma pré-estabelecida.

Na prática da aquisição de medicamentos pelos municípios, observa-se que o método mais adequado para calcular o Preço de Referência é a mediana, dada a heterogeneidade e assimetria dos preços encontrados nas pesquisas, bem como o número geralmente pequeno de observações[10]. No Volume 3 você encontrará justificativas detalhadas e fundamentadas em conceitos matemáticos sobre a indicação do uso da mediana para a estimativa do Preço de Referência para a aquisição de medicamentos.

Destaques e principais resultados:	Algumas recomendações:
> Critérios ou métodos alternativos de Cálculo do Preço de Referência poderão ser utilizados desde que justificados e aprovados pela autoridade competente. > Há instruções normativas para o estabelecimento dos Preços de Referência. Contudo, em alguns casos, órgãos de controle estabelecem modelos de cálculo rígidos que acabam distorcendo a estimativa do preço de referência quando desconsideram a assimetria da distribuição dos preços. > Na contratação, o preço máximo pode ser diferente do preço estimado mas não se pode criar critério estatístico ou matemático que incida a maior sobre os preços máximos. > A mediana é um valor de tendência central que não é afetado pelos extremos, o uso de média e seus valores de dispersão presume uma distribuição simétrica independentemente da existência de valores extremos se esses estiverem simetricamente distribuídos. > Em geral, não são observadas distribuições simétricas nos preços de medicamentos, motivo pelo qual se recomenda o uso da mediana para a estimativa do Preço de Referência.	> Segundo o Acórdão 4952/2012 -TCU: *"A definição da metodologia a ser empregada no processo de elaboração de pesquisa de preços se encontra nitidamente dentro do espaço de escolha discricionária da administração".* > Consultar os órgãos de controle sempre que houver necessidade de buscar alternativas para questões não explícitas na legislação. > Uniformizar o entendimento das metodologias e normativas para o estabelecimento dos preços de referência entre os órgãos de controle. > Padronizar as orientações dos órgãos de controle nas diferentes unidades federativas no que diz respeito às compras públicas de medicamentos e insumos para a saúde. > Difundir, especialmente entre pregoeiros e responsáveis pelo setor de compras, que na contratação o preço máximo pode ser diferente do preço estimado mas não se pode criar critério estatístico ou matemático que incida a maior sobre os preços máximos. > Indica-se o uso da mediana para a estimativa do Preço de Referência para a aquisição de medicamentos.

10 Para definir se os dados são homogêneos ou heterogêneos utiliza-se o coeficiente de variação da média para definir o uso de média ou mediana. A mediana, conceito extraído do portal de preços, é o valor do meio que separa a metade maior da metade menor no conjunto de dados. Menos influenciada por valores muito altos ou muito baixos, a mediana pode ser adotada nos casos em que os dados são apresentados de forma mais heterogênea e com um número pequeno de observações, além de distribuições assimétricas. A vantagem da mediana sobre a média é que a mediana fornece um valor típico do conjunto de dados porque ela não é afetada por valores extremos. A limitação do uso da média está associada à assimetria e não simplesmente aos valores extremos (caudas muito longas na distribuição normal).

Influência do Tamanho da Compra na Estimativa do Preço de Referência

Na pesquisa de preços, sempre que possível, deverão ser observadas as condições comerciais praticadas, incluindo prazos e locais de entrega, instalação e montagem do bem ou execução do serviço, formas de pagamento, fretes, garantias exigidas e marcas e modelos, quando for o caso (IN 73/2020). O BPS também orienta: *"O preço de referência deve refletir o preço de mercado, levando em consideração todos os fatores que influenciam na formação dos custos. Exemplos: Especificação do bem ou serviço, quantidade adquirida, praça ou mercado a ser pesquisado (municipal, estadual, nacional ou internacional), prazos de entrega, modalidade de compra (compra direta, dispensa de licitação, pregão, outros) e tipo de compra (administrativa ou judicial)".*

Observou-se que a relação entre o preço e o volume de compras é fortemente prejudicada pelos dados das compras de maior porte e pelos preços excessivamente elevados. Esta distribuição mostra que a relação preço/volume para essas compras precisa ser analisada detalhadamente na medida em que compras grandes tendem a garantir valores menores e compras pequenas podem ter valores equivalentes a compras grandes ou valores maiores. A correlação direta entre preço e volume é frágil e parece existir um valor mínimo que não pode ser reduzido independentemente do tamanho da compra[11].

Nota-se que nenhuma das orientações dos órgãos de controle leva em conta o tamanho da aquisição quando inexistem outras condições de compra que possam justificar uma decisão diferente da regra estabelecida. Nessas situações o comprador de grandes quantidades tem sua possibilidade de compra favorecida quando o seu preço de referência considera um conjunto de valores que estarão somente acima de sua possibilidade de compra. Por outro lado, o comprador de quantidades menores é obrigado a incorporar nas suas estimativas valores menores que poderão tornar a sua tentativa de compra fracassada.

Destaques e principais resultados:	Algumas recomendações:
> A relação preço/volume destaca a potencial vantagem econômica para o comprador em relação às compras de maior volume. > Os preços de compras são comparáveis somente quando os volumes são similares. Ex. a compra de um grande consórcio não pode ser comparada com a compra de um município de pequeno porte. > Comparações de preços que não consideram o volume adquirido podem induzir pequenos compradores a estimar preços de referência que levarão a processos de aquisição fracassados; bem como grandes compradores a estimar preços maiores, desperdiçando seu potencial de economia de escala.	> A aquisição em grandes volumes, seja por consórcios ou aquisições centralizadas pelos entes federal ou estadual, tende a reduzir o preço das aquisições, também influenciando a menor a mediana dos preços e, por consequência, o Preço de Referência de aquisições futuras. > Considerar os volumes adquiridos na pesquisa de preços para estimar o Preço de Referência, uma vez que os volumes precisam ser similares para serem comparáveis. > Explicitar nos processos administrativos de aquisição todos os critérios considerados para estimar o Preço de Referência, inclusive o volume referente aos preços pesquisados. > Indica-se o uso da mediana para a estimativa do Preço de Referência para a aquisição de medicamentos.

11 Dados de estudo de caso da aquisição de comprimidos de Diazepam 5mg no ano 2019, registrados no Banco de Preços em Saúde (BPS). Dados detalhados no Volume 3.

Banco de Preços em Saúde (BPS): Ferramenta para a Pesquisa de Preços

O Banco de Preços em Saúde (BPS) é um banco de dados do Ministério da Saúde que registra e disponibiliza os preços de medicamentos e produtos para a saúde que são adquiridos por instituições públicas e privadas. O BPS foi criado para atuar como ferramenta de monitoramento dos preços no mercado, visando fornecer subsídios ao gestor público para a tomada de decisão, aumentar a transparência no que se refere à utilização dos recursos do SUS e para disponibilizar dados para subsidiar o controle social quanto aos gastos públicos em saúde.

As aquisições de medicamentos são registradas no BPS segundo sua descrição no Catálogo de Materiais (CATMAT) do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Neste catálogo, os medicamentos são registrados por unidade farmacotécnica e, portanto, no BPS, os preços unitários devem ser expressos nesta unidade[12].

Contudo, esta ferramenta precisa ser modernizada, especialmente porque o seu modo de funcionamento facilita erros na sua alimentação. Por exemplo, no presente estudo foi observado que o número de fabricantes e fornecedores registrados no BPS está sobrestimado, uma vez que a sua identificação é feita pelo nome da empresa e pelo CNPJ, sem uma pré-configuração do sistema para evitar erros de digitação, ou seja, qualquer erro de digitação permite que o sistema entenda como sendo um dado novo (ex. a especificação da empresa digitada como SA ou S.A. ou S/A é entendida pelo sistema como diferentes empresas).

Neste contexto, alguns pontos são sugeridos visando o aperfeiçoamento e maior praticidade no uso do BPS:

- Aprimorar o sistema no que diz respeito aos cadastros de fornecedores e compradores, de modo a reduzir a multiplicidade de identificação da mesma empresa ou instituição;
- Possibilitar a inserção de dados de modo automático, sem ou com o mínimo de digitação individual;
- Possibilitar a checagem inteligente do preço inserido com base no histórico de preços, permitindo ao operador conferir valores extremos antes de confirmar a inserção, e assim evitar distorções da média de preços por erro de digitação;
- Possibilitar a inserção de dados a partir do emissor da nota fiscal;
- Desenvolver ferramentas de consulta personalizáveis, sistemas de análise de preços mais sofisticados e emissão de relatórios consolidados personalizáveis;
- Estabelecer critérios objetivos para que a gestão identifique quando há sobrepreço numa pesquisa de preços ou num processo de aquisição, inclusive para que as denúncias de sobrepreço não fiquem limitadas a acontecer somente quando o valor extrapola o limite máximo permitido pela CMED.

12 Apesar de selecionadas as aquisições realizadas somente pela modalidade pregão, há erros de alimentação do BPS relacionados à inserção de preços de embalagens e não da unidade farmacotécnica (o que não implica que todos os valores extremos encontrados no BPS sejam registros dessa natureza), erros de digitação ou mesmo aquisições com valores muito maiores do que a mediana das aquisições registradas no BPS para um determinado medicamento, foi necessária a remoção dos valores extremos por técnica estatística proposta por Christophe Leys, conforme detalhado no Volume 3.

Algumas Dicas Práticas para a Gestão Municipal

Com base nos dados observados no presente diagnóstico, é possível afirmar que os municípios podem se beneficiar das estratégias econômicas apresentadas neste estudo, a fim de garantir a oferta de medicamentos de qualidade e potencializar o uso dos recursos financeiros na aquisição de medicamentos. Para tanto, sugerem-se algumas dicas úteis para o dia a dia da gestão municipal:

> O potencial da RENAME enquanto ferramenta econômica pode ser útil no município quando a REMUME é organizada a partir de itens sugeridos pela RENAME por meio do CBAF (observar as dicas descritas no item anterior sobre Seleção de Medicamentos e qualificação do acesso nos municipios);

> Organizar o acesso às linhas de cuidado e de tratamento medicamentoso disponíveis pelo componente estratégico (CESAF) e especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), evitando a duplicidade de oferta e direcionamento desnecessário de recursos municipais para a aquisição de itens já disponíveis no SUS;

> A seleção de medicamentos para a REMUME deve ter o cuidado de evitar múltiplos itens de uma mesma classe farmacológica, para o mesmo objetivo terapêutico, ou mesmo uma diversidade de apresentações do mesmo fármaco, de modo a não dispersar as prescrições e compras, bem como favorecer a negociação dos preços considerando a relação preço/volume;

> As aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, e as prescrições de medicamentos, no âmbito do SUS, devem adotar obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI) (nome genérico), conforme estabelece a Lei dos Genéricos.

> As aquisições não devem ser realizadas por marca comercial ou por blocos de medicamentos "similares" ou "referência";

> Recomenda-se a aquisição de medicamentos genéricos, quando da igualdade de preços e demais condições com os não genéricos, estabelecendo este critério no edital de licitação.

> Observar as regras de Regulação de Preços do Mercado de Medicamentos previstas pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED nas aquisições públicas, estabelecendo os critérios de preços no edital de licitação.

> Considerar os preços máximos estabelecidos pela CMED para cada situação de compra, bem como a exigência de descontos obrigatórios (ex. desconto CAP para compras por força judicial que resultam em preços menores do que aqueles das compras administrativas).

> Denunciar aos órgãos de controle e à CMED os casos cabíveis (ex. sobrepreços).

> Estimar o Preço de Referência de um produto a ser licitado é um dos pontos críticos para a eficiência financeira dos municípios. O preço estimado deve ser compatível com os valores de mercado, considerados os preços registrados nos bancos de dados públicos, as quantidades a serem contratadas, a potencial economia de escala e as peculiaridades locais.

> Para calcular o Preço de Referência de medicamentos, utiliza-se, como regra geral, a **mediana** dos valores obtidos na pesquisa de preços.

> Recomenda-se o uso do Banco de Preços em Saúde (BPS) do Ministério da Saúde para a pesquisa de preços de medicamentos.

> A alimentação do BPS pelos municípios e estados é obrigatória, conforme Resolução CIT n. 18/2017.

> Segundo o Acórdão 2.451/2013-TCU, é possível inferir que sejam priorizados como referenciais de mercado os preços registrados no BPS, atentando-se para que estes respeitem os limites estabelecidos pela CMED: "*(...) o valor máximo das aquisições de medicamentos deve obedecer aos critérios da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, sem prejuízo da aplicação do Coeficiente de Aquisição de Preços e da Desoneração do ICMS, quando for o caso, devendo ser utilizadas as referências do BPS quando estas forem inferiores aos limites máximos fixados pela mencionada Câmara, tendo por fim a adequação da estimativa de preços aos praticados no mercado (...)*".

> Com base no Acórdão 247/2017-TCU, desaconselha-se o uso de orçamentos de fornecedores locais (ex. farmácias varejistas) e potenciais fornecedores para estimar preços para uma licitação porque, em geral, esses preços são mais caros, não consideram compra em grande volume e nem a aplicação de descontos obrigatórios para a venda de medicamentos ao governo.

> Considerar os volumes adquiridos na pesquisa de preços para estimar o Preço de Referência, uma vez que os volumes precisam ser similares para serem comparáveis.

> Explicitar nos processos administrativos de aquisição todos os critérios considerados para estimar o Preço de Referência, inclusive o volume referente aos preços pesquisados.

> Esclarecer, inclusive entre pregoeiros e responsáveis pelo setor de compras, que na contratação o preço máximo pode ser diferente do preço estimado mas não se pode criar critério estatístico ou matemático que incida a maior sobre os preços máximos (IN 73/2020).

> A aquisição em grandes volumes, seja por consórcios ou aquisições centralizadas pelo ente estadual[13], tende a reduzir o preço das aquisições, também influenciando a menor a mediana dos preços e, por consequência, o Preço de Referência de aquisições futuras;

> Manter comunicação contínua com os prescritores acerca da oferta e disponibilidade de medicamentos pelo SUS;

> A equipe técnica e administrativa do município deve estar atenta ao controle de estoques dos medicamentos e realizar programações adequadas de compras, evitando aquisições emergenciais e fracionadas devido à falta de planejamento;

> Elaborar requisitos e especificações técnicas dos medicamentos, assim como pareceres técnicos para o processo de aquisição;

> Estabelecer mecanismos de acompanhamento e avaliação dos processos de compra de medicamentos e o desempenho de fornecedores para garantir o cumprimento das condições de compra estabelecidas e entrega de medicamentos aos municípios;

> Recomenda-se manter interlocução com o ente estadual e demais municípios da região, por meio de câmaras ou comissões técnicas no âmbito das CIR e CIB, visando a uniformidade de procedimentos, decisões compartilhadas e apoio mútuo na organização e execução da AF.

13 Segundo a PRC 2/2017, Título III, Cap. II, art.41, as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios podem pactuar nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) a aquisição, de forma centralizada, dos medicamentos e insumos pelo gestor estadual de saúde, na forma de Atas Estaduais de Registro de Preços ou por consórcios de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.

Referências

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2017 out 3 [acesso em 18 nov. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.

Brasil, Tribunal de Contas da União. Orientações para aquisições públicas de medicamentos [Internet]. 1 dez 2018 [acesso em 18 nov. 2021]. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/8A/E0/DC/81/A5A1F6107AD96FE6F18818A8/Orientacoes_aquisicoes_publicas_medicamentos.pdf.

Brasil, Tribunal de Contas da União. Orientações para aquisições públicas de medicamentos [Internet]. 1 dez 2018 [acesso em 6 nov. 2021]. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/tcucidades/publicacoes/detalhes/orientacoes-para--aquisicoes-publicas-de-medicamentos.htm

Brasil. Lei n° 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 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 União. 11 fev. 1999.

Brasil. Lei nº 10742, de 6 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 no 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 7 out. 2003 [acesso em 18 nov. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.742.htm

Brasil. Lei nº 14133, de 1 de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da União. 1 abr. 2021 [acesso em 18 nov. 2021]. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.133-de-1-de-abril-de-2021-311876884

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set. 1990 [acesso em 18 nov. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Brasil. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1993 jun. 22 [acesso em 18 nov. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm

Brasil. Ministério da Economia. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 73, DE 5 DE AGOSTO DE 2020. Dispõe sobre o procedimento administrativo para a realização de pesquisa de preços para a aquisição de bens e contratação de serviços em geral, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao--normativa-n-73-de-5-de-agosto-de-2020-270711836. Acesso em 18 nov. 2021.

Brasil. Ministério da Economia. Painel de Preços. Disponível em: https://paineldeprecos.planejamento.gov.br/ perguntas-frequentes#collapse3. Acesso em 18 nov. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Banco de preços em Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/banco-de-precos

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 4 v. : il. Conteúdo: v. 3. Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios. Disponível em: https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/

Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.213, de 27 de março de 2001. Define normas de regulação para o setor de medicamentos, institui a Fórmula Paramétrica de Reajuste de Preços de Medicamentos - FPR, cria a Câmara de Medicamentos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Mar 2001.

Brasil. Presidência da República. Medida Provisória no 2.138-2, de 28 de dezembro de 2000. Define normas de regulação para o setor de medicamentos, institui a Fórmula Paramétrica de Reajuste de Preços de Medicamentos - FPR, cria a Câmara de Medicamentos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 Dez 2000.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; GABINETE DO MINISTRO. Política Nacional de Medicamentos 30 out. 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html.

CONASEMS. INSTRUMENTO DE REFERÊNCIA dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica. 2021. 72p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Cartilha_Finalizando.pdf

CONASEMS. Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS - diálogos no cotidiano 2.a edição digital - revisada e ampliada - 2021. 440 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02.pdf

Viscusi WK, Harrington JE, Vernon JM. Economics of Regulation and Antitrust. 4. ed. Cambridge: MIT Press; 2005. 960 p.

World Health Organization (WFO). The world medicines situation 2011 – selection of essential medicines.

Modalidades de Aquisição de Medicamentos Praticadas pelos Municípios Brasileiros

O Volume 5 desta série apresenta alguns pontos teóricos relacionados às aquisições governamentais, as modalidades de licitação e peculiaridades envolvidas nas compras de medicamentos, além de considerar o financiamento e o desabastecimento de medicamentos. Também traz os principais resultados da análise das aquisições de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) pelos municípios brasileiros, os quais foram extraídos do Projeto Diagnósticos da Assistência Farmacêutica realizado pelo Conasems.

Nesta seção, apresentam-se algumas sugestões para o fortalecimento da gestão pública relacionada às aquisições, especialmente para os municípios, além de trazer aos gestores e demais trabalhadores da saúde e dos setores administrativos uma melhor compreensão do conjunto de elementos a ser ponderado na aquisição de medicamentos do CBAF.

Considerar o papel estratégico da Assistência Farmacêutica (AF), especialmente dos serviços farmacêuticos, contribui para a efetivação dos princípios ético-doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que a aquisição de medicamentos, enquanto etapa logística para a disponibilização, também faz parte de um conjunto de ações voltadas à proteção e recuperação da saúde, conforme previsto na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)[14].

14 RESOLUÇÃO Nº 338, DE 06 DE MAIO DE 2004. Art. 1º - Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos seguintes princípios: (...) III - a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu Uso Racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (...)

A gestão administrativa no sistema público de saúde, no que tange às aquisições governamentais, muitas vezes é ponto pouco debatido, apesar de ser um aspecto extremamente sensível e estratégico para o êxito das ações de saúde. Em geral, maior atenção ao tema ocorre quando há faltas, desvios, fraudes, entre outras dificuldades, como aquelas decorrentes do aumento de demanda, subfinanciamento, baixa disponibilidade de materiais, preços elevados, dependência externa etc.

Conhecer essa temática pode facilitar a condução das aquisições de medicamentos nos municípios, bem como a otimização do uso dos recursos financeiros e estruturais e a análise crítica necessária para a tomada de decisões.

> Aquisição por meio de licitação pública

A Constituição Federal (art. 37, XXI) determina que as aquisições governamentais devem ser realizadas mediante processo de licitação pública. Infraconstitucionalmente, é estabelecido que as compras públicas devem seguir os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, interesse público, probidade administrativa, igualdade, planejamento, transparência, eficácia, segregação de funções, motivação, vinculação ao edital, julgamento objetivo, segurança jurídica, razoabilidade, competitividade, proporcionalidade, celeridade, economicidade e desenvolvimento nacional sustentável, entre outros (BRASIL, 1988; 1993; 2021).

Os processos de compra atualmente são regidos pela Lei nº 8.666/1993 e pela nova Lei de Licitações e Contratos (Lei nº 14.133/2021). Importante ressaltar que a Lei nº 14.133/2021 conta com um prazo de dois anos para a sua completa vigência, a partir da sua publicação e, portanto, as duas leis estarão em vigor por esse período. Até a plena revogação da Lei nº 8.666/1993 em 2023, a administração poderá escolher qual das duas leis utilizará, apresentando a definida no edital e utilizando apenas uma delas (BRASIL, 1993; 2021).

As duas leis supracitadas estabelecem critérios importantes, como a exigência de que nenhuma compra seja feita sem a adequada caracterização de seu objeto e indicação dos recursos orçamentários para seu pagamento. Também, exige-se a observação sobre: 1) especificação completa do bem a ser adquirido sem indicação de marca; 2) definição das unidades e das quantidades a serem adquiridas em função do consumo e utilização prováveis, cuja estimativa será obtida, sempre que possível, mediante adequadas técnicas quantitativas de estimação e; 3) as condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do material. O Quadro 6 elenca as bases legais para compras públicas.

QUADRO 6.
Bases legais das compras públicas

Instrumento legal	Ementa
Lei 8.666/1993	Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.
Decreto nº 3.555/2000	Aprova o regulamento, no âmbito da Administração Pública Federal, para a modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns.
Lei 10.520/2002	Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências.
Lei Complementar nº 123/2006	Institui o Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte e dá outras providências.
Decreto nº 7.892/2013	Regulamenta o Sistema de Registro de Preços previsto no art. 15 da Lei nº 8.666.
Decreto nº 8.250/2014	Altera o Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013, que regulamenta o Sistema de Registro de Preços previsto no art. 15 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.
Decreto nº 9.488/2018	Altera o Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013, que regulamenta o Sistema de Registro de Preços previsto no art. 15 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e o Decreto nº 7.579, de 11 de outubro de 2011, que dispõe sobre o Sistema de Administração dos Recursos de Tecnologia da Informação - SISP, do Poder Executivo federal.
Decreto nº 10.024/2019	Regulamenta a licitação, na modalidade pregão, na forma eletrônica, para a aquisição de bens e a contratação de serviços comuns, incluídos os serviços comuns de engenharia, e dispõe sobre o uso da dispensa eletrônica, no âmbito da administração pública federal.
Lei nº 14.133/2021*	Lei de licitações e contratos administrativos.

Fonte: CONASEMS,2022d.

** O artigo 193 da Lei nº 14.133/2021 revoga: I - os artigos 89 a 108 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993; II - a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, e os artigos. 1º a 47-A da Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011, após decorridos 2 (dois) anos da publicação oficial desta Lei.*

> Modalidades de licitação

Enquanto a licitação é entendida como um conjunto de procedimentos formalizado por meio de um rito processual, com documentos elaborados para registrar cada uma das etapas exigidas, as modalidades são as formas pelas quais o processo licitatório é conduzido.

A diferenciação é feita especialmente em função do valor estimado da aquisição. Para cada modalidade de licitação há valores-limites estabelecidos, exigências específicas de procedimentos, processos a serem formalizados, publicações e prazos a serem atendidos. O Quadro 7 apresenta as modalidades de licitação mais utilizadas para a aquisição de medicamentos.

QUADRO 7.
Modalidades de licitação mais comuns para a aquisição de medicamentos

Modalidade	Descrição	Valor financeiro para medicamentos
Convite	Lei nº 8.666/1993: Modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, cadastrados ou não, escolhidos e convidados em número mínimo de 3 (três) pela unidade administrativa, a qual afixará, em local apropriado, cópia do instrumento convocatório e o estenderá aos demais cadastrados na correspondente especialidade que manifestarem seu interesse com antecedência de até 24 (vinte e quatro) horas da apresentação das propostas.	Até R$ 80.000,00
Tomada de preços (TP)	Lei nº 8.666/1993: Modalidade de licitação entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação.	Até R$ 150.000,00
Concorrência	Lei nº 8.666/1993: Modalidade de licitação entre quaisquer interessados que, na fase inicial de habilitação preliminar, comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para execução de seu objeto. Lei nº 14.133/2021: Modalidade de licitação para contratação de bens e serviços especiais e de obras e serviços comuns e especiais de engenharia, cujo critério de julgamento poderá ser: a) menor preço; b) melhor técnica ou conteúdo artístico; c) técnica e preço; d) maior retorno econômico; e) maior desconto.	Acima de R$ 650.000,00
Pregão	Decreto nº 3.555/2000: Pregão é a modalidade de licitação em que a disputa pelo fornecimento de bens ou serviços comuns é feita em sessão pública, por meio de propostas de preços escritos e lances verbais. Lei nº 14.133/2021: Modalidade de licitação obrigatória para aquisição de bens e serviços comuns, cujo critério de julgamento poderá ser o de menor preço ou o de maior desconto.	Qualquer valor

Fonte: CONASEMS,2022d com base nas Leis nº 8.666/93, nº 10.520/02 nº 14.133/2021 e Decreto nº 3.555/2000.

Na aquisição de medicamentos ou respectivo registro de preços, sempre que há a utilização de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, o uso da modalidade pregão na forma eletrônica é considerado obrigatório, nos termos do art. 1º, §3º do Decreto 10.024/2019. Consoante a jurisprudência do TCU, a não utilização do Pregão Eletrônico para aquisição de medicamentos só é permitida em casos de comprovada e justificada inviabilidade (Acórdão 247/2017-Plenário) (TCU, 2018).

A legislação também prevê a possibilidade de contratação direta, a qual compreende os casos de inexigibilidade e de dispensa de licitação (BRASIL, 2006):

a) Dispensa de licitação: pode ocorrer em casos previstos na legislação, como em emergências, guerras, e em especial em casos em que fique demonstrado comprovada falta de interesse das empresas em participar de processos licitatórios anteriores, desde que mantidas as condições estabelecidas no edital anterior. Há previsão na Lei nº 8.666/1993 (art. 24, VIII), de aquisição de medicamentos produzidos por laboratórios oficiais, uma vez que estes integram a Administração Pública, desde que tenham sido criados antes da vigência da referida lei. Neste caso, o preço deve ser compatível com o praticado no mercado.

b) Inexigibilidade de licitação: é inexigível a licitação quando se demonstra ser inviável a competição, a exemplo de produtos que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comprovadamente exclusivos. Neste caso é vedada a preferência de marca, e há necessidade de comprovação da exclusividade pelo órgão competente.

> Sistema de registro de preços

Regulamentado pela Lei nº 14.133/2021, o Sistema de Registro de Preços (SRP) é indicado, principalmente, para aquisição de bens com demanda regular, ou seja, com frequência sistemática de compras e entregas parceladas. O SRP não obriga a aquisição da totalidade dos produtos licitados.

O SRP traz diversas vantagens, tanto para a administração pública como para os fornecedores (CONASS, 2004; BRASIL, 2006; CONASEMS, 2021):

a) Para a administração pública: necessidades contempladas por até 12 (doze) meses; otimização do orçamento, uma vez que o preço é registrado (a vinculação orçamentária ocorre na aquisição e não na abertura do processo licitatório); uso por outras unidades, sempre que previsto em edital; redução do número de licitações; agilização no processo de aquisição; compras das quantidades realmente necessárias; redução de volume de estoque, pois as contratações podem ser realizadas na periodicidade necessária pela gestão.

b) Para os fornecedores: previsibilidade do fornecimento futuro; otimização do planejamento de produção e vendas; redução na participação em vários processos licitatórios em uma mesma instituição ou para várias delas para o mesmo objeto; previsibilidade de período de entrega sem necessidade de formar previamente grandes estoques.

Ao assinar a ata de registro de preços (ARP), o fornecedor se compromete a entregar o(s) produto(s) sempre que a administração solicitar. A ARP poderá ser utilizada, durante sua validade, a cada aquisição, não havendo necessidade de repetir o processo licitatório, enquanto houver saldo do item na ata.

Um bom gerenciamento da ARP envolve o acompanhamento dos quantitativos registrados, que devem ser estimados para a utilização durante a vigência da mesma. Também, a pesquisa periódica para verificar se o preço registrado continua compatível, no período de aquisição, com o praticado no mercado. No caso de se constatar que seja superior, o preço deve ser reduzido pelo fornecedor (BRASIL, 2006).

Processo Licitatório para Aquisição de Medicamentos

Fases do Processo Licitatório

O processo licitatório é composto por diversas etapas, as quais são estabelecidas por meio de instrumento legal e devem obedecer a uma sequência, podendo ser agrupadas em fase interna e fase externa. A fase interna é preparatória, composta por procedimentos que antecedem a publicação do edital, indicando o planejamento do processo. A fase externa inicia-se com a divulgação da licitação ao público até a finalização do processo. O Quadro 8 apresenta as etapas envolvidas em cada fase do processo licitatório.

QUADRO 8.
Fases do processo licitatório

1. Interna: é uma fase preparatória, composta por procedimentos que antecedem a publicação do edital, indicando o planejamento do processo

- Descrição da necessidade da contratação.
- Definição do objeto para o atendimento da necessidade, por meio de termo de referência ou documento equivalente.
- Definição do quantitativo a ser adquirido.
- Condições de execução e pagamento.
- Condições de recebimento.
- Orçamento estimado, com a composição de preço para sua formação.
- Elaboração do edital de licitação.
- Elaboração da minuta do contrato, na forma de anexo ao edital.
- Regime de fornecimento de bens.
- Modalidade de licitação, o critério de julgamento, o modo de disputa.
- Motivação das condições do edital: exigências de qualificação técnica e de qualificação econômico-financeira, entre outras.

2. Fase externa: inicia-se com a divulgação da licitação ao público até a finalização do processo

Divulgação do edital	Encerrada a instrução do processo sob os aspectos técnico e jurídico, a autoridade determinará a divulgação do edital de licitação.
Apresentação de propostas e lances	Possui prazos mínimos para apresentação de propostas e lances, contados a partir da data de divulgação do edital de licitação. Quando adotados os critérios de julgamento de menor preço ou de maior desconto, o prazo mínimo é de 8 (oito dias).
Julgamento	Análise das propostas apresentadas, verificando se o produto ofertado corresponde às necessidades.
Habilitação	Análise da documentação, verificando se a licitante apresenta condições de executar o contrato, em relação ao objeto da licitação, nos aspectos jurídicos, técnicos, fiscal/social/trabalhista e econômico-financeiro
Recursal	Interposição de recurso pela empresa licitante, manifestando seu interesse em recorrer de determinada decisão.
Adjudicação	Atribuição ao vencedor do certame do objeto de licitação, concedendo o direito à contratação.
Homologação	Ato no qual a autoridade competente, após análise, declara a regularidade do processo, finalizando o julgamento das propostas, confirmando a classificação e adjudicação do objeto ao vencedor.

Fonte: CONASEMS,2022d a partir de (BRASIL, 2006).

Termo de Referência

O Termo de referência (TR) é o documento elaborado com base em estudos e levantamentos técnicos preliminares que deve conter os elementos que embasarão a avaliação de custo pela administração pública, os padrões de desempenho e qualidade a serem atendidos, as condições de entrega do objeto contratual, entre outros, na dependência da especificidade do produto adquirido.

O TR é parte integrante do edital e vincula todo o certame, inclusive no tocante a formulação e julgamento das propostas. É essencial que a administração pública atente para a sua correta e adequada elaboração, possibilitando a identificação suficientemente clara do objeto, o cálculo do custo e o conhecimento, de forma definitiva, de todas as variáveis envolvidas na execução do objeto porventura contratado.

A elaboração do TR é de responsabilidade da área técnica de onde se origina o pedido da compra. No caso da aquisição de medicamentos pelos municípios, espera-se que a Assistência Farmacêutica municipal conduza esta etapa. Esse documento deve apresentar os elementos necessários para a elaboração do edital, e quando bem elaborado, contribui para o sucesso da aquisição (OSORIO-DE-CASTRO *et al*., 2014). Devem constar no TR, como se sugere no formato exemplificado no Quadro 9:

a) A descrição dos medicamentos pela denominação genérica (Denominação Comum Brasileira ou Internacional) e indicação do código BR (identificador de um produto no Catálogo de Materiais - CATMAT).

b) As quantidades e o período de atendimento a que se destinam, tendo-se o cuidado de aproximar as quantidades aos múltiplos das embalagens ofertadas no mercado.

QUADRO 9.
Exemplo de formato de solicitação para aquisição de medicamentos no TR

Especificação	Código BR	Quantitativo	Valor unitário estimado	Valor total estimado
Albendazol 400 mg comprimido, blister com 01 comprimido ou fracionável (conforme RDC nº 80, 11/05/06), embalagem com no máximo 600 comprimidos, em embalagem primária e secundária, de acordo com a publicação do registro no Ministério da Saúde.	**BR0267506**	**xxxx**	**R$ xxxxx**	**R$ xxxx**

Fonte: CONASEMS,2022b.

Informar se serão aceitas embalagens hospitalares, caso em que é interessante explicitar a quantidade máxima por embalagem aceitável.

Estabelecimento do Preço de Referência

Conforme já abordado anteriormente, um dos pontos mais críticos para a eficiência financeira dos municípios é estimar o preço máximo admissível para compra ou preço de referência, o qual comporá o TR da licitação.

Recomenda-se que este valor considere a unidade farmacotécnica (comprimido, frasco etc.) e que a pesquisa de preços abranja os valores praticados no mercado público, os quais estão disponíveis em fontes como o Branco de Preços em Saúde - BPS do Ministério da Saúde, no Comprasnet do Ministério da Fazenda, no Painel de Preços da Secretaria de Planejamento, em pesquisa a contratações similares e recentes de outros entes públicos, em execução ou concluídas, desde que observado um espaço temporal razoável da sua realização. Os preços coletados devem ser analisados de forma crítica, em especial quando houver grande variação entre os valores pesquisados (BRASIL, 2020). O subcapítulo anterior explica sobre como estabelecer o preço de referência.

Como já abordado, as exigências legais devem ser observadas, entre elas o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG) estabelecido pela Câmara de Regulação de Medicamentos (CMED); a aplicação do Coeficiente de Adequação de Preço (CAP)[15], se for o caso; e a incidência de desoneração tributária, constante de regras nos convênios do Conselho Nacional de Política Fazendária (CONFAZ), que autoriza a concessão de isenção do ICMS[16]. Importante salientar que todos os medicamentos destinados a atender demanda judicial estão obrigatoriamente sujeitos a aplicação do CAP sobre o valor cotado.

15 Esses dados são disponibilizados na página eletrônica da ANVISA/CMED, que apresenta tabelas com os valores do PMVG, do Preço Fábrica, e valores resultantes após desonerações tributárias, que variam de acordo com os diferentes percentuais de ICMS no Brasil.
16 Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços.

Edital

O edital é o ato convocatório pelo qual a administração pública inicia a fase externa do processo licitatório, dando conhecimento sobre a licitação, as condições de participação, a descrição do objeto, a data de abertura e de encerramento de entrega das propostas, entre outros. É referido como a lei interna da licitação, sendo a vinculação ao edital o princípio básico de todo o processo. Assim, salienta-se que não poderá ser solicitada nenhuma exigência ao fornecedor que não tenha sido estabelecida no edital (BRASIL, 2006). O edital deve prever a possibilidade de se exigir documentos adicionais sempre que se julgue necessário, como por exemplo prazos de entrega, agendamentos e condições no ato da entrega.

A Lei nº 14.133/2021 (art. 25) estabelece que o edital deverá conter o objeto da licitação e o regramento do processo, o qual compreende a convocação, julgamento, habilitação, recursos e penalidades da licitação, fiscalização e gestão do contrato, entrega do objeto e condições de pagamento.

Podem ser adotadas minutas padronizadas, sendo que todos os elementos do edital deverão ser divulgados em sítio eletrônico oficial, obrigatoriamente de acesso irrestrito, na mesma data da divulgação do edital.

Devem ser explicitadas as exigências técnicas e administrativas, que compõem os elementos estruturantes do TR e do edital, atendendo à legislação vigente, tanto para os medicamentos quanto para os fornecedores.

Os Quadros abaixo apresentam a documentação obrigatória para comprovar o atendimento à legislação sanitária na aquisição de medicamentos e a lista de documentos técnico-sanitários e exigências que devem constar no TR e no edital.

QUADRO 10.

Documentação obrigatória para comprovar o atendimento à legislação sanitária na execução das aquisições de medicamentos

Dos medicamentos

- Condições de transporte
- Prazo de validade e lote
- Embalagem e acondicionamento
- Rotulagens e bulas

Dos fabricantes

- Autorização de funcionamento emitida pela Anvisa, dentro da validade
- Autorização especial de funcionamento, que autoriza a fabricação de medicamentos sujeitos a controle especial, dentro da validade.
- Alvará ou licença de funcionamento expedida pelo órgão estadual ou municipal da vigilância sanitária do local onde o laboratório exerce suas atividades.
- Certificado de responsabilidade técnica junto ao Conselho Regional de Farmácia do estado.
- Registro sanitário dos medicamentos na validade.

Das distribuidoras de medicamentos

- Alvará de funcionamento expedido pela vigilância sanitária estadual da sede da distribuidora, contemplando as atividades de comercialização e venda de medicamentos.
- Licença ou autorização de funcionamento expedida pela vigilância sanitária estadual ou municipal.
- Certificado de responsabilidade técnica junto ao Conselho Regional de Farmácia.

Fonte: CONASEMS,2022d a partir de (CONASS, 2004).

QUADRO 11.

Exigências técnico-sanitárias que devem constar no TR e no edital

Exigências técnico-sanitárias que devem constar no TR e no edital
> Licença Sanitária Estadual ou Municipal da empresa participante, compatível com sua atividade: fabricação, distribuição de medicamentos.
> Licença Sanitária Estadual ou municipal da empresa fabricante do medicamento ou do importador, no caso de produto importado.
> Autorização de Funcionamento (AFE), emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, da empresa licitante ou da respectiva publicação no Diário Oficial da União, com atividade compatível com distribuição de medicamentos.
> Autorização Especial (AE), emitida pela Anvisa da empresa licitante ou da respectiva publicação no Diário Oficial da União, no caso de oferta de medicamentos sujeitos a controle especial, com atividade compatível com distribuição de medicamentos.
> Certificado de Regularidade Técnica da empresa participante, emitido pelo Conselho Regional de Farmácia do estado da empresa licitante.
> Certificado de Registro do Produto ou sua publicação no Diário Oficial da União.
> Para medicamentos classificados como sendo de notificação simplificada, deve ser apresentada a Declaração de Notificação Simplificada dentro do prazo de vigência.
> Bula do produto, podendo ser substituída pelo rótulo no caso de medicamento de notificação simplificada.
> Proposta deve apresentar a descrição e especificação completa do produto, indicar marca e fabricante;
> Especificação da embalagem do produto, emitida pela empresa licitante, com descrição das embalagens primárias e secundárias, devendo estar de acordo com a proposta e registro na Anvisa.

Exigências técnico-sanitárias que devem constar no TR e no edital
> Medicamentos entregues deverão conter inscrição de VENDA PROIBIDA AO COMÉRCIO na embalagem.
> Informação dos critérios de aceitabilidade da proposta e do objeto;
> Informação dos requisitos técnicos e critérios para efetivar o recebimento;
> Condição de transporte atendendo à norma sanitária;
> Poderá ser solicitado ao fornecedor informações técnicas e amostras do produto, quando for necessário;
> Os medicamentos devem ser entregues acompanhados da documentação fiscal, atendendo as exigências legais.

Fonte: CONASEMS,2022d.

Análise Técnica

A análise das propostas e emissão de parecer técnico é uma etapa importante no julgamento, em se tratando de medicamentos. O responsável pelo parecer deverá conhecer todos os aspectos acerca do objeto que está em avaliação, bem como analisar possibilidades e limites da legislação, garantindo o cumprimento das exigências técnicas sem causar infrações jurídicas e administrativas para a instituição (CONASS, 2004).

Aspectos a Serem Considerados na Aquisição de Medicamentos no SUS

> Instrumentos de gestão

Entre as atividades que a AF desenvolve, relacionadas ao abastecimento de medicamentos, destacam-se o planejamento, a programação e a aquisição de medicamentos. O planejamento é uma importante ferramenta para as compras, devendo ser realizado em consonância com os demais instrumentos de gestão do SUS, como o Plano Plurianual - PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, a Lei Orçamentária Anual - LOA e o Plano de Saúde, no qual deve estar formalizada a Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2020a).

> Organização e estruturação da assistência farmacêutica

Deve-se definir e formalizar a estrutura organizacional da AF, estratégia imprescindível para a execução das ações desta área, sendo várias as possibilidades que devem ser adaptadas à realidade e estruturas em cada secretaria de saúde (CONASS, 2011). Ademais, a natureza multidisciplinar da AF exige permanente articulação intrainstitucional[17] e interinstitucional[18].

Além de outros aspectos organizacionais, a AF deve contar com estrutura física adequada, de acordo com a complexidade das funções e com o dimensionamento das áreas compatível com o volume de medicamentos gerenciados. Os recursos humanos devem ter perfil técnico adequado, com competências e habilidades para desempenhar as funções inerentes à programação e à aquisição de medicamentos (BRASIL, 2006; IVAMA-BRUMMELL; JUNIOR; SAKAI, 2014; PEREIRA, 2016).

A estrutura administrativa deve estar organizada de forma a possibilitar o registro das atividades e possuir mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação. Devem ser utilizados instrumentos que possibilitem acesso à informação, como relatórios gerenciais, sistemas de informação e outros documentos técnicos. Em especial, um sistema de informação

17 Entre as diversas unidades e órgãos no âmbito das Secretarias, como áreas técnicas, administrativo-financeiras, coordenações de programas de saúde, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, planejamento, licitação, material e patrimônio, auditoria, comunicação etc.
18 Conselhos de Saúde, Ministérios Públicos, órgãos de classe, órgãos de controle, profissionais de saúde, universidades, fornecedores etc.

robusto para gestão de estoque, permite acesso a dados confiáveis para a tomada de decisão quando do processo de aquisição. Ressalta-se ainda a necessidade de se realizar monitoramento e avaliação dos serviços, com instrumentos definidos, visando a melhoria contínua dos processos de trabalho (BRASIL, 2020a).

> Planejamento e programação

O planejamento da AF fornece informações gerenciais necessárias à programação adequada das necessidades de compra. Programar medicamentos consiste em estimar quantidades a serem adquiridas, para atender determinada demanda, em um período definido, possuindo influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. Esta etapa é importante no ciclo da AF (MARIN *et al*., 2003; BRASIL, 2020a), sendo necessário considerar:

> Seleção prévia dos medicamentos;

> Informações confiáveis sobre consumo, demanda, sazonalidades, posição de estoque e validade dos produtos, períodos de desabastecimento, eventual descontinuidade no fornecimento;

> Oferta de serviços e perfil epidemiológico da população, conhecimento da estrutura organizacional da rede local de saúde, dados populacionais;

> Capacidade de armazenamento, mecanismos de controle e acompanhamento;

> Recursos financeiros e orçamentários;

> Informações sobre os prazos de entrega;

> Informações sobre os prazos de trâmites administrativos do município.

> Arranjos organizacionais

A necessidade de racionalizar os recursos financeiros para a aquisição de medicamentos motiva a busca de alternativas para compras com preços reduzidos e maior nível de eficiência. A centralização de compras, o compartilhamento de atas de registro de preços e a constituição de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são algumas das estratégias mais usuais.

> Centralização de compras em uma instância gestora

Com o estabelecimento do financiamento tripartite para compras de medicamentos para a Atenção Básica, a pactuação da forma de aplicação dos recursos no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) foi viabilizada.

Em algumas unidades da federação decidiu-se centralizar os recursos na instância estadual para que esta realizasse a aquisição dos medicamentos para os municípios, com o propósito de obter ganho de escala e melhores preços, considerando a compra de mais volumes e maior acesso a fornecedores, em especial os fabricantes, o que é difícil quando o recurso fica pulverizado nos municípios. Essa pactuação apresentou variações, entre elas a centralização total ou parcial das compras com recursos federais e estaduais nas Secretarias Estaduais de Saúde.

> Uso comum de atas de registro de preços

O SRP permite a otimização de recursos financeiros na medida em que vários órgãos e entidades públicas podem compartilhar de uma licitação executada por um órgão público, desde que isso tenha sido estabelecido em edital. Esta é uma estratégia vantajosa, uma vez que um único órgão público irá executar o processo licitatório e vários entes poderão se beneficiar do mesmo.

As secretarias de saúde dos estados e dos municípios podem pactuar nas respectivas CIB a aquisição, de forma centralizada, dos medicamentos e insumos pelo gestor estadual de saúde, na forma de atas estaduais de registro de preços ou por consórcios de saúde (PRC 2/2017, Título III, Cap. II, art.41)

Constituição de Consórcio

A aquisição via consórcio[19] permite a otimização dos recursos financeiros, da infraestrutura administrativa e tecnológica e da gestão de pessoas, minimiza os impactos negativos do subfinanciamento e contribui para uma melhor gestão (compra, estoque, logística e distribuição) dos medicamentos (FERRAES; CORDONI JUNIOR, 2007; NEVES; RIBEIRO, 2006; NICOLETTO; CORDONI JR.; COSTA, 2005).

19 Esse arranjo está previsto no art. 241 da CF, além de estar disciplinado pela Lei n. 11.107/2005 e Decreto n. 6.017/2007. A destacar que tanto a Lei nº 8.080/1990 quanto a nº 8.142/1990 preveem a possibilidade da constituição de consórcios para o desenvolvimento em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam (SANTOS, 2021).

A Política Nacional de Medicamentos - PNM recomendou iniciativas que possibilitassem a redução nos preços dos produtos; e estabeleceu as atribuições das instâncias gestoras, dos níveis federal e estadual, entre elas o apoio à organização de consórcios destinados à prestação da Assistência Farmacêutica ou o estímulo à inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde. Ao gestor municipal, a PNM recomenda associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1998).

Sistemas de Apoio para as Aquisições Públicas

Banco de Preços em Saúde

Como já abordado anteriormente, o Banco de Preços em Saúde (BPS) é uma ferramenta útil para o registro e consulta dos preços de medicamentos e produtos para a saúde que são adquiridos por instituições públicas, sendo assim uma importante fonte para a pesquisa de preços praticados no mercado.

A Resolução nº 18/2017 da CIT tornou obrigatória a alimentação do BPS pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2017a). Essa exigência foi estabelecida considerando que, para servir de parâmetro para o estabelecimento de preços para compras públicas, seria imprescindível que o BPS apresentasse as compras realizadas pelos gestores públicos.

O BPS foi desenvolvido com o objetivo de possibilitar a pesquisa e o acompanhamento dos preços praticados na aquisição de medicamentos e produtos para a saúde em todo o território nacional; melhorar o poder de negociação da gestão do SUS e possibilitar aquisições em consonância aos melhores preços praticados no mercado; permitir a melhor alocação possível dos recursos

públicos (exercício do princípio da economicidade na administração pública); proporcionar transparência quanto à utilização dos recursos públicos; qualificar a pesquisa de preços no âmbito do processo licitatório (informações regionalizadas, tratamento estatístico das informações de preço, comparação entre preços praticados e preços regulados, grau de concentração de mercado por princípio ativo etc.); e permitir o acompanhamento do histórico de compras e evolução dos preços praticados pela instituição compradora (BRASIL, 2021).

Faz-se necessário que essa ferramenta seja aperfeiçoada permanentemente a fim de minimizar erros na sua alimentação e propiciar a integração com outros sistemas de informação e a interoperabilidade com bancos de dados federais, estaduais e municipais.

Comprasnet

O Comprasnet é um sistema de compras eletrônicas do Governo Federal disponível gratuitamente para estados, municípios e entidades da administração federal indireta, visando facilitar a adesão dos órgãos à modalidade pregão, cuja obrigatoriedade está prevista nas alterações da Lei Geral de Licitações. É de uso obrigatório para órgãos da administração federal direta, autárquica e fundacional. Já os órgãos estaduais, municipais e mesmo as entidades da administração federal indireta poderão utilizar seus próprios sistemas de pregão eletrônico ou os desenvolvidos por outros órgãos (BRASIL, 2021).

Desabastecimento de Medicamentos no SUS

O desabastecimento de medicamentos, quer seja relacionado à sua falta no mercado ou indisponibilidade para o usuário, impacta gravemente a qualidade da atenção e das condições de saúde da população[20]. Suas consequências sempre impactam negativamente sobre o sistema de saúde e o usuário, uma vez que a falta de itens imprescindíveis pode agravar a situação de saúde ou levar ao uso de substitutos terapêuticos, muitas vezes de segunda ou terceira linha, com eventual impacto no custo do tratamento e na segurança do paciente, quando apresentarem mais efeitos adversos e maior toxicidade.

Situações de desabastecimento ou indisponibilidade de medicamentos não são incomuns e podem resultar da capacidade insuficiente de produção para atender a demanda, descontinuidade na fabricação por desinteresse de manter o produto no mercado, problemas relacionados à qualidade e à disponibilidade de matérias primas para a produção, em especial do Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) (REIS; PERINI, 2008)[21]. Tais elementos ficaram extremamente evidentes quando do advento da pandemia da Covid-19 a partir de 2020 no mundo e no Brasil.

20 Segundo Reis & Perini (2008), trata-se de um problema com causas multifatoriais, que apresenta determinantes como a dependência externa dos insumos farmacêuticos e a irregularidade no seu fornecimento; a interrupção de produção por fabricante exclusivo; o recolhimento de medicamentos do mercado; a redução do nível de produção, restrições de distribuição, descontinuidade de produção de linhas de medicamentos quando ocorre fusão de laboratórios, mudanças no mercado e aumento da demanda. Chaves (2019) sinaliza ainda outros aspectos a serem analisados, como os acordos internacionais, a inovação tecnológica, a governança nacional e internacional, as políticas farmacêuticas nacionais e internacionais e questões relacionadas à à inovação em pesquisa. Causas de difícil previsibilidade, como a ocorrência de desastres naturais e catástrofes, acidentes, epidemias e questões ambientais podem afetar o abastecimento.

21 O desabastecimento da benzilpenicilina, ocorrido nos anos de 2014 e 2015, foi um caso emblemático de desabastecimento com repercussão nacional e internacional. O caso foi exaustivamente nas três instâncias gestoras do SUS, com fornecedores e fabricantes. Além de se observar diferenças acentuadas nos preços autorizados para penicilinas de distintos fabricantes nacionais, o que corroborou com a descontinuidade de produção por alguns destes, verificou-se que os preços do IFA, restrito a poucos produtores mundiais, também pesou no cenário de desabastecimento do produto.

Outros entraves podem ocorrer em consequência dos processos de gestão, como insuficiência de recursos financeiros, processos de compras com licitações fracassadas ou inconclusas, itens sem cotação (desertos), cancelamento de itens, atrasos ou parcelamento das entregas. Essas situações que levam à indisponibilidade temporária de produtos podem ser minimizadas por meio de um planejamento adequado das necessidades físicas e financeiras, da elaboração cuidadosa do TR e do edital e, ainda, pela manutenção de estoques estratégicos de medicamentos importantes para a atenção à saúde.

O Quadro 12 traz os principais problemas de desabastecimento de medicamentos observados pelo Consórcio Paraná Saúde.

QUADRO 12.

Principais problemas de desabastecimento de medicamentos listados pelo Consórcio Paraná Saúde

Principais problemas que causam desabastecimento
> Aumento do preço dos medicamentos;
> Processos licitatórios resultando em deserto ou fracasso;

> Não possibilidade de cumprimento das exigências de edital pelos detentores de atas de registro de preço, em especial no que se refere:
  > ao prazo de validade dos medicamentos;
  > ao tempo limite de entrega do item empenhado;
  > indisponibilidade, gerando cancelamento de entrega de item;
  > solicitação de realinhamento de preço durante vigência de ata de registro de preços.

> Falta de produção nacional que garanta o fornecimento para a AFAB, incluindo medicamentos com aquisição em grande quantitativo, com fabricantes que não comportam o atendimento da demanda nacional, considerando atendimento de setor público e privado;
> O fato de um medicamento integrar o elenco da Relação Nacional de Medicamentos – Rename não é garantia de interesse de produção pelos laboratórios fabricantes;
> Dependência de importação de matéria prima pelos laboratórios fabricantes nacionais: a dependência pela produção da China é marcante, afetando inclusive a produção de medicamentos da Índia, que por sua vez também importa insumos da China;
> Morosidade na publicação dos processos submetidos à avaliação pela agência reguladora, em especial àqueles relacionados a ações de farmacovigilância;
> Falta de interesse da indústria na produção de alguns medicamentos, sob alegação do seu baixo valor agregado;
> Descontinuidade de produção por interesse do laboratório;
> Existência de único fabricante no mercado;
> Situações pontuais de falta de possibilidade de oferta dos medicamentos por diferentes fatores (interferindo nos processos licitatórios e na entrega dos medicamentos):
> Laboratórios fabricantes/distribuidoras de medicamentos sem documentos sanitários vigentes;
> Cancelamento de registro de medicamentos;
> Problema com fornecimento de matéria-prima;
> Limitação de quantitativo para importação de matéria prima para produção de medicamento sujeito a controle especial;
> Não conformidades durante a produção do medicamento.

Fonte: CONASEMS,2022d a partir do resumo executivo do Consórcio Paraná Saúde (2020).

Quanto às estratégias para lidar com o desabastecimento de medicamentos, importante considerar, antes dos efeitos do desabastecimento serem sentidos, identificar as alternativas terapêuticas ou farmacêuticas para o medicamento em falta no mercado, a divulgação de informações sobre o medicamento em falta, as alternativas terapêuticas disponíveis e protocolos terapêuticos provisórios. Se necessário, integrar-se a outras instituições para buscar alternativas e medidas conjuntas, além de fazer pressão junto à indústria e a Anvisa para regularizar o fornecimento.

Caso se preveja um desabastecimento prolongado, especialmente quando as alternativas terapêuticas são escassas, será necessário definir as prioridades para a utilização do medicamento e buscar fornecedores alternativos.

Entre as ações externas, importantes quando a governabilidade da instituição sobre o problema é limitada, deve-se notificar o desabastecimento para a vigilância sanitária, associações de pacientes, conselhos de usuários, e órgãos de defesa do consumidor. Neste caso, muitas vezes é desejável dar ciência ao Ministério Público para evitar acionamento judicial.

A experiência das instâncias gestoras do SUS em relação ao enfrentamento do desabastecimento de medicamentos parece apontar para o papel fundamental do Ministério da Saúde e da Anvisa na adoção de medidas que possam interferir nesse cenário. Destaca-se o papel regulador da Anvisa que, frente à ocorrência de importantes desabastecimentos, editou a RDC nº 18/2014, que determina aos detentores dos registros, comunicação à agência sobre a intenção de descontinuar ou interromper definitivamente a produção ou importação de medicamentos (BRASIL, 2014). Essa normativa, no entanto, não resolve problemas de desabastecimento advindos de outras situações, mas a disponibilidade dessa informação e o monitoramento do mercado global, detectando-se possíveis problemas de abastecimento, permite que se antecipe o problema, buscando-se alternativas e soluções.

O Ministério da Saúde, frente a esses cenários, pode atuar de forma proativa buscando, quando pertinente, preencher as lacunas do mercado por meio de produções em laboratórios oficiais ou acionando instituições para apoiá-lo na prospecção do mercado externo e na realização de compras internacionais.

Resultados da Análise das Aquisições de Medicamentos do CBAF

Os dados extraídos do Banco de Preços em Saúde (BPS), referentes às aquisições de medicamentos do CBAF pelos municípios, consideraram as aquisições administrativas[22] realizadas nos anos de 2017 a 2019. O período coincide com o primeiro ano na qual a alimentação de compras de medicamentos tornou-se obrigatória.

As modalidades de aquisição identificadas no BPS foram[23]: Coleta de preços; Concorrência; Convênio laboratório oficial; Convite, Cotação (eletrônica) de preços; Dispensa de licitação; Inexigibilidade de licitação; Pedido de cotação; Pregão; e Tomada de preços.

Os tratamentos necessários aos dados para se analisar os resultados estão detalhados no Volume 4. As análises consideraram os registros ou descrições equivalentes ao CATMAT de 69.458 registros de compras distribuídas pelas modalidades já citadas. O Apêndice 1 lista os 157 medicamentos que foram

22 A pesquisa no BPS se concentrou nas compras classificadas como administrativas; as informações referentes às compras de medicamentos para atendimento de ações judiciais nos municípios não estão consideradas.

23 Para consecução desta análise e, considerando as modalidades estabelecidas na legislação brasileira, foram necessários alguns ajustes: registros de compras identificados no BPS como "coleta de preços", "cotação (eletrônica) de preços" e "pedido de cotação" foram agrupados e denominados como "outros". As aquisições classificadas como "convênio laboratório oficial" também entraram nesta mesma categoria, pelo baixo volume de ocorrências e características do banco.

apurados e que serviram de base na identificação da totalidade dos registros de compras analisadas[24].

A partir da identificação das compras de medicamentos extraídos (Apêndice 1) no BPS foi desenvolvido um conjunto de análises:

a) Modalidade ano a ano: as modalidades foram contabilizadas ano a ano, entre 2017-2019.

b) Gastos totais por modalidade de licitação: os gastos totais foram apurados para cada ano (valores correntes e corrigidos) e foram deflacionados utilizando-se o IPCA[25], permitindo compará-los aos valores de 2017[26]. Os gastos por modalidade estão apresentados em valores correntes.

c) Volume de modalidades de licitação segundo o porte populacional dos municípios: os tipos de licitação foram quantificados segundo o porte da população, consideradas oito faixas populacionais[27].

d) Tipos de modalidade segundo os grupos percentis do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*: As modalidades de licitação foram distribuídas segundo faixas de PIB *per capita*[28], indicador escolhido para aproximar com o IDH[29], visto não ter sido possível utilizá-lo de maneira desagregada ao nível municipal. Foram utilizadas cinco faixas ou grupos de PIB *per capita*, na qual a maior faixa compreende as maiores razões, com presença daqueles municípios mais ricos.

e) Quantidade de modalidades versus regiões e estados: foi mapeado o quantitativo de modalidades segundo as unidades federativas brasileiras, permitindo o agrupamento em regiões.

Além das análises acima descritas, o levantamento foi realizado para um rol de medicamentos com 30 itens selecionados, cujos critérios de seleção foram adaptados de três fontes: lista de medicamentos traçadores da Organização Mundial de Saúde - OMS, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e do CBAF. O elenco selecionado considerou as opções terapêuticas para as doenças e agravos mais prevalentes no SUS (Quadro 13).

24 Para a remoção dos valores extremos foi empregada a técnica proposta por Christophe Leys, a qual permite identificar o desvio absoluto dos valores em relação à mediana (quanto maior esse valor mais discrepante é a observação). Limitações deste estudo: o método empregado na extração dos dados do BPS, face a dificuldade na captura dos mesmos e da necessidade de ajustes, resultou em 69.458 registros de aquisições administrativas de 157 medicamentos, representando uma parcela do total de compras registradas no BPS; o período de 3 três anos avaliado, pois este lastro temporal pode não ter captado outras flutuações e comportamentos das compras; a qualidade e inconsistências das informações cadastradas no BPS, o que pode resultar em outras imprecisões. O *software* estatístico PASW® versão 18 processou os dados e possibilitou que fossem geradas planilhas no aplicativo Microsoft Excel©, permitindo realizar o conjunto de análises demonstradas neste trabalho.

25 Índice de Preços ao Consumidor Amplo.

26 Correção necessária, considerando a extensão do período analisado e a importância da atualização monetária dos valores para avaliação de tendências.

27 Critério baseado no perfil dos municípios brasileiros publicado pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 2018a) no qual são apresentadas sete faixas. Foi acrescentada uma oitava faixa populacional (200.000-500.000), visando trazer maior estratificação de municípios de médio a grande porte.

28 O PIB *per capita* é obtido pela divisão do PIB pelo número de habitantes de uma área, indicando o que cada pessoa produziu e, desta forma, serve como um indicador do padrão de vida (IBGE, 2018b).

29 Índice de Desenvolvimento Humano.

QUADRO 13.
Lista de medicamentos selecionados

Medicamento	Grupo Terapêutico
Ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido	Analgésico, antipirético, antiagregante plaquetário
Albendazol 40 mg/ml suspensão oral frasco	Antiparasitários e antibióticos
Amitriptilina cloridrato 25 mg comprimido	Sistema Nervoso
Amoxicilina com clavulanato de potássio 50 mg/ml + 12.5 mg/ml suspensão oral frasco	Antiparasitários e antibióticos
Amoxicilina com clavulanato de potássio 500mg + 125mg comprimido	Antiparasitários e antibióticos
Anlodipino besilato 5 mg comprimido	Sistema cardiovascular
Azitromicina 500 mg comprimido	Antiparasitários e antibióticos
Benzilpenicilina benzatina 1.200.000UI injetável frasco	Antiparasitários e antibióticos
Carbamazepina 200 mg comprimido	Sistema Nervoso
Carbonato de lítio 300 mg comprimido	Sistema Nervoso
Ciprofloxacino cloridrato 500 mg comprimido	Antiparasitários e antibióticos
Diazepam 5 mg comprimido	Sistema Nervoso
Dipirona sódica 500 mg comprimido	Analgésico, antipirético, antiagregante plaquetário
Enalapril maleato 20 mg comprimido	Sistema cardiovascular
Fenobarbital sódico 100 mg comprimido	Sistema Nervoso
Fluoxetina 20 mg comprimido ou cápsula	Sistema Nervoso
Furosemida 40 mg comprimido	Sistema cardiovascular
Haloperidol decanoato 50 mg/ml solução injetável ampola	Sistema Nervoso
Hidroclorotiazida 25 mg comprimido	Sistema cardiovascular
Ibuprofeno 600 mg comprimido	Analgésico, antipirético, antiagregante plaquetário
Levotiroxina sódica 50 mcg comprimido	Hormônios e metabolismo
Loratadina 10mg comprimido	Sistema respiratório
Losartana potássica 50 mg comprimido	Sistema cardiovascular
Metformina cloridrato 850 mg comprimido	Trato alimentar e metabolismo
Omeprazol 20 mg comprimido ou cápsula	Trato alimentar e metabolismo
Paracetamol 200 mg/ml solução oral frasco	Analgésico, antipirético, antiagregante plaquetário
Prednisona 20 mg comprimido	Hormônios e metabolismo
Sais para reidratação oral envelope	Trato alimentar e metabolismo
Sinvastatina 20 mg comprimido	Sistema cardiovascular

Fonte: CONASEMS,2022d.

Foram analisadas as compras registradas no BPS, tanto as realizadas individualmente pelos municípios como aquelas por meio de consórcios. Essa apuração listou a quantidade de aquisições consorciadas, segundo estados, portes populacionais municipais, pelo PIB per capita dos municípios e lista dos 30 medicamentos selecionados. Os resultados foram apresentados por meio de frequências simples e percentuais. O quadro 14 apresenta, de forma resumida, os principais achados da análise dos registros no BPS de aquisições de medicamentos entre 2017-2019.

QUADRO 14.

Destaques da análise dos registros no BPS de aquisições de medicamentos entre 2017-2019 no Brasil

Destaques	Referência em anexo
Modalidades de aquisição: > No ano de 2019 houve maior percentual nas compras, com flutuação nos percentuais das modalidades ao longo dos anos. > A modalidade Pregão foi a mais utilizada (acima de 90%).	Tabela 10
Gastos totais com as aquisições: > O ano de 2019 representou a metade dos gastos, totalizando quase R$ 3 bilhões em valores corrigidos para 31/12/2019 (R$ 2,83 bilhões correntes)	Tabela 11
Gastos correntes e valor médio das compras (em R$): > Houve crescimento ano a ano tanto dos gastos quanto de valor médio por compra realizada (gasto total corrente/número de compras efetuadas), que foi pouco superior a R$ 40 mil no total.	Figura 2
Gastos correntes por modalidade de aquisição (em valores correntes): > Houve crescimento de 194% nos valores totais gastos (de cerca de R$ 473 milhões em 2017 para mais de R$ 1,39 bilhões em 2019). > Houve aumento do valor médio por aquisição (cerca de 124%). > As compras na modalidade Pregão representaram 98,3% dos dispêndios. > Em 2019 houve a maior concentração de pregões (99,7% das modalidades registradas). > Houve crescimento de 206% nos valores gastos entre 2017-2019. > A inexigibilidade de licitação apresentou o maior valor médio de compra, sendo pouco superior a R$ 55 mil.	Tabela 12
Quantidade de registros de licitações, segundo modalidade e porte populacional dos municípios: > O Pregão foi a modalidade mais prevalente entre os municípios com 50.000 a 100.000 habitantes (89,7%); > Municípios com faixas populacionais entre 10.000-20.000 e 100.000-200.000 concentraram a maior proporção de Pregões	Tabela 4
Porte populacional e percentual das aquisições registradas no BPS: > Notou-se redução na quantidade de licitações registradas à medida que aumenta o porte dos municípios. > Verificam-se oscilações nos percentuais entre as quatro faixas menores (até 50.000 habitantes, média de 17,9%); > Nos municípios com mais de 500.000 habitantes, identifica-se queda nos percentuais das aquisições registradas (3,6%).	Figura 3

Quantidade de registros de licitações, segundo modalidade e grupo percentil do PIB per capita dos municípios: > Municípios com maior PIB per capita apresentaram maiores quantitativos de processos aquisitivos de medicamentos (34,9%) e o Pregão foi a modalidade mais utilizada. > Os municípios com menor PIB per capita obtiveram menores percentuais de execução deste tipo de licitação, igual a 87,1%. > A Tomada de Preços ocupou sem destaque a segunda posição (8,2%) na faixa do grupo 1.	Tabela 13
Modalidades de aquisição, segundo as regiões brasileiras: > Municípios das regiões Sudeste, Sul e Nordeste somados representaram 90,2% das aquisições (respectivamente com 34,5%, 30,3% e 25,5%). > A modalidade Pregão foi a mais empregada; a Região Norte teve o menor percentual (78,5%) e o Sul o maior (98,8%). > Apenas a região Sudeste registrou compras por meio da modalidade Convite.	Tabela 15
Modalidades de aquisição, segundo os estados: > Não foram identificados registros dos estados do MA e AM. > Os estados de SP e PR exibiram, respectivamente, 22,1% e 19,5% do total de registros, representando pouco mais de 40% no total geral. > Seis estados (MG, MT, MS, PR, RJ e RO) exibiram o maior emprego do Pregão, todos acima de 99,0%. > No DF houve apenas registro de compras por meio da modalidade Convite. > Os estados do PA (53,4%), BA (65,7%) e PI (77,6%) foram aqueles com menores quantitativos de realização de Pregão.	Tabela 16
Analgésico, antipirético, antiagregante plaquetário, segundo modalidade de aquisição e preços: > Os resultados consideram o elenco de 30 medicamentos selecionados (Quadro 10), os quais foram classificados em sete grupos: 1. analgésico, antipirético e antiagregante plaquetário 2. antiparasitários e antibióticos 3. hormônios e metabolismo 4. sistema cardiovascular 5. sistema nervoso 6. sistema respiratório 7. trato alimentar e metabolismo > No grupo analgésicos, antipirético, antiagregante plaquetário (ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido, dipirona sódica 500 mg comprimido, ibuprofeno 600 mg comprimido e paracetamol 200 mg/ml solução oral frasco) o Pregão foi a modalidade mais utilizada. > Com relação ao ácido acetilsalicílico 100 mg[31] e os analgésico e/ou antipirético paracetamol 200 mg/ml solução oral, os menores preços (médio, mediana, máximo e mínimo) foram obtidos pela execução de Pregão. > Com relação a dipirona 500 mg e o ibuprofeno 600 mg, os menores valores de preços média e mediana estão na categoria "outros", apesar de poucos registros serem muito baixos	Tabela 17

30 O ácido acetil salicílico para fins de realização deste trabalho ficou agrupado como anti-inflamatório.

Antibióticos e antiparasitários, segundo modalidade de aquisição e preços: > Os antibióticos e o antiparasitário albendazol 40 mg/ml frasco suspensão oral, apresentaram maior número de compras por Pregão. > Azitromicina 500 mg comprimido, ciprofloxacino 500 mg comprimido, albendazol 40 mg/ml suspensão oral e sulfametoxazol + trimetoprima (400 mg + 80 mg) comprimido apresentaram menores valores de mediana de preços na modalidade Pregão. > A dispensa de licitação, apesar dos poucos registros, apontou menores valores de medianas para benzilpenicilina benzatina 1.200.000 UI injetável e amoxicilina com clavulanato de potássio (500 mg + 125 mg) comprimido. > Este último antibiótico, quando suspensão oral, exibiu uma ocorrência de inexigibilidade de licitação, com o menor valor de mediana.	Tabela 18
Medicamentos hormonais e do metabolismo, segundo modalidade de aquisição e preços: > O Pregão foi a modalidade mais realizada e que apresentou menores valores de mediana.	Tabela 19
Medicamentos selecionados com atuação no sistema cardiovascular, segundo modalidade de aquisição e preços: > No grupo dos medicamentos com atuação no sistema cardiovascular, o Pregão representou a principal modalidade empregada. > O Pregão exibiu para quase todos os representantes, os menores valores de mediana de preço. > Apenas a hidroclorotiazida 25 mg mostrou no grupo "outros" preços menores, que abarca por exemplo, compras com laboratórios oficiais, apesar da baixa ocorrência desses registros	Tabela 20
Medicamentos com atuação no sistema nervoso, segundo modalidade de aquisição e preços: > Dos sete medicamentos relacionados ao sistema nervoso, cinco têm no Pregão o menor valor de preço praticado no BPS. > O anticonvulsivante fenobarbital 100 mg e o antidepressivo fluoxetina 20 mg apresentaram os menores preços na categoria "Outros", mas com baixo volume de aquisição quando comparado ao Pregão.	Tabela 21
Medicamento com atuação no sistema respiratório, segundo modalidade de aquisição e preços: > A loratadina 10 mg, na modalidade dispensa de licitação, com apenas sete registros de ocorrência, obteve o menor valor médio de preço e de mediana.	Tabela 22
Medicamentos com atuação no trato alimentar e metabolismo, segundo modalidade de aquisição e preços: > O antidiabético metformina 850mg registrou maior volume de aquisição pela modalidade Pregão, exibindo os menores preços.	Tabela 23
Quantidade de compras de medicamentos realizadas por meio de consórcio: > A utilização de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), proporcionalmente foi baixa (4,6% dos registros). > As aquisições individuais, sem a utilização dos CIS, foi o modo mais amplamente empregado no Brasil. > A prevalência de compras via CIS ocorreu nos municípios na faixa populacional acima de 50.000 habitantes. > Os consórcios foram mais presentes no estrato de maior PIB per capita. > Quase a totalidade dos registros de compras realizadas pelos consórcios ocorreram por meio Pregão (99,5%).	Tabela 24

Licitações de medicamentos realizadas por meio de consórcio, segundo os estados: > Houve 25 estados (incluindo o DF) com indicação de compras públicas pela utilização ou não de CIS. > Municípios inseridos em 17 estados (AC, AP, BA, CE, DF, ES, GO, MT, PA, PB, PE, PI, RJ, RN, RR, RO e TO), não informaram uso de CIS. > Quase 90% das aquisições via CIS concentram-se em 4 estados (SC, RS, SP e PR).	Tabela 25
Elenco de medicamentos selecionados e licitações por meio de consórcio e preços: > Os valores da mediana de preço quase sempre foram menores nas aquisições via consórcios. > A diferença percentual na mediana de preços foi, em média, 16% inferior nas compras via CIS comparativamente às aquisições por municípios individualmente. > No caso dos sais de reidratação oral, os valores mostraram-se equivalentes > 3 itens mostraram reduções no valor da mediana de preço (cerca de 30%), sendo todos anti-hipertensivos (hidroclorotiazida 25 mg, losartana potássica 50 mg e anlodipino besilato 5 mg, todos comprimidos) que, em geral, apresentam demanda elevada na APS.	Tabela 26

Principais Destaques em Relação aos Resultados:

> Além do aumento no registro de compras governamentais de medicamentos no BPS, também se observa significativo crescimento nos valores despendidos[31].

> O crescimento, tanto nos registros de compras no BPS como dos valores aplicados, pode expressar ampliação no acesso a medicamentos. Entretanto, pode suscitar questionamentos acerca da sustentabilidade no financiamento da saúde e da AF, pressupondo o subfinanciamento crônico do SUS, em meio às crises econômicas e à austeridade no controle dos gastos públicos.

> O Pregão foi a modalidade de licitação preponderante nas compras registradas. Importante destacar que há regramento que versa sobre o uso do Pregão eletrônico pela administração pública quando da execução de recursos originários de transferências voluntárias da União (ex. repasse de recursos federais para aquisição de medicamentos do CBAF) (BRASIL, 2019).

> Municípios nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste foram aqueles com maior proporção de alimentação do BPS, tendo no Pregão a principal modalidade.

> Nas aquisições dos 30 medicamentos selecionados, que contemplou sete classes terapêuticas, verificou-se que, no geral, o Pregão foi a forma mais utilizada para aquisição da totalidade dos itens, com os menores valores de mediana de preços.

> Nas comparações das medianas de preços dos medicamentos selecionados, os valores praticados pelos CIS foram sempre mais baixos em comparação às compras individuais realizadas pelos municípios. Verificou-se que a modalidade preferencial de compra utilizada pelos CIS é via Pregão, o que reforça os elementos atrelados às boas práticas de gestão.

> Da mesma forma que Pontes *et al*. (2017) identificou maior uso do Pregão pelos municípios de maior porte populacional em estudo sobre compras de medicamentos; nos registros obtidos do BPS, esta mesma modalidade também se revelou a principal, considerando-se características tanto de porte populacional quanto de PIB per capita.

> As aquisições via consórcios de saúde mostram que compras coletivas têm vantagens sobre as realizadas individualmente[32].

31 Corroboram aos achados, dados do Instituto de Estudos Socioeconômicos que mostraram que em 2019 foram gastos R$ 19,8 bilhões, dos quais a maior parcela foi para o Componente Estratégico da AF e apontou ocorrência de estagnação nos repasses para aquisição do CBAF (INESC, 2020). Outro estudo, do Instituto de Pesquisa Econômico Avançada - IPEA, identificou aumento na ordem de 30% nos gastos com medicamentos no SUS, entre 2010 e 2016. Em 2016, foram gastos (em valores liquidados) R$15,5 bilhões, R$1,7 bilhões e R$1,4bilhões, pelos governos federal, estadual e municipal, respectivamente (SQUEFF, 2021).

32 Tal ponto também já havia sido apontado pelo IPEA, que reportou um estudo realizado pelo MS, no qual foram analisadas compras de 24 medicamentos da RENAME, nas quais todos os itens adquiridos por meio de CIS apresentaram valores médios mais baixos comparados às aquisições individuais dos municípios. Há claro "indicativo de que os consórcios, por meio da negociação de quantidades maiores, consigam melhores preços" (SERVO et al., 2020, p. 29).

Algumas Propostas para Aprimorar as Aquisições Governamentais de Medicamentos

> Conhecer os aspectos administrativos, legais, econômicos, técnicos e o contexto sanitário envolvido nas aquisições de medicamentos. Tais elementos podem trazer maior agilidade no processo, no alcance de preços competitivos e na garantia da qualidade dos produtos adquiridos (LUIZA *et al.*, 2016; OSORIO-DE-CASTRO *et al.*, 2014);

> Estruturar a AF municipal. A área da AF deve estar suficientemente estruturada para poder oferecer suporte às aquisições, incluindo a emissão de pareceres técnicos nas fases dos processos licitatórios, assim como acompanhar a evolução de compras, quantitativos, desempenho dos gastos, resultado dos processos licitatórios, evitando que licitações desertas e fracassadas resultem em desabastecimento.

> Estimular a participação de técnicos da AF nas ações de planejamento. Nora *et al*. (2019) aponta que as fragilidades no planejamento da AF, com baixa participação dos atores responsáveis pela AF municipal na elaboração das ferramentas de gestão dos municípios, podem levar à baixa efetividade sobre a alocação racional dos recursos aplicáveis à AF;

> Buscar garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos. Importante que sejam incorporados aos termos de referência e aos editais as exigências técnico-sanitárias para garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos;

> Optar pelo pregão eletrônico nas aquisições públicas, e sempre que possível, o SRP. O pregão eletrônico contribui para maior oportunidade de participação e, consequentemente, de competição entre os fornecedores, com redução dos preços, diminuição dos custos operacionais e menor tempo na realização do certame (ARANTES *et al.*, 2019). O pregão eletrônico e o SRP são estratégias sinérgicas que permitem a otimização da execução orçamentária, agilidade do procedimento aquisitivo, redução do número de licitações, do volume de estoque, do espaço físico e um planejamento de estoques mais acurado (LUIZA *et al.*, 2016; CONASEMS, 2021);

> Optar por aquisições centralizadas[33]. A constituição de consórcios para compras coletivas ou centralização das compras por uma das esferas de gestão se mostra vantajosa na medida em que se possibilita ganho de escala, capacidade de negociação por preços menores e melhor estrutura administrativa;

> Capacitar técnicos para alimentar o BPS. Mesmo com a obrigatoriedade de alimentação das compras de medicamentos no BPS, persistem problemas relacionados à adesão e à qualidade no preenchimento do sistema. Isso pode ser relatado como um problema na medida em que, quanto mais representativa a alimentação e mais acurados os registros no BPS, maior será a sua legitimidade enquanto instrumento de gestão.

> Estabelecer preço de referência compatível com os valores praticados no mercado e em consonância com as regras da CMED. Em relação à estimativa do preço de referência, há diversos desafios a serem superados,

33 A centralização dos processos de aquisição por uma das esferas de gestão deve ser avaliada caso a caso, devendo-se observar a capacidade administrativa necessária para evitar falhas operacionais e desabastecimentos.

especialmente quanto aos parâmetros capazes de não induzir sobrepreços e, ao mesmo tempo, valores inferiores àqueles praticados no mercado, o que pode levar a fracassos nos certames, dentre outros problemas. O subcapítulo anterior traz orientações para calcular o preço de referência.

> Aprimorar o BPS. Diante da importância do BPS enquanto ferramenta de monitoramento dos preços de mercado, é fundamental a implantação de sistema de checagem de erros durante o preenchimento do BPS, para reduzir equívocos e retrabalhos durante a alimentação; além de melhor integração com outros sistemas (ex. SIASG, Comprasnet, Hórus e Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica - BNAFAR).

> Automatização da gestão dos processos, materiais e informações. Estratégia complementar para melhoria da eficiência e economicidade nas compras públicas de medicamentos, também sugerida por estudo da Rede de Políticas Informadas por Evidências (Evidence-Informed Policy Network – EVIPNet). Este estudo também propôs a adoção de políticas abrangentes para medicamentos e processos centralizados para aquisição e licitação; e a melhoria do engajamento das partes interessadas e do relacionamento com fornecedores (BRASIL, 2020b).

Lembramos que informações complementares para orientar a operacionalização destas e outras ações pode ser consultada em materiais de referência, como por exemplo o **Manual do Gestor Municipal do SUS** (https://www.conasems.org.br/manual-do-gestor-municipal-do-sus-confira-a-edicao-de-2021/), as publicações do **Projeto Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde** (https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/) e também no **INSTRUMENTO DE REFERÊNCIA dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica** (https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Cartilha_Finalizando.pdf).

Referências

ARANTES, T. et al. Avaliação dos desfechos em processos licitatórios na modalidade pregão eletrônico de um hospital universitário. Revista de Administração em Saúde, v. 19, n. 76, 23 jul. 2019.

BRASIL. Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 5 out. 1988.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA ECONOMIA. Instrução Normativa no 73, de 5 de agosto de 2020. Dispõe sobre o procedimento administrativo para a realização de pesquisa de preços para a aquisição de bens e contratação de serviços em geral, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. 2020.

BRASIL. Comprasnet está disponível para estados e municípios. Disponível em: <http://www.comprasnet.gov.br/noticias/noticias1.asp?id_noticia=197>. Acesso em: 17 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM No 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União (DOU) de 10/11/98. 1998, Sec. 1, p. 18–22.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aquisição de medicamentos para Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília - DF: MS, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Banco de Preços em Saúde - BPS. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de consulta e análise de preços utilizando o Banco de Preços em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução no 18 de 20 de junho de 2017. Torna obrigatório o envio das informações necessárias à alimentação do Banco de Preços em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Diário Oficial da União (DOU) de 26/06/2017. 2017 a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde. Gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS (vol. 2). Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. v. 2

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Síntese de evidências para políticas de saúde: melhoria da eficiência e economicidade nas compras públicas de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Banco de Preços em Saúde (BPS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/banco-de-precos>. Acesso em: 3 nov. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. Aquisição de medicamentos para Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília - DF: MS, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) de 22/06/1993. 1993.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto no 3.555, de 8 de agosto de 2000. Aprova o Regulamento para a modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns. 2000.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei no 10.520, de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) de 18/07/2002. 2002.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto no 10.024, de 20 de setembro de 2019. Regulamenta a licitação, na modalidade pregão, na forma eletrônica, para a aquisição de bens e a contratação de serviços comuns, incluídos os serviços comuns de engenharia, e dispõe sobre o uso da dispensa eletrônica, no âmbito da administração pública federal.. 2019.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei 14133, de 01 de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da União (DOU) de 01/04/2021. 2021, Sec. 1 - Extra F.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. Decreto no 7.892, de 23 de janeiro de 2013. Regulamenta o Sistema de Registro de Preços previsto no art. 15 da Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993. 2013.

CARVALHO, M. Manual de Direito Administrativo. 2. ed. Salvador: Juspodivm, 2015.

CHAVES, L. A. Desabastecimento de medicamentos no Brasil e no mundo: uma reflexão sobre suas causas e estratégias de enfrentamento para a garantia do acesso a medicamentos. Tese de doutorado em Saúde Pública—Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 4 out. 2019.

CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Caderno 4. Volume 4 Análise dos Preços Praticados pelos Municípios Brasileiros na Compra de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasília: CONASEMS, 2022c.

CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Caderno 5. Volume 5 Modalidades de Aquisição de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica Praticadas pelos Municípios Brasileiros. Brasília: CONASEMS, 2022d.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Manual do (a) gestor (a) municipal do SUS - diálogos no cotidiano. 2a. ed. Brasília: Conasems, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de dispensação em caráter excepcional. Brasília: CONASS, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS, 2011.

CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE. Resumo Executivo - Novembro 2020. Consórcio Paraná Saúde, 2020.

CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE. Resolução Consórcio Paraná Saúde no 02/2021. 2021.

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JUNIOR, L. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. Revista de Administração Pública, v. 41, n. 3, p. 475–486, jun. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos municípios brasileiros: 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2018a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2018b.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. Orçamento temático de acesso a medicamentos 2019. Brasília: INESC, 2020.

IVAMA-BRUMMELL, A. M.; JUNIOR, D. L.; SAKAI, M. H. Recursos Humanos para Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: CLAUDIA GARCIA SERPA OSORIO-DE-CASTRO et al. (Eds.). Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 69–78.

LUIZA, V. L. et al. Compras públicas de medicamentos no Brasil: uma análise a partir do marco regulatório. In: LIA HASENCLEVER; MARIA AUXILIADORA OLIVEIRA (Eds.). O Complexo Industrial da Saúde e seus desafios de operação e desenvolvimento. 1. ed. Rio de Janeiro: e-Papers, 2016.

MARIN, N. et al. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 10, p. 2207–2217, out. 2006.

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JR., L.; COSTA, N. DO R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 1, p. 29–38, fev. 2005.

NORA, L. C. D. et al. Análise da Assistência Farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. Cadernos Saúde Coletiva, v. 27, n. 3, p. 278–286, set. 2019.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. v. 1

PEREIRA, R. M. Planejamento, Programação e Aquisição: prever para prover. OPAS, 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Fasciculo%2010.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021

PONTES, M. A. et al. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para Atenção Básica em municípios brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 8, p. 2453–2462, ago. 2017.

REIS, A. M. M.; PERINI, E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. supl., p. 603–610, abr. 2008.

SANTOS, R. J. M. DOS. Planejamento e gestão. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.

SQUEFF, F. DE H. S. O poder de compras governamental como instrumento de desenvolvimento tecnológico: análise do caso brasileiro. IPEA, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2421/1/TD_1922.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Orientações para aquisições públicas de medicamentos. Brasília: TCU, 2018.

Assistência Farmacêutica no Cuidado em Saúde

Felipe Tadeu Carvalho Santos e Orlando Mário Soeiro

O estudo sobre a REMUME nos municípios realizado pelo Conasems evidenciou a importância da garantia do acesso a Medicamentos Essenciais, que atenda às necessidades da população, realizado pela Assistência Farmacêutica no município, sendo esta uma política transversal e significativa no sistema de saúde. Entretanto, para a qualificação dos serviços farmacêuticos é necessário ir além do processo logístico para a oferta de medicamentos, sendo fundamental o envolvimento direto em processos assistenciais voltados para o cuidado com as pessoas, em busca de melhores resultados em saúde, contribuindo com a qualificação das ações no SUS. Nesse tópico, discutiremos o Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica e sua integração com a REMUME, além de destacar alguns pontos relevantes na implantação de serviços clínicos assistenciais providos por farmacêuticos nos municípios.

A crescente complexidade relacionada ao tratamento, como o uso de vários medicamentos concomitantemente, e ao usuário, como em situações de multimorbidade, aumenta o risco de desenvolvimento de problemas relacionados à farmacoterapia, propiciando alterações importantes na terapêutica, assim como respostas insuficientes ou falhas na terapia medicamentosa. Como consequência, acentua-se a dificuldade de adesão ao tratamento e o desenvolvimento de efeitos adversos, além de morbidades associadas aos medicamentos (HAZEN et al. 2015, MESSERLI et al. 2016).

Dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde apontam que a morbidade e a mortalidade causadas por produtos farmacêuticos estão entre os principais problemas de saúde (WHO, 2002). A morbimortalidade relacionada aos medicamentos (MMRM) está associada a problemas como: reações adversas, intoxicações, interações medicamentosas, inefetividade terapêutica, medicamentos desnecessários e falta de adesão ao tratamento. Os problemas associados à MMRM são causas de procura por novas consultas na atenção básica, nos setores de urgência, emergência e internações hospitalares, causando desperdícios e novos custos para o setor saúde e o mais importante, ampliando os danos à saúde e a piora na qualidade de vida dos pacientes.

O Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

A crescente morbimortalidade relacionada à farmacoterapia tem exigido um novo posicionamento da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde, com a incorporação de práticas assistenciais integradas e de corresponsabilização com os processos de cuidado junto aos usuários. A expansão da prática clínica no escopo farmacêutico surge em resposta à transição demográfica e epidemiológica do país, que se caracteriza por uma tendência do aumento das doen-

ças crônicas não transmissíveis e, consequentemente, ampliação da utilização de medicamentos pela população (BENRIMOJ et al., 2010; RAMOS et al., 2016).

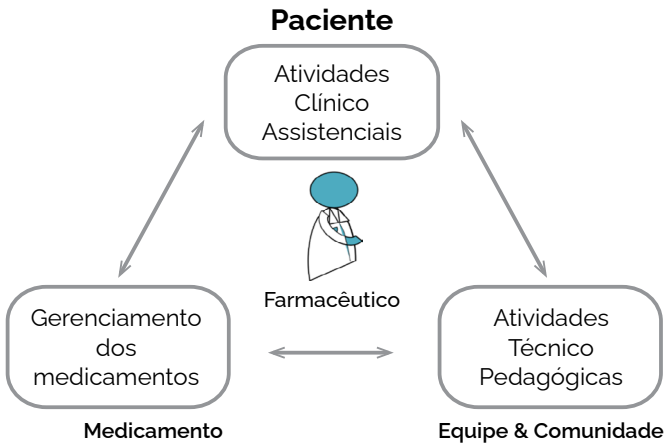
Diante das necessidades apontadas pelo sistema de saúde e dos atores envolvidos na Assistência Farmacêutica, destaca-se a atuação do farmacêutico junto à equipe de saúde, que é requerido a participar ativamente nos processos de assistência clínica ao paciente, com vistas ao alcance de melhores resultados com o uso da farmacoterapia (HEPLER, STRAND, 1990; BENRIMOJ et al., 2010; SÁEZ-BENITO et al., 2013; MESSERLI et al., 2016). As ações transdisciplinares passam a ser o foco principal de atuação do farmacêutico, uma vez que propõem a implementação de diferentes abordagens com múltiplas teorias, para operar frente às necessidades de saúde trazidas pela população, que nem sempre são somente orgânicas, mas que ultrapassam a concepção biológica e sedimentam o conceito ampliado de saúde (LOCH-NECKEL, CREPALDI, 2009).

O farmacêutico passa a exercer um papel social fundamentado na gestão do cuidado, de forma integrada à equipe de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população (VIEIRA, 2007). Nessa perspectiva, surge então o conceito de Cuidado Farmacêutico:

> *Consiste em um conjunto de ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico, levando em consideração as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde com foco na prevenção e resolução de problemas de saúde, além da sua promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação, incluindo não só a dimensão clínico-assistencial, mas também a técnico-pedagógica do trabalho em saúde (BRASIL, 2020c, v.1, p.89).*

O Cuidado Farmacêutico integrado com a equipe de saúde, tem por finalidade prevenir, identificar e resolver os problemas relacionados à farmacoterapia de maneira sistematizada e documentada. A **Figura 1** representa as dimensões de atuação do farmacêutico no SUS, que contempla o gerenciamento do medicamento, com atividades logísticas e administrativas voltadas para o acesso e disponibilidade de insumos, e também as atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas, voltadas respectivamente para o paciente ou a equipe e a comunidade, que correspondem ao Cuidado Farmacêutico.

FIGURA 1.
Dimensões de atuação do farmacêutico no SUS



Fonte: Adaptado de Brasil, 2015b.

A **dimensão clínico-assistencial** contempla a oferta de serviços clínicos, também conhecidos como serviços cognitivos, que envolvem a interação direta do farmacêutico com o paciente e têm a finalidade de melhorar o processo do uso de medicamentos e alcançar melhores resultados com os mesmos (GASTELURRUTIA et al., 2005; CORRER, OTUKI, 2013; SANTOS, MARQUES, 2016). Os serviços clínicos farmacêuticos englobam um grupo amplo de ações que podem ser realizadas pelo farmacêutico, de forma integrada com equipe de saúde, centrada no usuário e com foco na promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, dentre as quais destaca-se no âmbito da Atenção Bá-

sica: a dispensação de medicamentos, a revisão da farmacoterapia, a rastreabilidade em saúde, a gestão da condição clínica, a conciliação medicamentosa e o seguimento farmacoterapêutico (BRASIL, 2014a; GASTELURRUTIA et al., 2005; CORRER et al., 2013; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016; BRASIL, 2020c).

A realização dos serviços clínicos farmacêuticos ocorre por meio de um atendimento individualizado e pode se dar por meio de consultas farmacêuticas, compartilhadas ou não com outros profissionais, e devem ser planejadas a partir das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2020c).

Estudos têm demostrado que a incorporação do farmacêutico como parte da equipe de cuidados primários tem resultado em melhorias nos indicadores de saúde, principalmente no que tange aos aspectos da gestão de doenças crônicas, da prevenção de erros associados aos medicamentos e na autogestão da farmacoterapia pelo paciente (DOLOVICH et al. 2008; ZAVALETA-BUSTOS et al. 2008; BRASIL, 2014b; JORGENSON et al. 2014; HAZEN et al. 2015; SANTOS, SILVA, TAVARES, 2018). Outros estudos têm evidenciado ainda um impacto positivo de serviços clínicos realizados por farmacêuticos na Atenção Básica no controle de fatores de risco cardiovasculares de pacientes (SABATER-HERNANDEZ et al. 2016), assim na uma redução de internações hospitalares (HAZEN et al. 2015).

Destaca-se ainda a importância dos serviços clínicos farmacêuticos nos índices de adesão ao tratamento medicamentoso pelos pacientes, como evidencia-se em uma meta-análise, realizada no ano de 2014 por Hatah e colaboradores, que demonstrou que a maioria dos serviços de revisão da farmacoterapia contribuíram para uma melhor adesão à medicação e resultou em um impacto positivo nos resultados da farmacoterapia (HATAH et al., 2014). Messerli e colaboradores (2016) corroboram que intervenções bem estruturadas podem contribuir para uma melhor adesão ao tratamento. Da mesma forma, outros estudos realizados com idosos identificaram que os serviços clínicos relacionados ao Cuidado Farmacêutico contribuem para uma melhoria da adesão à farmacoterapia, assim como para a redução do número de medicamentos utilizados pelos usuários (SÁEZ-BENITO et al., 2013).

Vale ainda destacar a importância dos serviços clínicos farmacêuticos para o desenvolvimento da autonomia do paciente e a redução de riscos e custos associados aos medicamentos, como sinalizado por Dilks e colaboradores (2016), assim como no comportamento dos usuários relacionados a adesão e ao uso de medicamentos, favorecendo o alcance de melhores resultados com a farmacoterapia, conforme apontado por estudo realizado em Curitiba (BRASIL, 2015b). Além disso, o farmacêutico pode contribuir significativamente por meio do Cuidado Farmacêutico na melhoria de condições de saúde crônicas, por meio da otimização da prescrição de medicamentos e na autogestão adequada da farmacoterapia pelos pacientes (DOLOVICH et al., 2008; ROTTA et al., 2015).

Rotta e colaboradores (2015) demonstram que a atuação clínica do farmacêutico voltada para pacientes hipertensos, diabéticos e hiperlipêmicos contribuiu para uma redução da pressão sistólica entre 8 e 11 mmHg, além de redução dos índices de hemoglobina glicada e do colesterol. Estudo realizado em São Paulo evidenciou uma melhora no perfil de controle das condições de saúde mais prevalentes e na evolução gradual dos resultados terapêuticos associados ao uso dos medicamentos, a partir da implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica (SANTOS, SILVA, TAVARES, 2018).

A **dimensão técnico-pedagógica** está relacionada ao empoderamento de usuários e profissionais para a promoção do Uso Racional de medicamentos, contemplando assim atividades relacionadas à educação e o compartilhamento de saberes, que podem ocorrer de forma individualizada ou coletiva, na lógica do matriciamento (BRASIL, 2014; BRASIL, 2020c). As ações matriciais

podem estar vinculadas ao âmbito assistencial, em atividades diretas aos usuários, como em consultas, visitas domiciliares e grupos educativos, assim como em atividades voltadas para a equipe de saúde, em reuniões e espaços de troca ou em atividades compartilhadas (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2020c).

O farmacêutico, como integrante da equipe de saúde, é parte fundamental na prevenção de erros de medicação, não somente na Atenção Básica, mas também em outros níveis de assistência à população, como descreve Zavaleta-Bustos e colaboradores (2008). A gestão do conhecimento é uma das atribuições clínicas do farmacêutico, que deve contribuir para uma melhor tomada de decisão da equipe, no que envolve à farmacoterapia, sendo, portanto, essencial o compartilhamento de informações baseadas em evidências, para o alcance de melhores resultados em saúde e o uso seguro de medicamentos pela população (BRASIL, 2020c). É importante a integração do farmacêutico com a equipe, a partir da participação em comissões nos serviços de saúde, contribuindo nas discussões relacionadas à farmacoterapia, com vistas à segurança do paciente e às melhores práticas relacionadas ao uso de medicamentos.

A REMUME e o Cuidado Farmacêutico

A REMUME cumpre diversas funções no cuidado em saúde, de um lado é um instrumento valioso para o planejamento e a organização da disponibilidade de medicamentos eficazes, seguros, produzidos com qualidade, com suficiência e regularidade para o atendimento das necessidades de saúde da população nos diversos níveis de atenção à saúde nos municípios, de outro lado, constitui uma importante estratégia para a promoção do Uso Racional de Medicamentos, que é definido como um processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna, a dispensação que oriente a utilização correta de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade, conforme plano de cuidado (BRASIL, 1998).

Sabemos que o acesso aos medicamentos por si, não dá conta das demandas de saúde da população, a utilização incorreta, abusiva e irracional dos medicamentos, favorece o aumento das reações adversas, intoxicações e da morbimortalidade relacionada aos medicamentos (MMRM). A não adesão ao tratamento farmacológico prescrito, por exemplo, é identificada como causa importante para o insucesso do tratamento, e como geradora de gastos adicionais e desnecessários ao sistema de saúde (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, a seleção de medicamentos no nível municipal por meio da REMUME, exerce um papel relevante para a utilização correta dos medicamentos, contribuindo para além da efetividade, ao considerar também fatores envolvidos na segurança, como reações adversas, que podem influenciar diretamente na não adesão total ou parcial à farmacoterapia, bem como na comodidade posológica, que pode levar ao desperdício por conta da não adesão ao tratamento (CARVALHO, 2012).

No processo do cuidado em saúde, a REMUME, conforme já destacado, tem um papel importante a nível municipal, a saber:

> Contribuir com a integralidade do cuidado em saúde, a partir da padronização de medicamentos para o tratamento das principais doenças e comorbidades que acometem a população;

> Ser referência para prescritores e profissionais de saúde na escolha das alternativas farmacoterapêuticas selecionadas aos usuários, uma vez que deve estar em consonância com os protocolos e as diretrizes clínicas orientadores das práticas e condutas profissionais nos serviços;

> Direcionar os processos de programação e aquisição de medicamentos no setor público, para disponibilização dos mesmos nos serviços de saúde e atendimento das demandas dos usuários.

Conforme apontado neste Guia, a seleção e a constituição do elenco dos medicamentos que serão disponibilizados pelo SUS é um elemento importante para subsidiar os processos de cuidado na rede de atenção à saúde, com vistas a integralidade da assistência, entretanto é fundamental que a REMUME esteja associada a processos educativos, devendo ser amplamente divulgada para toda a rede de saúde, principalmente para os prescritores e profissionais assistenciais, que podem inclusive contribuir apontando as necessidades não contempladas ou de atualização do elenco.

Vale destacar ainda a importância da oferta de serviços relacionados ao Cuidado Farmacêutico, já citados, nas ações de promoção do Uso Racional e seguro de medicamentos, a partir de uma contribuição direta junto aos usuários e profissionais de saúde, com orientações referentes às especificidades da farmacoterapia dos medicamentos disponíveis na REMUME, com um potencial de propiciar melhores resultados em saúde com o tratamento farmacológico.

A seguir são consolidados alguns apontamentos/recomendações associados ao processo de seleção e aquisição de medicamentos, sinalizados nas seções anteriores e realizados a partir de alguns achados do diagnóstico da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica realizado pelo Conasems, a partir das quais foram incorporadas contribuições do Cuidado Farmacêutico integrado à equipe de saúde.

Apontamentos/Recomendações

A lista de Medicamentos Essenciais no município deve considerar a RENAME e contemplar todos os níveis de cuidado, prezando pela integralidade e considerando as alterações epidemiológicas e necessidades dos serviços no âmbito local.

É fundamental a divulgação da REMUME e adesão dos prescritores, assim como o fluxo de comunicação com as equipes de saúde para a identificação de necessidades terapêuticas ainda descobertas, sem alternativas farmacológicas disponíveis.

A REMUME deve considerar os medicamentos e suas respectivas apresentações presentes em diretrizes clínicas, no âmbito da Atenção Básica, favorecendo a sua disponibilidade

As listas padronizadas de medicamentos devem considerar alternativas que favoreçam a adesão ao tratamento, assim como a oferta de medicamentos para condições especiais, como formas farmacêuticas para utilização em pediatria.

A REMUME deve estar associada a um processo de orientação adequada quanto ao uso dos medicamentos aos usuários, com atenção para àqueles que requerem técnicas específicas de uso, como medicamentos inalatórios.

Evitar a duplicidade de oferta de medicamentos entre componentes da Assistência Farmacêutica e promover a organização do acesso a medicamentos de forma efetiva nos municípios, garantindo a informação adequada e a continuidade assistencial.

A oferta de medicamentos no município para além da REMUME, precisa ser assegurada de acordo com as pactuações interfederativas e listas regionais e/ou estaduais.

Contribuições do Cuidado Farmacêutico Integrado à Equipe de Saúde

Monitoramento da utilização de medicamentos pelos usuários e o levantamento de dados relacionados a experiências dos mesmos com os medicamentos.

Integração com a equipe de saúde para discussões sobre o perfil de uso de medicamentos no território, os problemas encontrados e as necessidades identificadas para o alcance de melhores resultados relacionados à farmacoterapia.

Avaliação da necessidade, efetividade, segurança e adesão da farmacoterapia utilizada pelos usuários para elaboração do plano de cuidado.

Identificação de problemas relacionados a não adesão ao tratamento e aplicação de estratégias que favoreçam a autogestão da farmacoterapia, principalmente em usuários que fazem uso continuado de medicamentos, devido condições crônicas de saúde.

Orientação farmacêutica voltada para o acesso e uso correto e seguro dos medicamentos, considerando as necessidades de cada indivíduo, o seu contexto de vida e as metas terapêuticas pactuadas.

Redução de danos à saúde dos usuários e de custos para o sistema relacionadas devido à morbimortalidade associada aos medicamentos.

Prevenção de erros relacionados à farmacoterapia e de eventos evitáveis causados pela utilização inadequada de medicamentos.

O Cuidado Farmacêutico como parte do cuidado em saúde, deve compreender e incorporar as diretrizes para o desenvolvimento do cuidado integral, integrado, longitudinal, de qualidade e resolutivo, assim como:

- Considerar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, como sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais, na perspectiva da clínica ampliada;
- Desenvolver o cuidado centrado na pessoa;
- Prevenir, identificar e resolver problemas relacionados à farmacoterapia;
- Fortalecer a participação do farmacêutico nas atividades técnico-pedagógicas voltadas para população e para outros profissionais, nos diversos equipamentos de saúde, de forma a concretizar o seu papel social, de cuidador e educador nas diversas linhas de cuidado;
- Fomentar o desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias sociais na implantação dos serviços e a sua reprodução no âmbito das Redes de Atenção à Saúde, entre outras.

Requisitos mínimos necessários para a implantação do Cuidado Farmacêutico:

- Interesse e compromisso do farmacêutico com o cuidado em saúde;
- Desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes do farmacêutico para a aplicação do método clínico;
- Carga horária do farmacêutico destinado a implantação e desenvolvimento dos serviços;
- Infraestrutura para sua execução;

- Elaboração de indicadores assistenciais e de gestão dos serviços para monitoramento e avaliação;

- Apoio do gestor e da equipe de saúde para implantação e institucionalização (BRASIL, 2015a).

A ausência desses requisitos constitui barreiras importantes na implantação do Cuidado Farmacêutico para as quais deverão ser elaboradas estratégias de superação. Outro ponto fundamental é entender os fatores que dificultam a superação das barreiras, como:

- A sociedade de forma geral e parcela da equipe de saúde entendem que o simples acesso aos medicamentos é suficiente para a resolução dos problemas de saúde;

- Insuficiência de ações e serviços frente à morbidade e mortalidade relacionado a medicamentos (MMRM) enquanto um grave problema de saúde na sociedade contemporânea;

- Insuficiência de ações e serviços relacionado à promoção do uso racional de medicamentos e cuidado farmacêutico;

- Dificuldade de identificar a necessidade social e demanda do território para o cuidado farmacêutico;

- Recursos humanos e financeiros escassos no SUS;

- Demandas conhecidas do SUS pressionando o gestor.

Portanto, a implantação do Cuidado Farmacêutico exige uma definição clara do(s) serviço(s) a ser(em) implantado(s), a identificação das barreiras a serem superadas, possibilitando assim o desenvolvimento de estratégias necessárias ao alcance dos objetivos definidos.

Dessa forma, o Cuidado Farmacêutico deve atender a missão institucional, visando o usuário como foco principal dos serviços, suas necessidades, interesses e expectativas (BRASIL, 2019). A implantação do Cuidado Farmacêutico nos municípios passa pela definição de um planejamento que determine os objetivos a serem alcançados, as diretrizes que deverão nortear a implantação e/ou desenvolvimento do serviço e a elaboração de um plano de ações que organize, capacite, implante, monitore, avalie e qualifique os serviços implantados ou em desenvolvimento.

Para maiores informações sobre como implantar o Cuidado Farmacêutico no seu município, consulte as seguintes publicações:

- Gestão do Cuidado Farmacêutico
https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/publicacao/gestao-cuidado-farmaceutico/

- Cuidado Farmacêutico Método Clínico
https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/cuidado-farmaceutico-metodo-clinico/

O desenvolvimento de serviços relacionados ao Cuidado Farmacêutico nos diversos níveis de atenção à saúde torna-se essencial, como resposta às necessidades sociais relacionadas à morbimortalidade associada às doenças e à farmacoterapia. Estudos têm demostrado que a incorporação de serviços clínicos farmacêuticos nos cuidados primários em saúde resulta em benefícios significativos nos indicadores de saúde, principalmente quanto ao perfil de controle de doenças crônicas e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos pacientes.

É fundamental o envolvimento de todos os atores na realização de planejamento integrado que considere as necessidades de saúde e demandas dos seus territórios, para subsidiar a implantação/implementação do cuidado farmacêutico nas unidades de saúde, considerando as barreiras e estratégias de superação que viabilizem a institucionalização do cuidado farmacêutico nos municípios, possibilitando assim a qualificação da assistência à saúde e a integralidade do processo de cuidado.

Destaca-se o papel dos gestores e equipe de saúde no apoio para o desenvolvimento do cuidado farmacêutico, reconhecendo a sua necessidade para o cuidado em saúde e identificando as demandas que subsidiem a oferta dos serviços clínicos farmacêuticos nas unidades de saúde.

Referências

ARAUJO ALA, PEREIRA LRL, UETA JM, FREITAS O. de. Perfil da Assistência Farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2008, vol.13, supl.. pp. 611-617.

BENRIMOJ C, FELETTO E, GASTELERRUTIA A, MARTINEZ F, FAUS M. A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. Ars Pharm. 2010; 51: 69-87.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 06/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 215, 30 de outubro de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1, p.52. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279 de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 30 de dezembro de 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 834, de 14 de maio de 2013. Redefine o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF, 30 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Brasília, 2014 (Cuidado farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 1). 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 3. Planejamento e implantação de serviços de Cuidado Farmacêuticos na Atenção Básica a Saúde: A experiência de Curitiba, 1ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a, 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado farmacêutico na Atenção Básica - Caderno 4: Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no município de Curitiba. 1ª edição rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b, 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 384 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção Social, Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: Aplicação do Método Clínico, Vol.2. Competências do Farmacêutico para o Cuidado Farmacêutico, MS, Brasília-DF, 215 p. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção Social, Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: Aplicação do Método Clínico, Vol. 5. Método Clínico: Plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas, MS, Brasília-DF, 2020b. 221 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. 5v.

CAMPOS GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. Ciênc. saúde coletiva 2011. 16(7): 53-65.

CARVALHO ALM, LEOPOLDINO RWD, SILVA JEG, CUNHA CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, July 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual / Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200p.

CORRER CJ, OTUKI M. Atenção farmacêutica e a prestação de serviços farmacêuticos clínicos. In: Correr CJ, Otuki M. (Org.). A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013. 434p.

CORRER CJ, ROTTA I, SALGADO TM, FERNANDEZ-LLIMÓS F. Tipos de serviços farmacêuticos clínicos: o que dizem as revisões sistemáticas? Acta Farmacêutica Portuguesa, v. 2, n. 1, p. 21-34, 2013.

DILKS S, EMBLIN K, NASH I, JEFFERIES S. Pharmacy at home: service for frail older patients demonstrates medicines risk reduction and admission avoidance. Clinical Pharmacist [online], Vol 8, No 7, p. 1-11, 2016.

DOLOVICH L, POTTIE K, KACZOROWSKI J, FARRELL B, AUSTIN Z, RODRIGUEZ C, SELLORS C. Integrating family medicine and pharmacy to advance primary care therapeutics. Clinical Pharmacology & Therapeutics, v. 83, n. 6, p. 913-917, 2008.

GASTELURRUTIA MA, FERNÁNDEZ-LLIMÓS F, GARCÍA-DELGADO P, GASTELURRUTIA AP, FAUS MJ, BENRIMOJ SI. Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 65-77.

GRABOIS V. Gestão do cuidado. In: GONDIM R, GRABOIS V, MENDES JUNIOR WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190

GUIMARÃES BEB, CASTELO BRANCO ABA. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica, Rev. Psic. E Saúde, 12 (1), 2020, p. 143-155

HATAH E, BRAUND R, TORDOFF J, DUFFULL SB. A systematic review and meta-analysis of pharmacist-led fee-for-services medication review. Br J Clin Pharmacol. 2014;77 (1):102–15. doi:10.1111/bcp.12140.

HAZEN AC, SLOESERWIJ VM, ZWART DL, DE BONT AA, BOUVY ML, DE GIER JJ, WIT NJ, LEENDERTSE AJ. Design of the POINT study: Pharmacotherapy Optimisation through Integration of a Non-dispensing pharmacist in a primary care Team (POINT). BMC family practice, v. 16, n. 1, p. 76, 2015.

HEPLER CD, STRAND LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am. J. Hosp. Pharm. 1990; 47:533–543.

HAZEN AC, SLOESERWIJ VM, ZWART DL, DE BONT AA, BOUVY ML, DE GIER JJ, WIT NJ, LEENDERTSE AJ. Design of the POINT study: Pharmacotherapy Optimisation through Integration of a Non-dispensing pharmacist in a primary care Team (POINT). BMC family practice, v. 16, n. 1, p. 76, 2015.

JORGENSON D, LAUBSCHER T, LYONS B, PALMER R. Integrating pharmacists into primary care teams: barriers and facilitators. International Journal of Pharmacy Practice, v. 22, n. 4, p. 292-299, 2014.

LOCH-NECKEL, G.; CREPALDI, M. A. Pharmacist contributions for basic care from the perspective of professionals of familial health care teams. Braz. J. Pharm. Sci., São Paulo, v. 45, n. 2, June 2009.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MESSERLI M, BLOZIK E, VRIENDS N, HERSBERGER KE. Impact of a community pharmacist-led medication review on medicines use in patients on polypharmacy - a prospective randomised controlled trial. BMC Health Services Research. 2016;16 (1):1-16.

MOUSSA L, BENRIMOJ S, MUSIAL K, KOCBECK S, GARCIA-CARDENAS V. Data-driven approach for tailoring facilitation strategies to overcome implementation barriers in community pharmacy, Implementation Science 16:73, 2021.

NICOLINE CB, VIEIRA RCPA. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 39, dez. 2011.

POSSAMAI FP, DACOREGGIO MS. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, nov. 2007.

PROVIN MP, CAMPOS AP, NIELSON SEO, AMARAL R. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. Saúde soc. 2010, vol.19, n.3, pp. 717-724.

RAMOS LR, TAVARES NUL, BERTOLDI AD, FARIAS MR, OLIVEIRA MA, LUIZA VL, DAL PIZZOL TS, ARRAIS PSD, MENGUE SS. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. Rev. Saúde Pública. 2016; 50(supl. 2):9s.

ROTTA I, SALGADO TM, SILVA ML, CORRER CJ, FERNANDEZ-LLIMÓS F. Effectiveness of clinical pharmacy services: an overview of systematic reviews (2000–2010). International journal of clinical pharmacy, v. 37, n. 5, p. 687-697, 2015.

SABATER-HERNÁNDEZ D, SABATER-GALINDO M, FERNANDEZ-LLIMÓS F, ROTTA I, HOSSAIN LN, DURKS D, FRANCO-TRIGO L, LOPES LA, CORRER CJ, BENRIMOJ SI. A Systematic Review of Evidence-Based Community Pharmacy Services Aimed at the Prevention of Cardiovascular Disease. Journal of managed care & specialty pharmacy, v. 22, n. 6, p. 699-713, 2016.

SÁEZ-BENITO L, FERNANDEZ-LLIMOS F, FELETTO E, GASTELERRUTIA MA, MARTINEZ-MARTINEZ F, BENRIMOJ SI. Evidence of the clinical effectiveness of cognitive pharmaceutical services for aged patients. Age Ageing. 2013;42 (4):442-9.

SANTOS FTC, MARQUES LAM. Atribuições clínicas do profissional farmacêutico. In: Santos PCL. (Org.). Atenção Farmacêutica: contexto atual, exames laboratoriais e acompanhamento farmacoterapêutico. São Paulo: Atheneu, 2016. 452p.

SANTOS FTC, SILVA DLM, TAVARES NUL. Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo. Braz. J. Pharm. Sci. 2018;54(3):e17033

STICKDORN, M. Isto é Design Thinking de Serviços / Marc Stickdorn, Jakob Schneider e coautores; tradução: Mariana Bandarra; revisão técnica: Clarissa Biolchini. Porto Alegre: Bookman. 2014. 380p.

VINHOLES ER, ALANO GM, GALATO D. A percepção da comunidade sobre a atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do Uso Racional de Medicamentos. Saúde soc., São Paulo, v. 18, n. 2, Jun 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Safety of medicines: a guide to detecting and reporting adverse drug reations. Genève, 2002. Disponível em: http://www.who.int/medicines/library/qsm/who-edm-qsm-2002-2/esd-safety.pdf 82

ZAVALETA-BUSTOS M, CASTRO-PASTRANA LI, REYES-HERNÁNDEZ I, LÓPEZ-LUNA MA, BERMÚDEZ-CAMPS IB. Prescription errors in a primary care university unit: urgency of pharmaceutical care in Mexico. Rev. Bras. Cienc. Farm., São Paulo, v. 44, n. 1, Mar. 2008.

ESTRATÉGIAS E FERRAMENTAS DE APOIO DO CONASEMS

PARA A QUALIFICAÇÃO DA AF NA ATENÇÃO BÁSICA

CAPACITAÇÃO E APOIO LOCAL 104

INSTRUMENTOS E FERRAMENTAS 108

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), enquanto entidade representativa dos gestores municipais de saúde vem empenhando esforços no sentido de contribuir com a qualificação do cuidado em saúde ofertado na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, sob responsabilidade de todos os municípios brasileiros.

A entidade defende que a qualificação da Atenção Básica no país deve atender aos requisitos do papel de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, além de reforçar os princípios que norteiam a AB: a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Sendo que essa última deve ser desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e proximidade da vida das pessoas.

Uma das inovações da PNAB 2017 merece destaque, pois traz pela primeira vez regulamentação das ações que os municípios devem exercer na Assistência Farmacêutica:

> *Desenvolver as ações de Assistência Farmacêutica e do Uso Racional de Medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado.*

Nesse cenário, a diretoria do CONASEMS demandou o desenvolvimento de iniciativas que promovam o fortalecimento da Atenção Básica e a integração das demais políticas de saúde visando cumprir seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

O CONASEMS reconhece a necessidade de melhor definição e ampliação do escopo de atuação clínica dos vários profissionais que compõe as equipes da AB, independentemente da modalidade adotada, respeitando as evidências cientificas e valorizando a integração das práticas profissionais. O intuito é o de apoiar a qualificação do cuidado ofertado pela AB, com foco nas necessidades de cada usuário e considerando o potencial de atuação de cada categoria profissional, entendendo a complementariedade entre elas e estimulando sua integração, de forma a responder com qualidade e maior efetividade as necessidades de saúde de nossa população.

Capacitação e Apoio Local

A partir desse direcionamento, o CONASEMS tem sido protagonista na formulação e proposição de iniciativas que visam o fortalecimento da Atenção Básica e a qualificação da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros. Para tanto, pela primeira vez em 2018 o CONASEMS foi idealizador e proponente de uma ação nacional de qualificação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de forma articulada e alicerçada nas diretrizes da AB de coordenação do cuidado e ordenação da Rede de Atenção à Saúde.

O Projeto Atenção Básica:

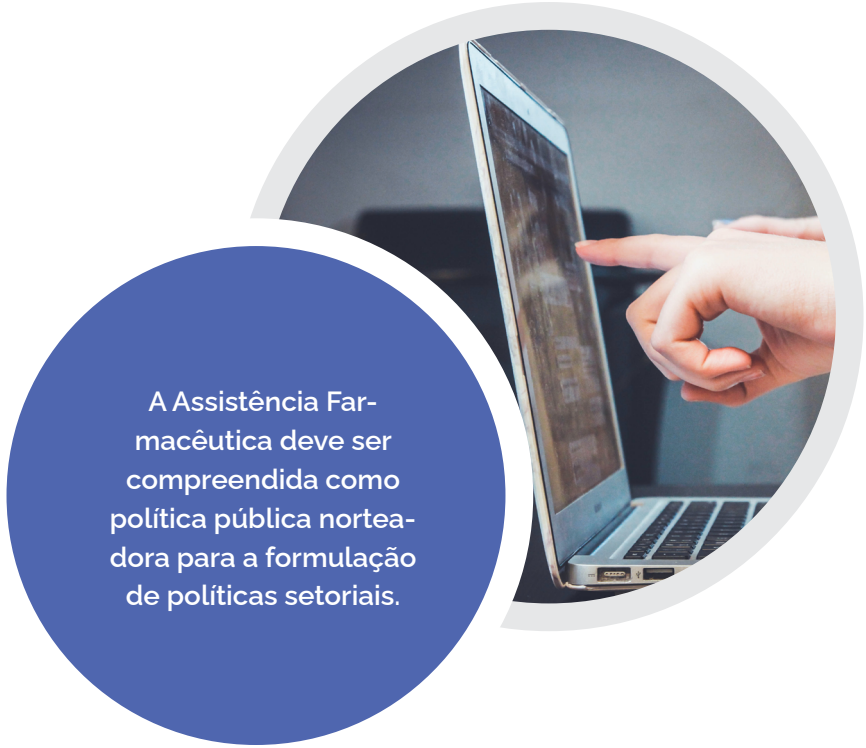
Capacitação, Qualificação dos Serviços de Assistência Farmacêutica no Projeto Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (PROADI-SUS)

Desenvolvido para colaborar com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) é financiado com recursos de isenção fiscal (COFINS e cota patronal do INSS), concedidos aos hospitais filantrópicos de excelência reconhecidos pelo Ministério da Saúde, e que apoiam a promoção da melhoria das condições de saúde da população brasileira.

Para tanto, o PROADI-SUS permite a transferência, desenvolvimento e incorporação de novos conhecimentos e práticas em áreas estratégicas para o SUS por meio da execução de projetos de apoio e na prestação de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, enquadrados em áreas específicas, estabelecidas pela Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.

Dentre o conjunto de projetos aprovados e ofertado no triênio 2018-2020 e com continuidade no triênio 2021-2023, o **PROJETO ATENÇÃO BÁSICA: CAPACITAÇÃO, QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA** ganha importância na medida que foi construído a partir de uma perspectiva ampliada de concepção da AF, que considera visão sistêmica e integrada da AF na Rede de Atenção à Saúde.

O referido projeto é executado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) em parceria com o CONASEMS e Ministério da Saúde, tendo como foco a melhoria dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e assistenciais. O projeta almeja – com a mudança no campo de prática dos profissionais – promover a transformação da realidade dos usuários do SUS, por meio do acesso de forma racional, minimizar os riscos do uso inadequado dos medicamentos para o usuário e para o município e solucionar problemas relacionados à farmacoterapia.



Oferta Nacional de Cursos de Capacitação

Curso
Assistência Farmacêutica na Gestão Municipal
da instrumentalização à prática nos serviços

O Curso Assistência Farmacêutica na Gestão Municipal: da Instrumentalização à Prática nos Serviços, tem como objetivo instrumentalizar e capacitar os profissionais dos municípios, visando à qualificação dos serviços farmacêuticos gerenciais do sistema de apoio (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição de medicamentos e insumos) e o aperfeiçoamento das práticas profissionais. O público-alvo é formado por profissionais de saúde de nível superior da área da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde e outros níveis de Atenção.

Acesse aqui:
https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/af-profissionaisde-nivel-superior/

Curso
Assistência Farmacêutica para o apoio técnico de nível médio
instrumentalização e prática na Atenção Básica

O Curso Assistência Farmacêutica para o apoio técnico de nível médio: instrumentalização e prática na Atenção Básica, tem como objetivo instrumentalizar e capacitar os profissionais dos municípios, visando a qualificação dos serviços farmacêuticos gerenciais do sistema de apoio (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição de medicamentos e insumos) e o aperfeiçoamento das práticas profissionais. O público-alvo é formado pelos profissionais de saúde de nível médio e/ou técnico que desenvolvem atividades na área da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde e Outros Níveis de Atenção.

Acesse o material:
https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/af-profissionais-de-nivel-medioe-ou-tecnico/

Curso
Gestão do Cuidado Farmacêutico
na Atenção Básica

O Curso Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica tem como objetivo instrumentalizar gestores e profissionais de saúde na gestão do Cuidado Farmacêutico dos municípios e na implantação/desenvolvimento de serviços clínicos realizados por farmacêuticos na Atenção Básica. O público-alvo é o grupo dos Gestores e profissionais do SUS da Atenção Básica e Outros Níveis de Atenção.

Acesse aqui:
https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/publicacao/gestao-cuidado-farmaceutico/

Curso
Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica
aplicação do método clínico

O Curso Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: Aplicação do Método Clínico tem como objetivo fornecer fundamentos teóricos e práticos para que os farmacêuticos na Atenção Básica possam desenvolver o raciocínio clínico e atuar sobre os problemas relacionados à farmacoterapia.

Acesse o material:
https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/cuidado-farmaceutico-metodo-clinico/

Apoio à Qualificação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica

Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais na AB/APS

Esta iniciativa tem como objetivo apoiar os municípios por meio dos profissionais capacitados nos **Cursos Assistência Farmacêutica na Gestão Municipal: da Instrumentalização à Prática nos Serviços e Curso Assistência Farmacêutica para o apoio técnico de nível médio: instrumentalização e prática na Atenção Básica,** para que esses profissionais consolidem suas práticas e conhecimentos, aplicando um plano de ação direcionado aos desafios e problemas locais identificados, visando à qualificação dos serviços farmacêuticos.

Esse apoio local para a qualificação de serviços farmacêuticos na Atenção Básica foi incorporada no triênio 2020-2023, atendendo a uma necessidade apontada pelo CONASEMS: ter uma ação de apoio técnico dirigido, para além do processo formativo à distância.

Para o desenvolvimento dessa etapa do projeto, os municípios contarão com profissionais farmacêuticos que atuarão como facilitadores no processo de apoio à qualificação dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e serão formados pela equipe do projeto com atuação de apoio aos municípios no período de 6 meses.

Implantação/Implementação do Cuidado Farmacêutico na AB

Um dos objetivos específicos do projeto é estimular o desenvolvimento do cuidado farmacêutico na AB/APS, com vistas: 1) à incorporação de práticas clínicas voltadas aos usuários, na rotina de atuação do farmacêutico e 2) do matriciamento quanto ao uso de medicamentos para a equipe de saúde.

A iniciativa baseia-se no apoio à implantação/implementação e o desenvolvimento do cuidado farmacêutico na AB/APS. O intuito é o de contribuir com: a) a qualificação do atendimento, b) a integração das práticas de cuidado no SUS, c) as ações de manejo clínico da terapia medicamentosa e d) contribuir para o alcance de melhores resultados relacionados à farmacoterapia.

Para efetivar essa ação, conta-se com a participação de farmacêuticos consultores regionais especializados, que irão atuar localmente de forma presencial e/ou virtual, junto aos farmacêuticos capacitados pelo projeto.

Instrumentos e Ferramentas

Instrumento de Referência dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica (IRSFAB)

O CONASEMS defende que a **AB deve exercer o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde (RAS)** e almeja que o presente instrumento seja o **ponto de partida** para a definição dos serviços farmacêuticos nos distintos âmbitos assistenciais do Sistema, como a atenção especializada e hospitalar. Isso porque a coordenação entre os diferentes serviços farmacêuticos na Rede de Atenção à Saúde tem como principal objetivo colaborar para a maior efetividade dos tratamentos, prevenção e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia.

A equipe de Assistência Farmacêutica da Atenção Básica deve estar integrada com os diferentes profissionais e serviços da Rede de Atenção à Saúde. Ela tem o papel central de contribuir para o acesso e a melhoria da segurança e efetividade do uso de medicamentos a nível individual e populacional, facilitando a tomada de decisões clínicas dos profissionais e do próprio usuário.

Os serviços farmacêuticos no âmbito da Atenção Básica incorporam múltiplos elementos diferenciais, derivados das características e peculiaridades do âmbito assistencial em que se situa (BRASIL, 2014):

1) O **grau de acesso,** quer dizer, a acessibilidade assistencial que oferece a indivíduos com um problema de saúde novo, ou um episódio novo de um problema de saúde previamente identificado.

2) A **longitudinalidade da prestação assistencial** se materializa por meio de um trabalho contínuo ao longo tempo, que reforça o estabelecimento de vínculos entre a população e o local de prestação de serviço de saúde.

3) Uma **posição estratégica** do SUS para fomentar a **integralidade** da prestação de saúde e a **coordenação com outros âmbitos assistenciais.** Tudo isso com o objetivo de garantir uma adequada continuidade farmacoterapêutica.

4) A incorporação do conceito de **Atenção Básica e familiar** entre os serviços, que compreende o **conhecimento dos fatores familiares e sociais** que influenciam no processo saúde-doença.

5) A responsabilidade populacional, proporciona aos FAB uma visão integrada do uso de medicamentos, assim como o desenvolvimento de políticas populacionais e territoriais no âmbito da Atenção Básica. Para isso, a orientação comunitária dos Serviços Farmacêuticos da Atenção Básica (SFAB) é essencial.

Os SFAB, como componentes das ações centradas na saúde das pessoas, devem cumprir com as diretrizes propostas da PNAF (BRASIL, 2014), assim como das normativas complementares das políticas públicas de saúde.

Assim, vale ressaltar que os SFAB necessitam estar integrados às outras ações e serviços de saúde, com vistas a responder adequadamente às necessidades de saúde da população. Devem contemplar a dimensão técnico-gerencial – voltada para o planejamento, logística e acesso a medicamentos – como também a clínico-assistencial, com vistas ao alcance de melhores resultados terapêuticos advindos com o uso da farmacoterapia, em busca da melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Nesse contexto, os serviços farmacêuticos buscam contribuir para a atenção integral, coordenada, segura e efetiva, de acordo com as necessidades dos usuários, das famílias e da população brasileira.

Para tanto, o CONASEMS considera importante elaborar e apresentar aos atores implicados no tema no Brasil – em especial, aos gestores municipais e trabalhadores da AB e da AF – um instrumento que tem a finalidade de expressar, de forma consensuada e operativa, a missão e visão dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica, juntamente com seu papel e funções no SUS.

O objetivo do documento é dispor de uma definição operativa das ações e serviços ofertados pela AF na AB, para dar suporte aos demais profissionais e melhorar os resultados em saúde nos indivíduos e na população.

O instrumento dirige-se a todos os atores implicados no planejamento e gestão do SUS do Brasil, contemplando os secretários municipais de saúde e gestores dos diversos âmbitos, responsáveis pelas políticas farmacêuticas nos municípios, profissionais que atuam diretamente ou em interface com a AF na AB, assim como equipe de saúde e os próprios usuários.

A unidade fundamental do IRSFAB é o "serviço" que se define como uma ação que gera um produto concreto para os receptores definidos, que exige uma série de recursos e capacidades específicas para sua realização.

Os serviços se agrupam por "âmbitos funcionais" e "linhas de serviços". O âmbito funcional define um conjunto de linhas de serviço que reúne aqueles serviços que respondem a um mesmo objetivo relacionado com a missão. Vale ressaltar que os âmbitos e linhas de serviços podem ser pertinentes à coordenação da AF no município e/ou às atividades de AF desenvolvidas nos pontos de atenção, dependendo da organização, estrutura e porte do município.

O CONASEMS propõe para o 1º IRSFAB do SUS no Brasil a definição de **6 Âmbitos Funcionais e 20 Linhas de Serviços** nos quais encontram-se distribuídos em **68 Serviços.**

Cada âmbito e linha de serviços que integra o Instrumento de SFAB no SUS apresenta uma série de receptores potenciais, os quais seriam os destinatários concretos e interessados nos serviços.

TABELA 1.
Receptores dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica no SUS do Brasil

RECEPTOR	DESCRIÇÃO
Cidadão	Indivíduo que forma parte da população coberta pelo dispositivo organizado para prover atenção à saúde.
Controle social	Representação e participação da sociedade na administração pública, com objetivo de acompanhar e fiscalizar as ações desenvolvidas, a fim de solucionar os problemas e assegurar a manutenção dos serviços de atendimento aos cidadãos.
Cuidador	Pessoa (familiar ou não) a cargo de um paciente que por qualquer motivo se responsabiliza pelo seu cuidado.
Gestor	Diretivo responsável da tomada de decisões em qualquer nível do SUS do Brasil. Fazem parte das equipes diretivas do Sistema de Saúde e exercem funções estratégicas, organizativas, planificadoras ou avaliadoras a qualquer nível da organização sanitária.
População	Conjunto de indivíduos (cidadãos) cobertos pela organização que fornece atenção à saúde. Poderia ser a população adscrita ao centro de Atenção Básica, de um conjunto de redes de Atenção Básica, de uma organização de saúde integrada ou de um organismo de provisão de atenção à saúde de um município.
Profissional de saúde	Qualquer profissional do âmbito da saúde com atividades diretamente dirigidas a pacientes em qualquer nível assistencial. Inclui qualquer profissional cuja atividade resulte em prover prestação de saúde direta ou indireta sobre a população.
Usuário	Cidadão usuário dos serviços de saúde com antecedentes ativos que recebe ou pode receber atenção à saúde.

TABELA 2.
Âmbito funcionais, linhas de serviços e número de serviços

ÂMBITO	LINHAS DE SERVIÇOS	SERVIÇOS
ÂMBITO 1 Gestão Logística e Acesso a Medicamentos	1. Seleção de medicamentos 2. Programação de medicamentos 3. Aquisição de medicamentos 4. Armazenamento de medicamentos 5. Distribuição de medicamentos 6. Acesso a medicamentos	18 serviços
ÂMBITO 2 Cuidado Farmacêutico	7. Serviços clínico assistenciais 8. Serviços técnico-pedagógicos 9. Serviços relacionados à segurança do paciente 10. Gestão do Cuidado Farmacêutico	16 serviços
ÂMBITO 3 Coordenação da Assistência Farmacêutica no Âmbito da Atenção Básica	11. Coordenação da Assistência Farmacêutica 12. Planejamento da Assistência Farmacêutica 13. Monitoramento e avaliação da Assistência Farmacêutica 14. Promoção do Uso Racional de Medicamentos	17 serviços
ÂMBITO 4 Análise e Aprimoramento da Utilização de Medicamentos na Prática Clínica e de Resultados em Saúde	15. Análise da utilização de medicamentos	6 serviços
ÂMBITO 5 Inovação Tecnológica e Sistemas de Informação	16. Aprimoramento e integração dos sistemas de informação na Assistência Farmacêutica municipal 17. Aprimoramento e integração de tecnologias de comunicação e informação na Assistência Farmacêutica municipal	4 serviços
ÂMBITO 6 Gestão do Conhecimento	18. Processos formativos e educação permanente 19. Produção de informações técnicas e diretrizes clínicas 20. Apoio a produção de evidências científicas e práticas de ensino e extensão relacionadas à Assistência Farmacêutica	7 serviços

https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Cartilha_Finalizando.pdf

Aplicativo Monitora AF

Um dos relatos recorrentes dos gestores municipais de saúde é a dificuldade na aquisição de medicamentos e, por consequência, a ocorrência de desabastecimento. Dentre as principais causas apontadas pelos gestores para a falta de medicamentos, temos as decorrentes de falhas das atividades logísticas (atividades técnico-gerenciais para a disponibilidade, ex: na programação, aquisição/compras); e as decorrentes da falta do produto no mercado de medicamentos, tanto brasileiro quanto internacional.

Por estar fora da governabilidade direta dos gestores municipais, as dificuldades relacionadas ao mercado de medicamentos necessitam ser diferenciadas para poder dialogar com os gestores, profissionais e sociedade, e exigem uma ação articulada com coordenação nacional.

Para apoiar os gestores nessas situações, o CONASEMS desenvolveu o aplicativo "**MonitoraAF**". É um aplicativo mobile, acessado via celular, cuja finalidade é registrar eventos de desabastecimento de medicamentos no território nacional, algo tão demandado pelos gestores municipais junto aos COSEMS e CONASEMS.

O "**MonitoraAF**" é um *software* destinado aos Coordenadores da Assistência Farmacêutica ou responsáveis pelo cargo ou função equivalente, indicados pelos Secretários Municipais de Saúde, e exige prévia inscrição ou prévio registro do Usuário na Plataforma CONASEMS. Dessa forma, o acesso ao aplicativo somente é liberado após o preenchimento de cadastro pelo usuário com todas as informações obrigatórias requeridas na Plataforma do CONASEMS. O usuário é responsabilizado pela autenticidade de todos os dados que informar durante o preenchimento dos respectivos formulários.

O aplicativo permite a coleta de dados relativos ao desabastecimento de medicamentos. Ao acessá-lo e alimentá-lo, o usuário contribuirá com a Gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito municipal, estadual e federal, subsidiando a representação do **CONASEMS** na proposição dos aprimoramentos necessários nas Políticas Farmacêuticas e das estratégias nacionais para garantir o acesso aos medicamentos na Atenção Básica financiados de forma tripartite.

O aplicativo já nasce integrado a infraestrutura do CONASEMS de maneira que os futuros usuários poderão fazer uso mediante apresentação de seus CPFs e senhas já cadastrados na plataforma do Conselho. Além disso, usuários das marcas *Apple e Android (Google)* poderão baixar o aplicativo das lojas virtuais e prestar as informações com toda a segurança e sigilo.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 215, 30 de outubro de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 1).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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, Brasília, DF, 21 set 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 384 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Revista Conasems. Assistência Farmacêutica. agosto - setembro - outubro de 2018 | issn 1679- 9259. https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Conasems_Revista_72_Web_F01.pdf

SEFAP (Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria). Cartera de Servicios del Farmacéutico de Atención Primaria. Optimizando la farmacoterapia del paciente. 2017. Madrid. Marketinred SL. ISBN: 978-84-697-6935-5.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente documento apresenta o **"Guia de orientações técnicas aos gestores municipais de saúde quanto à seleção e aquisição de medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica"** com uma sumarização dos principais resultados do diagnóstico nacional e algumas recomendações aos gestores no intuito de contribuir para a qualificação dos serviços farmacêuticos ofertados na Atenção Básica do país.

Cabe destacar o ineditismo dos dados analisados que apresenta um panorama nacional com foco na oferta de medicamentos e aborda tanto questões ligadas à aquisição como da seleção de medicamentos pelos municípios brasileiros.

A participação dos municípios, a taxa de resposta segundo o item analisado e a oferta dos medicamentos de forma geral foram altas. Não obstante, foram identificadas e apresentadas fragilidades consideradas relevantes. Por essa razão, foram apontadas recomendações aos gestores municipais, visando subsidiar o processo de gestão da AF para qualificar o acesso aos medicamentos no país.

ANEXOS

APÊNDICE 1.

Medicamentos traçadores analisados

Ação farmacológica	% municípios que responderam sobre o item	Oferta (% municípios)	Desabastecimento por fracasso ou deserto (% municípios)	Não oferta por não inclusão na REMUME (% municípios)
Analgesia e Febre				
Dipirona 500mg/mL solução injetável;	98,70%	85,6	0,4	13,9
Dipirona 500mg/mL solução oral	98,70%	93,7	0,4	5,9
Dipirona comprimido 500mg	98,70%	94,2	0,3	5,5
Ibuprofeno 200 mg comprimido	98,50%	12,6	2,7	84,5
Ibuprofeno 300 mg comprimido	98,50%	54,3	1,8	43,9
Ibuprofeno 50mg/mL suspensão oral	98,50%	92,3	0,6	7,1
Ibuprofeno 600 mg comprimido	98,50%	87,1	0,9	12,1
Paracetamol 200 mg/mL solução oral	98,20%	97,5	0,3	2.2
Paracetamol 500 mg comprimido	98,20%	94,7	0,3	5,1
Antiasmáticos				
Beclometasona 200 mcg/dose cápsula para inalação oral	98,5	11	3,7	85,4
Beclometasona 200mcg/dose aerossol oral	98,5	15,1	3,4	81,4
Beclometasona 200mcg/dose pó para inalação oral	98,7	18	3,6	78,4
Beclometasona 250 mcg/dose aerossol oral	98,5	29,4	4,4	66,2
Beclometasona 400 mcg/dose cápsula para inalação oral	98,5	8,6	3,3	88,1
Beclometasona 400 mcg/dose pó para inalação oral	98,5	8	3,2	88,8
Beclometasona 50mcg/dose aerossol oral	98,7	25,1	8	66,9
Beclometasona 50mcg/dose spray nasal	98,7	24	3,6	72,4
Salbutamol 0,5 mg/mL solução injetável	98,3	19,2	3,5	77,3
Salbutamol 100 mcg/dose aerossol oral	98,3	59,6	2,9	37,7
Salbutamol 5mg/mL solução para inalação	98,3	27,2	4	68,8

Antidiabéticos				
Glibenclamida 5 mg comprimido	98,5	95,4	0,3	4,2
Metformina 500 mg	98,7	69,3	1,6	29
Metformina 850 mg	98,7	91,7	0,4	7,9
Carbamazepina 200 mg comprimido	66,3	95,7	0,8	3,5
Carbamazepina20mg/mL suspensão oral	66,3	81,5	1,8	16,7
Carmabazepina 400 mg comprimido	66,3	39,5	1,7	58,8
Fenitoína comprimido 100mg	65,9	91,9	1,4	6,8
Fenitoína solução injetável	65,9	53,4	2,7	44,9
Fenitoína suspensão oral 20mg/mL	65,9	18,7	2,8	78,6
Antimicobianos				
Amoxicilina 50 mg/mL suspensão oral	100	97,8	0,5	1,7
Amoxicilina 500 mg capsula	100	96,7	0,3	2,9
Amoxicilina 500 mg comprimido	100	46,3	1,2	52,5
Azitromicina 40mg/mL pó para suspensão oral	100	90,8	1	8,2
Azitromicina 500 mg comprimido	100	98,2	0,2	1,6
Benzoilmetronidazol 40mg/mL suspensão oral	100	75,5	6,1	18,4
Ciprofloxacino 250 mg comprimido	99,2	17,6	2,3	80,1
Ciproloxacino 500 mg comprimido	99,2	96,4	0,4	3,2
Metronidazol 100 mg/g (10%) gel vaginal	98,5	93	0,7	6,3
Metronidazol 400 mg comprimido	98,5	39,4	2	58,6
Metronidazol comprimido 250 mg	98,5	95,6	0,5	3,9
Sulfametoxazol + trimetropima 40 + 8mg/mL suspensão oral	98,2	96,5	0,7	2,8
Sulfametoxazol + trimetropima 400 + 80 mg	98,2	97	0,5	2,5
Sulfametoxazol + trimetropima 80 + 16 mg/mL solução injetável	98,2	28,3	1,7	70

Cardiovascular				
Anlodipino 10 mg	100	67,9	4,8	27,3
Anlodipino 5mg	100	91,3	0,7	8,1
Atenolol 100 mg	100	50,1	1,6	48,3
Atenolol 50 mg	100	93,3	0,6	6
Captopril 25 mg	100	94,9	0,3	4,8
Furosemida 10mg/mL sol. injetável	98,5	72,3	1,1	26,5
Furosemida 40 mg como	98,5	97,90%	0,6	1,5
Hidroclorotiazida 12,5	98,5	16,5	3,5	80
Hidroclorotiazida 25	98,5	95,6	0,3	4,1
Hipocolesterimiante				
Sinvastatina 10mg	98,3	32,6	2,2	65,2
Sinvastatina 20mg	98,3	91,8	0,6	7,6
Sinvastatina 40 mg	98,3	69,2	0,9	29,8
Saúde mental - ansiolíticos e hipnótico				
Clonazepam 2,5mg/mL solução oral	66,3	81,4	1,1	17,5
Diazepam comprimido 10 mg	98,7	86,4	0,9	12,8
Diazepam comprimido 5mg	98,7	67,6	1	31,4
Diazepam soluçãoinjetável 5mg/mL	98,7	73,7	2,2	25,1
Amitriptilina 25mg/comprimido	99,20%	95,20%	2,10%	71,80%
Amitriptilina 75mg/comprimido	99,20%	26,00%	0,70%	4,10%
Fluoxetina capsula 20 mg	66,4	89	1,1	9,9
Fluoxetina comprimido 20 mg	66,4	40,9	1,8	57,3
Síndrome Dispéptica				
Omeprazol 10mg cápsula	98,20%	13,1	2,4	84,5
Omeprazol 20mg cápsula	98,20%	97,7	0,4	1,8
Ranitidina 15,g/mL xarope	98,70%	37,2	2,3	60,5
Ranitidina 150mg comprimido	98,70%	86,7	0,6	12,7
Ranitidina25mg/mL solução injetável	98,70%	69,1	0,9	30

Fonte: Elaboração própria a partir de (BRASIL. CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2021b)

TABELA 10.

Modalidades de aquisição no período 2017-2019, Brasil

Modalidade		Ano da compra			Total
		2017	**2018**	**2019**	
Concorrência	Quantidade	301	219	168	688
	% Ano	43,8%	31,8%	24,4%	100,0%
	% nos 3 anos	1,5%	0,9%	0,7%	1,0%
Convite	Quantidade	2	41	63	106
	% Ano	1,9%	38,7%	59,4%	100,0%
	% nos 3 anos	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%
Dispensa de licitação	Quantidade	572	357	209	1.138
	% Ano	50,3%	31,4%	18,4%	100,0%
	% nos 3 anos	2,9%	1,5%	0,8%	1,6%
Inexigibilidade de licitação	Quantidade	22	1	68	91
	% Ano	24,2%	1,1%	74,7%	100,0%
	% nos 3 anos	0,1%	0,0%	0,3%	0,1%
Outro	Quantidade	430	242	4	676
	% Ano	63,6%	35,8%	0,6%	100,0%
	% nos 3 anos	2,2%	1,0%	0,0%	1,0%
Pregão	Quantidade	17.771	23.397	24.527	65.695
	% Ano	27,1%	35,6%	37,3%	100,0%
	% nos 3 anos	91,0%	95,9%	96,0%	94,6%
Tomada de preços	Quantidade	422	130	512	1.064
	% Ano	39,7%	12,2%	48,1%	100,0%
	% nos 3 anos	2,2%	0,5%	2,0%	1,5%
Total	**Quantidade**	**19.520**	**24.387**	**25.551**	**69.458**
	% Ano	**28,1%**	**35,1%**	**36,8%**	**100,0%**

Fonte: CONASEMS,2022d.

TABELA 11.

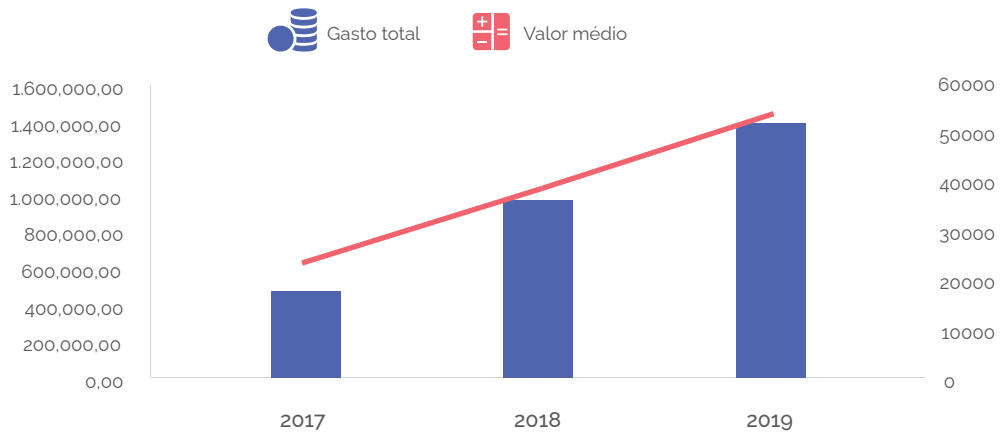
Gastos totais com as aquisições entre 2017-2019, Brasil

Ano	N de compras	Gasto total corrigido (R$)	Gasto total corrente (R$)	%	Gasto médio	Mediana do gasto	Mínimo	Máximo
2017	19.520	527.048.356,80	473.053.284,16	16,7	24.234,29	1.659,00	0,17	8.771.484,00
2018	24.387	1.013.373.378,27	971.501.656,86	34,3	39.836,87	2.340,00	0,50	20.138.238,34
2019	25.551	1.390.065.979,16	1.390.065.979,16	49,0	54.403,58	2.660,00	0,90	194.025.497,50
Total	**69.458**	**2.930.487.714,23**	**2.834.620.920,18**	**100,0**	**40.810,58**	**2.209,75**	**0,17**	**194.025.497,50**

Fonte: CONASEMS,2022d.

FIGURA 2.

Gastos correntes e valor médio das compras entre 2017-2019, Brasil



Fonte: CONASEMS,2022d. Nota: (valores em R$).

TABELA 12.

Gastos correntes por modalidade de aquisição entre 2017-2019, Brasil

Ano		Modalidade de licitação							
		Concorrência	**Convite**	**Dispensa de licitação**	**Inexigibilidade de licitação**	**Outro**	**Pregão**	**Tomada de preços**	**Total**
2017	N	301	2	572	22	430	17.771	422	19.520
	Gastos (R$)	6.918.938,37	13.479,00	7.406.264,30	5.005.285,50	356.151,56	452.491.564,03	861.601,40	473.053.284,16
	%	1,5	0,0	1,6	1,1	0,1	95,7	0,2	100,0
	Valor médio	22.986,51	6.739,50	12.948,01	227.512,98	828,26	25.462,36	2.041,71	24.234,29
	Mediana	3.600,00	6.739,50	245,50	129,00	118,88	1.800,00	1.595,00	1.659,00
2018	N	219	41	357	1	242	23.397	130	24.387
	Gastos (R$)	21.162.648,60	27.151,50	1.719.518,21	2.170,00	167.864,10	947.946.697,28	475.607,17	971.501.656,86
	%	2,2	0,0	0,2	0,0	0,0	97,6	0,0	100,0
	Valor médio	96.633,10	662,23	4.816,58	2.170,00	693,65	40.515,74	3.658,52	39.836,87
	Mediana	9.100,00	477,00	538,56	2.170,00	75,00	2.400,00	1.924,00	2.340,00
2019	N	168	63	209	68	4	24.527	512	25.551
	Gastos (R$)	2.570.239,84	29.387,73	997.830,58	22.288,10	8.300,65	1.385.251.300,51	1.186.631,74	1.390.065.979,16
	%	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	99,7	0,1	100,0
	Valor médio	15.299,05	466,47	4.774,31	327,77	2.075,16	56.478,63	2.317,64	54.403,58
	Mediana	1.581,25	300,00	615,00	180,00	951,58	2.800,00	1.062,80	2.660,00
Total 2017-2019	**N**	**688**	**106**	**1.138**	**91**	**676**	**65.695**	**1.064**	**69.458**
	Total	**30.651.826,81**	**70.018,23**	**10.123.613,09**	**5.029.743,60**	**532.316,31**	**2.785.689.561,83**	**2.523.840,31**	**2.834.620.920,18**
	Valor médio	**44.552,07**	**660,55**	**8.895,97**	**55.271,91**	**787,45**	**42.403,37**	**2.372,03**	**40.810,58**
		3.925,00	**369,00**	**409,29**	**177,00**	**105,00**	**2.400,00**	**1.400,00**	**2.209,75**

Fonte: CONASEMS,2022d.

Nota: (em valores correntes).

TABELA 13.

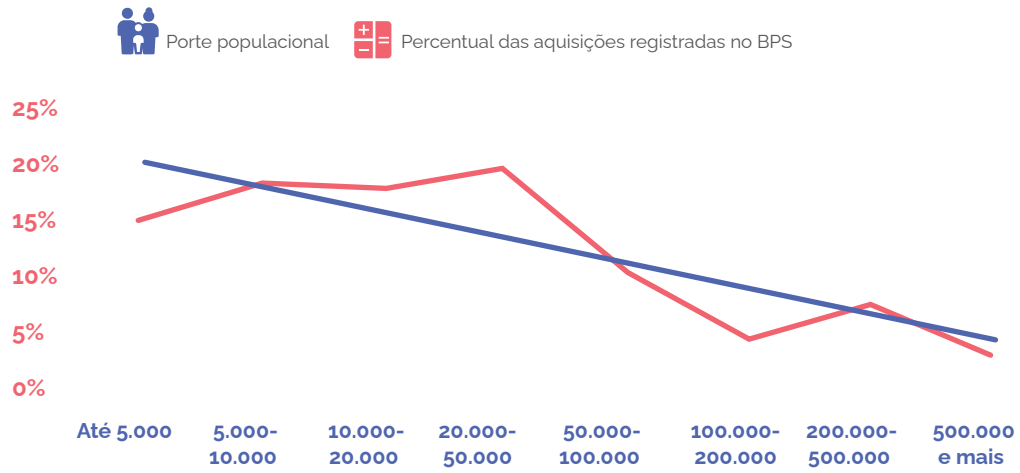
Quantidade de registros de licitações, segundo modalidade e porte populacional dos municípios no período 2017-2019, Brasil

Modalidade		Porte populacional							
		Até 5.000	**5.000-10.000**	**10.000-20.000**	**20.000-50.000**	**50.000-100.000**	**100.000-200.000**	**200.000-500.000**	**500.000 e mais**
Concorrência	Quantidade	104	112	6	279	0	0	187	0
	% porte	15,1%	16,3%	0,9%	40,6%	0,0%	0,0%	27,2%	0,0%
	% nos 3 anos	1,0%	0,9%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%
Convite	Quantidade	95	5	0	0	0	0	2	4
	% porte	89,6%	4,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	3,8%
	% nos 3 anos	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Dispensa de licitação	Quantidade	211	13	243	266	151	75	33	146
	% porte	18,5%	1,1%	21,4%	23,4%	13,3%	6,6%	2,9%	12,8%
	% nos 3 anos	2,0%	0,1%	1,9%	2,0%	2,0%	2,0%	0,6%	5,8%
Inexigibilidade de licitação	Quantidade	88	0	0	2	1	0	0	0
	% porte	96,7%	0,0%	0,0%	2,2%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	% nos 3 anos	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Outro	Quantidade	49	3	6	10	387	0	220	1
	% porte	7,2%	0,4%	0,9%	1,5%	57,2%	0,0%	32,5%	0,1%
	% nos 3 anos	0,5%	0,0%	0,0%	0,1%	5,1%	0,0%	3,9%	0,0%
Pregão	Quantidade	9.795	12.298	12.397	13.066	6.854	3.652	5.261	2.372
	% porte	14,9%	18,7%	18,9%	19,9%	10,4%	5,6%	8,0%	3,6%
	% nos 3 anos	91,0%	95,9%	98,0%	95,9%	89,7%	98,0%	92,2%	94,0%
Tomada de preços	Quantidade	421	387	1	2	252	0	0	1
	% porte	39,6%	36,4%	0,1%	0,2%	23,7%	0,0%	0,0%	0,1%
	% nos 3 anos	3,9%	3,0%	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Total 2017-2019	**Quantidade**	**10.763**	**12.818**	**12.653**	**13.625**	**7.645**	**3.727**	**5.703**	**2.524**
	% Ano	**15,5%**	**18,5%**	**18,2%**	**19,6%**	**11,0%**	**5,4%**	**8,2%**	**3,6%**
	% nos 3 anos	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Fonte: CONASEMS,2022d.

FIGURA 3.

Porte populacional e percentual das aquisições registradas no BPS, 2017-2019



Fonte: CONASEMS,2022d.

TABELA 14.

Quantidade de registros de licitações, segundo modalidade e grupo percentil do PIB per capita dos municípios no período 2017-2019, Brasil

Modalidade		Grupo percentil do PIB per capita					Total
		1	2	3	4	5	
Concorrência	Quantidade	274	82	2	329	1	688
	% grupo PIB	39,8%	11,9%	0,3%	47,8%	0,1%	100,0%
	% nos 3 anos	3,6%	0,9%	0,0%	1,8%	0,0%	1,0%
Convite	Quantidade	0	0	41	59	6	106
	% grupo PIB	0,0%	0,0%	38,7%	55,7%	5,7%	100,0%
	% nos 3 anos	0,0%	0,0%	0,4%	0,3%	0,0%	0,2%
Dispensa de licitação	Quantidade	76	160	165	303	434	1.138
	% grupo PIB	6,7%	14,1%	14,5%	26,6%	38,1%	100,0%
	% nos 3 anos	1,0%	1,8%	1,6%	1,7%	1,8%	1,6%
Inexigibilidade de licitação	Quantidade	22	0	0	60	9	91
	% grupo PIB	24,2%	0,0%	0,0%	65,9%	9,9%	100,0%
	% nos 3 anos	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,1%
Outro	Quantidade	3	43	0	578	52	676
	% grupo PIB	0,4%	6,4%	0,0%	85,5%	7,7%	100,0%
	% nos 3 anos	0,0%	0,5%	0,0%	3,2%	0,2%	1,0%
Pregão	Quantidade	6.719	8.565	10.181	16.511	23.719	65.695
	% grupo PIB	10,2%	13,0%	15,5%	25,1%	36,1%	100,0%
	% nos 3 anos	87,1%	95,4%	98,0%	91,0%	97,9%	94,6%
Tomada de preços	Quantidade	622	124	3	310	5	1.064
	% grupo PIB	58,5%	11,7%	0,3%	29,1%	0,5%	100,0%
	% nos 3 anos	8,2%	1,4%	0,0%	1,7%	0,0%	1,5%
Total 2017-2019	**Quantidade**	**7.716**	**8.974**	**10.392**	**18.150**	**24.226**	**69.458**
	% grupo PIB	**11,1%**	**12,9%**	**15,0%**	**26,1%**	**34,9%**	**100,0%**
	% nos 3 anos	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Fonte: CONASEMS,2022d.

TABELA 15.

Modalidades de aquisição, segundo as regiões brasileiras, entre 2017-2019, Brasil

Região		Concorrência	Convite	Dispensa de licitação	Inexigibilidade de licitação	Outros	Pregão	Tomada de preços	Total
Centro-oeste	Quantidade	0	0	93	0	42	3.752	51	3.938
	% modalidade na Região	0,0	0,0	2,4	0,0	1,1	95,3	1,3	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	8,2	0,0	6,2	5,7	4,8	5,7
Nordeste	Quantidade	422	0	277	22	3	16.171	754	17.649
	% modalidade na Região	2,4	0,0	1,6	0,1	0,0	91,6	4,3	100,0
	% modalidade total Brasil	61,3	0,0	24,3	24,2	0,4	24,6	70,9	25,4
Norte	Quantidade	0	0	13	0	387	2.265	221	2.886
	% modalidade na Região	0,0	0,0	0,5	0,0	13,4	78,5	7,7	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	1,1	0,0	57,2	3,4	20,8	4,2
Sudeste	Quantidade	254	106	541	69	244	22.738	21	23.973
	% modalidade na Região	1,1	0,4	2,3	0,3	1,0	94,8	0,1	100,0
	% modalidade total Brasil	36,9	100,0	47,5	75,8	36,1	34,6	2,0	34,5
Sul	Quantidade	12	0	214	0	0	20.769	17	21.012
	% modalidade na Região	0,1	0,0	1,0	0,0	0,0	98,8	0,1	100,0
	% modalidade total Brasil	1,7	0,0	18,8	0,0	0,0	31,6	1,6	30,3
Total	**Quantidade**	**688**	**106**	**1.138**	**91**	**676**	**65.695**	**1064**	**69.458**
	%	**1,0**	**0,2**	**1,6**	**0,1**	**1,0**	**94,6**	**1,5**	**100,0**

Fonte: CONASEMS,2022d

TABELA 16.

Modalidades de aquisição, segundo os estados, entre 2017-2019, Brasil

Estados		Concorrência	Convite	DL	Inexigibilidade	Outro	Pregão	TP	Total
AC	Quantidade	0	0	7	0	0	454	0	461
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	98,5	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,7	0,0	0,7
AL	Quantidade	0	0	0	0	0	1.352	0	1.352
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	1,9
AP	Quantidade	0	0	0	0	0	26	0	26
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
BA	Quantidade	244	0	0	0	0	467	0	711
	% modalidade no Estado	34,3	0,0	0,0	0,0	0,0	65,7	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	35,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	1,0
CE	Quantidade	0	0	12	0	0	407	0	419
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	97,1	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,6	0,0	0,6
DF	Quantidade	0	0	6	0	0	0	0	6
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Estados		Concorrência	Convite	DL	Inexigibilidade	Outro	Pregão	TP	Total
ES	Quantidade	0	0	21	0	169	2.767	0	2.957
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	0,7	0,0	5,7	93,6	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	1,8	0,0	25,0	4,2	0,0	4,3
GO	Quantidade	0	0	71	0	41	1.203	50	1.365
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	5,2	0,0	3,0	88,1	3,7	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	6,2	0,0	6,1	1,8	4,7	2,0
MG	Quantidade	1	0	33	0	2	4.838	1	4.875
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	99,2	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	0,1	0,0	2,9	0,0	0,3	7,4	0,1	7,0
MS	Quantidade	0	0	16	0	0	1.767	0	1.783
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	99,1	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	2,7	0,0	2,6
MT	Quantidade	0	0	0	0	1	441	1	443
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	99,5	0,2	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	0,1	0,6
PA	Quantidade	0	0	0	0	387	697	221	1.305
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	0,0	0,0	29,7	53,4	16,9	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	0,0	0,0	57,2	1,1	20,8	1,9
PB	Quantidade	70	0	2	0	2	6.259	83	6.416
	% modalidade no Estado	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	97,6	1,3	100,0
	% modalidade total Brasil	10,2	0,0	0,2	0,0	0,3	9,5	7,8	9,2

Estados		Concorrência	Convite	DL	Inexigibilidade	Outro	Pregão	TP	Total
PE	Quantidade	0	0	77	0	0	2.903	10	2.990
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0	97,1	0,3	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	6,8	0,0	0,0	4,4	0,9	4,3
PI	Quantidade	108	0	105	0	1	3.027	661	3.902
	% modalidade no Estado	2,8	0,0	2,7	0,0	0,0	77,6	16,9	100,0
	% modalidade total Brasil	15,7	0,0	9,2	0,0	0,1	4,6	62,1	5,6
PR	Quantidade	2	0	79	0	0	13.440	13	13.534
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	99,3	0,1	100,0
	% modalidade total Brasil	0,3	0,0	6,9	0,0	0,0	20,5	1,2	19,5
RJ	Quantidade	0	0	4	0	0	757	0	761
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	99,5	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	1,2	0,0	1,1
RN	Quantidade	0	0	62	22	0	1.047	0	1.131
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	5,5	1,9	0,0	92,6	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	5,4	24,2	0,0	1,6	0,0	1,6
RO	Quantidade	0	0	6	0	0	1.002	0	1.008
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	99,4	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	1,5	0,0	1,5
RR	Quantidade	0	0	0	0	0	86	0	86
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1

Estados		Concorrência	Convite	DL	Inexigibilidade	Outro	Pregão	TP	Total
RS	Quantidade	0	0	52	0	0	2.185	2	2.239
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	97,6	0,1	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	4,6	0,0	0,0	3,3	0,2	3,2
SC	Quantidade	10	0	83	0	0	5.144	2	5.239
	% modalidade no Estado	0,2	0,0	1,6	0,0	0,0	98,2	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	1,5	0,0	7,3	0,0	0,0	7,8	0,2	7,5
SE	Quantidade	0	0	19	0	0	709	0	728
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0	97,4	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	1,1	0,0	1,0
SP	Quantidade	253	106	483	69	73	14.376	20	15.380
	% modalidade no Estado	1,6	0,7	3,1	0,4	0,5	93,5	0,1	100,0
	% modalidade total Brasil	36,8	100,0	42,4	75,8	10,8	21,9	1,9	22,1
TO	Quantidade	0	0	0	0	0	341	0	341
	% modalidade no Estado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
	% modalidade total Brasil	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5
Total	**Quantidade**	**688**	**106**	**1.138**	**91**	**676**	**65.695**	**1.064**	**69.458**
	% em UF	**1,0**	**0,2**	**1,6**	**0,1**	**1,0**	**94,6**	**1,5**	**100,0**

Fonte: CONASEMS,2022d.

TABELA 17.

Analgésico, antipirético, antiagregante plaquetário, segundo modalidade de aquisição e preços, entre 2017-2019, Brasil

Medicamento	Modalidade de licitação	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido	Concorrência	12	0,039917	0,040000	0,0260	0,0600
	Convite	3	0,057667	0,059000	0,0550	0,0590
	Dispensa de licitação	22	0,042927	0,036000	0,0169	0,1300
	Inexigibilidade de licitação	2	0,035000	0,035000	0,0300	0,0400
	Outro	7	0,036743	0,030000	0,0200	0,0700
	Pregão	856	0,025944	0,020000	0,0168	0,1710
	Tomada de preços	16	0,044850	0,041000	0,0278	0,0700
	Total	918	0,027069	0,020000	0,0168	0,1710
Dipirona sódica 500 mg comprimido	Concorrência	9	0,143778	0,140000	0,1200	0,1840
	Convite	3	0,173333	0,150000	0,1500	0,2200
	Dispensa de licitação	18	0,125789	0,095950	0,0690	0,2400
	Inexigibilidade de licitação	4	0,161250	0,180000	0,0750	0,2100
	Outro	18	0,078250	0,077500	0,0670	0,1200
	Pregão	717	0,089994	0,078000	0,0600	0,2500
	Tomada de preços	25	0,133340	0,140000	0,0840	0,1880
	Total	794	0,093188	0,080000	0,0600	0,2500
Ibuprofeno 600 mg comprimido	Concorrência	8	0,202413	0,170000	0,0980	0,3300
	Convite	3	0,283333	0,245000	0,2450	0,3600
	Dispensa de licitação	10	0,183470	0,163100	0,0740	0,3000
	Inexigibilidade de licitação	2	0,210000	0,210000	0,1100	0,3100
	Outro	2	0,082000	0,082000	0,0720	0,0920
	Pregão	679	0,149914	0,130000	0,0046	0,3700
	Tomada de preços	10	0,239320	0,260000	0,1620	0,3100
	Total	714	0,152763	0,140000	0,0046	0,3700

Medicamento	Modalidade de licitação	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Paracetamol 200 mg/ml solução oral frasco	Concorrência	2	1,165000	1,165000	0,9900	1,3400
	Dispensa de licitação	10	0,808270	0,650000	0,5680	1,4600
	Inexigibilidade de licitação	1	0,650000	0,650000	0,6500	0,6500
	Outro	7	0,764286	0,600000	0,5000	1,3000
	Pregão	203	0,713806	0,592000	0,3800	1,9000
	Tomada de preços	5	1,076000	1,100000	0,8900	1,2000
	Total	228	0,731120	0,601250	0,3800	1,9000

Fonte: CONASEMS,2022d.

TABELA 18.

Antibióticos e antiparasitários, segundo modalidade de aquisição e preços, entre 2017-2019, Brasil

Medicamento	Modalidade de licitação	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Albendazol 40 mg/ml suspensão oral frasco	Concorrência	8	2,176250	2,200000	1,4800	3,0400
	Convite	1	1,685000	1,685000	1,6850	1,6850
	Dispensa de licitação	2	1,400000	1,400000	1,0400	1,7600
	Inexigibilidade de licitação	4	1,425000	1,330000	1,1500	1,8900
	Outro	8	1,100250	1,110000	0,9220	1,2600
	Pregão	809	1,278399	1,096000	0,7995	3,2800
	Tomada de preços	16	2,199375	2,200000	1,1900	2,9500
	Total	848	1,304024	1,100000	0,7995	3,2800
Amoxicilina com clavulanato de potássio 50 mg/ml + 12.5 mg/ml suspensão oral frasco	Concorrência	1	17,370000	17,370000	17,3700	17,3700
	Dispensa de licitação	1	14,900000	14,900000	14,9000	14,9000
	Inexigibilidade de licitação	1	11,500000	11,500000	11,5000	11,5000
	Pregão	247	13,871149	12,990000	6,0500	30,0000
	Total	250	13,879775	12,990000	6,0500	30,0000
Amoxicilina com clavulanato de potássio 500mg + 125mg comprimido	Concorrência	5	1,245800	1,450000	0,5890	1,9400
	Dispensa de licitação	4	0,935875	0,987500	0,6428	1,1257
	Outro	5	1,408100	1,280000	1,0005	1,7400
	Pregão	529	0,968310	0,910000	0,3900	2,2100
	Total	543	0,974676	0,920000	0,3900	2,2100

Medicamento	Modalidade de licitação	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Azitromicina 500 mg comprimido	Concorrência	7	0,704000	0,720000	0,3800	1,0800
	Convite	3	1,108333	0,980000	0,9650	1,3800
	Dispensa de licitação	11	0,651327	0,517500	0,4100	1,3400
	Inexigibilidade de licitação	3	0,660000	0,700000	0,5300	0,7500
	Outro	5	0,836800	0,750000	0,4540	1,5500
	Pregão	919	0,615647	0,500000	0,3500	1,9000
	Tomada de preços	22	0,972423	1,010750	0,5600	1,1866
	Total	970	0,627582	0,510000	0,3500	1,9000
Benzilpenicilina benzatina 1.200.000UI injetável F/A	Concorrência	9	8,563556	8,450000	3,4020	12,8700
	Dispensa de licitação	14	6,358686	6,250000	2,9536	11,8600
	Outro	8	6,894775	5,420000	2,4000	14,6500
	Pregão	801	8,092382	8,320000	1,9600	15,4000
	Tomada de preços	12	11,285833	10,815000	7,8800	15,0000
	Total	844	8,102701	8,315000	1,9600	15,4000
Ciprofloxacino cloridrato 500 mg comprimido	Concorrência	8	0,305625	0,330000	0,1300	0,4000
	Convite	1	0,335000	0,335000	0,3350	0,3350
	Dispensa de licitação	22	0,236005	0,212000	0,1461	0,4900
	Outro	5	0,264720	0,233600	0,1700	0,3900
	Pregão	852	0,237161	0,200000	0,1366	0,7000
	Tomada de preços	17	0,401829	0,396600	0,2159	0,5900
	Total	905	0,241091	0,200000	0,1300	0,7000

Medicamento	Modalidade de licitação	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Sulfametoxazol + trimetoprima 400mg + 80mg comprimido	Concorrência	6	0,134500	0,150000	0,0720	0,1900
	Dispensa de licitação	6	0,142667	0,109500	0,0900	0,2470
	Pregão	670	0,103043	0,095000	0,0600	0,2700
	Tomada de preços	12	0,166592	0,168300	0,1400	0,1900
	Total	694	0,104757	0,097000	0,0600	0,2700

Fonte: CONASEMS,2022d.

TABELA 19.

Medicamentos hormonais e do metabolismo, segundo modalidade de aquisição e preços, entre 2017-2019, Brasil

Medicamento	Modalidade de licitação	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Levotiroxina sódica 50 mcg comprimido	Concorrência	6	0,140583	0,139500	0,0645	0,2200
	Convite	2	0,267500	0,267500	0,2450	0,2900
	Dispensa de licitação	15	0,121587	0,103000	0,0204	0,2700
	Inexigibilidade de licitação	1	0,230000	0,230000	0,2300	0,2300
	Pregão	663	0,104037	0,090000	0,0450	0,3700
	Total	687	0,105398	0,090000	0,0204	0,3700
Prednisona 20 mg comprimido	Concorrência	8	0,277625	0,265000	0,1700	0,3900
	Convite	2	0,419500	0,419500	0,3890	0,4500
	Dispensa de licitação	10	0,226000	0,224950	0,1680	0,3000
	Inexigibilidade de licitação	1	0,300000	0,300000	0,3000	0,3000
	Outro	4	0,222500	0,230000	0,1900	0,2400
	Pregão	812	0,209603	0,180000	0,1100	0,5200
	Tomada de preços	19	0,294374	0,300000	0,1680	0,5075
	Total	856	0,212968	0,185000	0,1100	0,5200

Fonte: CONASEMS,2022d.

TABELA 20.

Medicamentos selecionados com atuação no sistema cardiovascular, segundo modalidade de aquisição e preços, entre 2017-2019, Brasil.

Medicamento	Modalidade de licitação	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Anlodipino besilato 5 mg comprimido	Concorrência	7	0,055714	0,070000	0,0180	0,0900
	Convite	1	0,070000	0,070000	0,0700	0,0700
	Dispensa de licitação	17	0,038771	0,029000	0,0180	0,0900
	Inexigibilidade de licitação	2	0,050000	0,050000	0,0500	0,0500
	Outro	13	0,029023	0,025000	0,0200	0,0600
	Pregão	816	0,031816	0,028000	0,0160	0,0900
	Tomada de preços	15	0,047233	0,040000	0,0190	0,0900
	Total	871	0,032453	0,028600	0,0160	0,0900
Enalapril maleato 20 mg comprimido	Concorrência	12	0,093933	0,105000	0,0350	0,1300
	Convite	3	0,166000	0,149000	0,1490	0,2000
	Dispensa de licitação	9	0,132922	0,130000	0,0400	0,3133
	Inexigibilidade de licitação	3	0,086667	0,090000	0,0700	0,1000
	Outro	2	0,120000	0,120000	0,0900	0,1500
	Pregão	667	0,061315	0,044000	0,0300	0,3137
	Tomada de preços	14	0,115207	0,120000	0,0800	0,1360
	Total	710	0,064552	0,045000	0,0300	0,3137
Furosemida 40 mg comprimido	Concorrência	9	0,060000	0,070000	0,0200	0,0780
	Convite	1	0,120000	0,120000	0,1200	0,1200
	Dispensa de licitação	23	0,050365	0,039200	0,0270	0,1200
	Inexigibilidade de licitação	2	0,070000	0,070000	0,0400	0,1000
	Outro	13	0,042385	0,039000	0,0205	0,0800
	Pregão	809	0,038514	0,032000	0,0160	0,1300
	Tomada de preços	17	0,070024	0,070000	0,0315	0,1205
	Total	874	0,039883	0,033000	0,0160	0,1300

Medicamento	Modalidade de licitação	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Hidroclorotiazida 25 mg comprimido	Concorrência	14	0,036964	0,040000	0,0129	0,0600
	Convite	1	0,075000	0,075000	0,0750	0,0750
	Dispensa de licitação	8	0,035050	0,025000	0,0100	0,0900
	Inexigibilidade de licitação	3	0,086667	0,090000	0,0700	0,1000
	Outro	5	0,019940	0,020000	0,0177	0,0220
	Pregão	748	0,024161	0,020000	0,0100	0,1100
	Tomada de preços	17	0,044194	0,046000	0,0168	0,0700
	Total	796	0,025196	0,020000	0,0100	0,1100
Losartana potássica 50 mg comprimido	Concorrência	14	0,068057	0,070000	0,0279	0,1100
	Convite	2	0,118500	0,118500	0,1180	0,1190
	Dispensa de licitação	27	0,064126	0,050000	0,0340	0,1700
	Inexigibilidade de licitação	2	0,075000	0,075000	0,0500	0,1000
	Outro	15	0,051140	0,040000	0,0300	0,1667
	Pregão	775	0,053758	0,042000	0,0011	0,2250
	Tomada de preços	17	0,099747	0,103100	0,0610	0,1400
	Total	852	0,055395	0,044900	0,0011	0,2250
Sinvastatina 20 mg comprimido	Concorrência	12	0,128250	0,145000	0,0550	0,1660
	Convite	1	0,230000	0,230000	0,2300	0,2300
	Dispensa de licitação	11	0,110945	0,090000	0,0630	0,2300
	Inexigibilidade de licitação	1	0,100000	0,100000	0,1000	0,1000
	Outro	1	0,250000	0,250000	0,2500	0,2500
	Pregão	817	0,077880	0,060000	0,0400	0,2400
	Tomada de preços	14	0,160121	0,167300	0,0500	0,2300
	Total	857	0,080757	0,060000	0,0400	0,2500

Fonte: CONASEMS,2022d.

TABELA 21.
Medicamentos com atuação no sistema nervoso, segundo modalidade de aquisição e preços, entre 2017-2019, Brasil

Medicamento	Modalidade de licitação	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Amitriptilina cloridrato 25 mg comprimido	Concorrência	7	0,061686	0,031000	0,0268	0,1500
	Convite	3	0,150000	0,140000	0,1200	0,1900
	Dispensa de licitação	19	0,055063	0,040500	0,0300	0,1900
	Inexigibilidade de licitação	1	0,050000	0,050000	0,0500	0,0500
	Outro	16	0,056419	0,040000	0,0300	0,1800
	Pregão	811	0,045942	0,038000	0,0222	0,1900
	Tomada de preços	11	0,072527	0,051900	0,0260	0,1800
	Total	868	0,047163	0,039000	0,0222	0,1900
Carbamazepina 200 mg comprimido	Concorrência	8	0,153488	0,149450	0,0600	0,2790
	Convite	1	0,210000	0,210000	0,2100	0,2100
	Dispensa de licitação	18	0,164667	0,114500	0,0350	0,4200
	Outro	9	0,126300	0,140000	0,0600	0,2100
	Pregão	818	0,109385	0,097700	0,0384	0,4800
	Tomada de preços	15	0,214273	0,210000	0,1100	0,3750
	Total	869	0,113038	0,099800	0,0350	0,4800
Carbonato de lítio 300 mg comprimido	Concorrência	7	0,259829	0,240000	0,1300	0,4500
	Dispensa de licitação	13	0,279431	0,289000	0,1586	0,4700
	Pregão	679	0,235934	0,220000	0,0700	0,5300
	Tomada de preços	4	0,407500	0,395000	0,3500	0,4900
	Total	703	0,237952	0,220000	0,0700	0,5300
Diazepam 5 mg comprimido	Concorrência	5	0,054200	0,056000	0,0290	0,0700
	Dispensa de licitação	6	0,065300	0,067750	0,0013	0,1100
	Outro	8	0,072500	0,070000	0,0400	0,1100
	Pregão	513	0,061852	0,060000	0,0010	0,1700
	Tomada de preços	12	0,089717	0,085000	0,0700	0,1200
	Total	544	0,062591	0,060000	0,0010	0,1700

Medicamento	Modalidade de licitação	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Fenobarbital sódico 100 mg comprimido	Concorrência	7	0,116143	0,089000	0,0680	0,2100
	Convite	3	0,210000	0,180000	0,1800	0,2700
	Dispensa de licitação	10	0,121350	0,113000	0,0613	0,2200
	Inexigibilidade de licitação	1	0,130000	0,130000	0,1300	0,1300
	Outro	4	0,081725	0,073450	0,0600	0,1200
	Pregão	750	0,108116	0,099000	0,0400	0,2700
	Tomada de preços	11	0,200000	0,200000	0,1200	0,2600
	Total	786	0,109924	0,099650	0,0400	0,2700
Fluoxetina 20 mg comprimido	Concorrência	6	0,082200	0,077750	0,0380	0,1400
	Convite	2	0,120000	0,120000	0,1200	0,1200
	Dispensa de licitação	9	0,071344	0,060000	0,0390	0,1100
	Inexigibilidade de licitação	1	0,120000	0,120000	0,1200	0,1200
	Outro	11	0,038255	0,037900	0,0350	0,0450
	Pregão	775	0,061902	0,057000	0,0300	0,1900
	Tomada de preços	10	0,102130	0,105700	0,0790	0,1400
	Total	814	0,062545	0,057000	0,0300	0,1900
Haloperidol decanoato 50 mg/ ml solução injetável ampola	Concorrência	4	8,692500	9,015000	5,3900	11,3500
	Dispensa de licitação	8	6,696500	6,485000	3,6500	9,6600
	Pregão	573	6,563195	6,400000	2,7200	12,2800
	Tomada de preços	1	9,050000	9,050000	9,0500	9,0500
	Total	586	6,583794	6,400000	2,7200	12,2800

Fonte: CONASEMS,2022d.

TABELA 22.

Medicamento com atuação no sistema respiratório, segundo modalidade de aquisição e preços, entre 2017-2019, Brasil

Medicamento	Modalidade de licitação	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Loratadina 10 mg comprimido	Concorrência	5	0,088740	0,090000	0,0417	0,1600
	Convite	1	0,185000	0,185000	0,1850	0,1850
	Dispensa de licitação	7	0,064371	0,065300	0,0560	0,0713
	Inexigibilidade de licitação	2	0,075000	0,075000	0,0500	0,1000
	Outro	1	0,080000	0,080000	0,0800	0,0800
	Pregão	630	0,071055	0,060000	0,0300	0,3800
	Tomada de preços	3	0,090000	0,080000	0,0800	0,1100
	Total	649	0,071409	0,060000	0,0300	0,3800

Fonte: CONASEMS,2022d.

TABELA 23.

Medicamentos com atuação no trato alimentar e metabolismo, segundo modalidade de aquisição e preços, entre 2017-2019, Brasil

Medicamento	Modalidade de licitação	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Metformina cloridrato 850 mg comprimido	Concorrência	9	0,106778	0,110000	0,0390	0,1500
	Convite	2	0,165000	0,165000	0,1500	0,1800
	Dispensa de licitação	9	0,093211	0,070000	0,0570	0,1633
	Inexigibilidade de licitação	3	0,103333	0,100000	0,0800	0,1300
	Pregão	772	0,069931	0,060000	0,0300	0,1800
	Tomada de preços	14	0,136100	0,142000	0,0544	0,1700
	Total	809	0,072104	0,060000	0,0300	0,1800
Omeprazol 20 mg comprimido ou cápsula	Concorrência	7	0,087429	0,100000	0,0420	0,1200
	Convite	2	0,129500	0,129500	0,1200	0,1390
	Dispensa de licitação	21	0,081519	0,070000	0,0380	0,1850
	Inexigibilidade de licitação	2	0,125000	0,125000	0,1100	0,1400
	Outro	14	0,065657	0,056550	0,0480	0,1390
	Pregão	875	0,066784	0,060000	0,0300	0,2900
	Tomada de preços	18	0,117467	0,110850	0,0421	0,1800
	Total	939	0,068480	0,060000	0,0300	0,2900
Sais para reidratação oral envelope	Concorrência	1	0,990000	0,990000	0,9900	0,9900
	Pregão	34	0,598794	0,498500	0,4400	1,2100
	Tomada de preços	1	0,650000	0,650000	0,6500	0,6500
	Total	36	0,611083	0,500000	0,4400	1,2100

Fonte: CONASEMS,2022d.

TABELA 24.

Quantidade de compras de medicamentos realizadas por meio de consórcio, entre 2017-2019, Brasil.

Tipo de Compras		2017	2018	2019	Total
Individuais	Quantidade	18.522	23.469	24.261	66.252
	% compra por consórcio	28,0	35,4	36,6	100,0
	% ano da compra	94,9	96,2	95,0	95,4
Consórcio	Quantidade	998	918	1.290	3.206
	% compra por consórcio	31,1	28,6	40,2	100,0
	% ano da compra	5,1	3,8	5,0	4,6
Total	**Quantidade**	**19.520**	**24.387**	**25.551**	**69.458**
	% em compra por consórcio	**28,1**	**35,1**	**36,8**	**100,0**
	% em ano da compra	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: CONASEMS,2022d.

TABELA 25.
Licitações de medicamentos realizadas por meio de consórcio, segundo os estados, entre 2017-2019, Brasil

Estados		Compra por consórcio		Total
		Não	**Sim**	
AC	Quantidade	461	0	461
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	0,7%	0,0%	0,7%
AL	Quantidade	1.150	202	1.352
	% nos estados	85,1%	14,9%	100,0%
	% compra no total	1,7%	6,3%	1,9%
AP	Quantidade	26	0	26
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	0,0%	0,0%	0,0%
BA	Quantidade	711	0	711
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	1,1%	0,0%	1,0%
CE	Quantidade	419	0	419
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	0,6%	0,0%	0,6%
DF	Quantidade	6	0	6
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	0,0%	0,0%	0,0%
ES	Quantidade	2.957	0	2.957
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	4,5%	0,0%	4,3%

Estados		Compra por consórcio		Total
		Não	**Sim**	
GO	Quantidade	1.365	0	1.365
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	2,1%	0,0%	2,0%
MG	Quantidade	4.823	52	4.875
	% nos estados	98,9%	1,1%	100,0%
	% compra no total	7,3%	1,6%	7,0%
MS	Quantidade	1.761	22	1.783
	% nos estados	98,8%	1,2%	100,0%
	% compra no total	2,7%	0,7%	2,6%
MT	Quantidade	443	0	443
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	0,7%	0,0%	0,6%
PA	Quantidade	1.305	0	1.305
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	2,0%	0,0%	1,9%
PB	Quantidade	6.416	0	6.416
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	9,7%	0,0%	9,2%
PE	Quantidade	2.990	0	2.990
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	4,5%	0,0%	4,3%
PI	Quantidade	3.902	0	3.902
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	5,9%	0,0%	5,6%

Estados		Compra por consórcio		Total
		Não	**Sim**	
PR	Quantidade	13.005	529	13.534
	% nos estados	96,1%	3,9%	100,0%
	% compra no total	19,6%	16,5%	19,5%
RJ	Quantidade	761	0	761
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	1,1%	0,0%	1,1%
RN	Quantidade	1.131	0	1.131
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	1,7%	0,0%	1,6%
RO	Quantidade	1.008	0	1.008
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	1,5%	0,0%	1,5%
RR	Quantidade	86	0	86
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	0,1%	0,0%	0,1%
RS	Quantidade	1.575	664	2.239
	% nos estados	70,3%	29,7%	100,0%
	% compra no total	2,4%	20,7%	3,2%
SC	Quantidade	4.141	1.098	5.239
	% nos estados	79,0%	21,0%	100,0%
	% compra no total	6,3%	34,2%	7,5%
SE	Quantidade	563	165	728
	% nos estados	77,3%	22,7%	100,0%
	% compra no total	0,8%	5,1%	1,0%

Estados		Compra por consórcio		Total
		Não	**Sim**	
SP	Quantidade	14.906	474	15.380
	% nos estados	96,9%	3,1%	100,0%
	% compra no total	22,5%	14,8%	22,1%
TO	Quantidade	341	0	341
	% nos estados	100,0%	0,0%	100,0%
	% compra no total	0,5%	0,0%	0,5%
Total	**Quantidade**	**66.252**	**3.206**	**69.458**
	% nos estados	**95,4%**	**4,6%**	**100,0%**

Fonte: CONASEMS,2022d.

TABELA 26.

Elenco de medicamentos selecionados e licitações por meio de consórcio e preços, 2017-2019, Brasil.

Medicamento	Grupo Terapêutico	Tipo	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido	Anti-inflamatórios	Individual	893	0,027259	0,020000	0,0168	0,1710
		Consórcio	25	0,020272	0,018000	0,0170	0,0360
		Total	918	0,027069	0,020000	0,0168	0,1710
Albendazol 40 mg/ml suspensão oral frasco	Antiparasitários e antibióticos	Individual	814	1,318940	1,120000	0,8500	3,2800
		Consórcio	34	0,946900	0,950000	0,7995	1,0700
		Total	848	1,304024	1,100000	0,7995	3,2800
Amitriptilina cloridrato 25 mg comprimido	Sistema Nervoso	Individual	841	0,047526	0,039000	0,0222	0,1900
		Consórcio	27	0,035856	0,030000	0,0223	0,1060
		Total	868	0,047163	0,039000	0,0222	0,1900
Amoxicilina com clavulanato de potássio 50 mg/ml + 12.5 mg/ml suspensão oral frasco	Antiparasitários e antibióticos	Individual	235	13,862590	12,990000	6,0500	30,0000
		Consórcio	15	14,149000	12,640000	6,9230	26,9000
		Total	250	13,879775	12,990000	6,0500	30,0000
Amoxicilina com clavulanato de potássio 500mg + 125mg comprimido	Antiparasitários e antibióticos	Individual	506	0,986632	0,940000	0,3900	2,2100
		Consórcio	37	0,811176	0,800000	0,5418	1,0700
		Total	543	0,974676	0,920000	0,3900	2,2100
Anlodipino besilato 5 mg comprimido	Sistema Cardiovascular	Individual	838	0,032858	0,029800	0,0160	0,0900
		Consórcio	33	0,022182	0,021000	0,0170	0,0390
		Total	871	0,032453	0,028600	0,0160	0,0900
Azitromicina 500 mg comprimido	Antiparasitários e antibióticos	Individual	934	0,633477	0,520000	0,3500	1,9000
		Consórcio	36	0,474650	0,449250	0,3850	0,7500
		Total	970	0,627582	0,510000	0,3500	1,9000

Medicamento	Grupo Terapêutico	Tipo	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Benzilpenicilina benzatina 1.200.000UI injetável frasco	Antiparasitários e antibióticos	Individual	807	8,146438	8,340000	1,9600	15,4000
		Consórcio	37	7,148768	7,790000	2,8000	10,2700
		Total	844	8,102701	8,315000	1,9600	15,4000
Carbamazepina 200 mg comprimido	Sistema Nervoso	Individual	832	0,114262	0,100000	0,0350	0,4800
		Consórcio	37	0,085511	0,077000	0,0590	0,1400
		Total	869	0,113038	0,099800	0,0350	0,4800
Carbonato de lítio 300 mg comprimido	Sistema Nervoso	Individual	667	0,239951	0,220000	0,0700	0,5300
		Consórcio	36	0,200925	0,169500	0,1310	0,3200
		Total	703	0,237952	0,220000	0,0700	0,5300
Ciprofloxacino cloridrato 500 mg comprimido	Antiparasitários e antibióticos	Individual	867	0,242410	0,200000	0,1300	0,7000
		Consórcio	38	0,211003	0,187000	0,1500	0,4000
		Total	905	0,241091	0,200000	0,1300	0,7000
Diazepam 5 mg comprimido	Sistema Nervoso	Individual	514	0,063400	0,060000	0,0010	0,1700
		Consórcio	30	0,048730	0,055000	0,0295	0,0700
		Total	544	0,062591	0,060000	0,0010	0,1700
Dipirona sódica 500 mg comprimido	Anti-inflamatórios	Individual	759	0,094222	0,080000	0,0600	0,2500
		Consórcio	35	0,070757	0,066500	0,0600	0,2000
		Total	794	0,093188	0,080000	0,0600	0,2500
Enalapril maleato 20 mg comprimido	Sistema Cardiovascular	Individual	678	0,065828	0,047000	0,0300	0,3137
		Consórcio	32	0,037503	0,036850	0,0320	0,0600
		Total	710	0,064552	0,045000	0,0300	0,3137
Fenobarbital sódico 100 mg comprimido	Sistema Nervoso	Individual	753	0,110867	0,100000	0,0400	0,2700
		Consórcio	33	0,088394	0,084000	0,0600	0,1900
		Total	786	0,109924	0,099650	0,0400	0,2700

Medicamento	Grupo Terapêutico	Tipo	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Fluoxetina 20 mg comprimido ou cápsula	Sistema Nervoso	Individual	776	0,062897	0,058000	0,0300	0,1900
		Consórcio	38	0,055363	0,050000	0,0330	0,1770
		Total	814	0,062545	0,057000	0,0300	0,1900
Furosemida 40 mg comprimido	Sistema Cardiovascular	Individual	838	0,040368	0,034000	0,0160	0,1300
		Consórcio	36	0,028600	0,027950	0,0190	0,0700
		Total	874	0,039883	0,033000	0,0160	0,1300
Haloperidol decanoato 50 mg/ml solução injetável ampola	Sistema Nervoso	Individual	554	6,678588	6,500000	2,7200	12,2800
		Consórcio	32	4,942656	4,765000	3,2300	7,0000
		Total	586	6,583794	6,400000	2,7200	12,2800
Hidroclorotiazida 25 mg comprimido	Sistema Cardiovascular	Individual	764	0,025677	0,020000	0,0100	0,1100
		Consórcio	32	0,013700	0,013000	0,0119	0,0230
		Total	796	0,025196	0,020000	0,0100	0,1100
Ibuprofeno 600 mg comprimido	Anti-inflamatórios	Individual	682	0,153465	0,140000	0,0046	0,3700
		Consórcio	32	0,137816	0,119950	0,0589	0,2260
		Total	714	0,152763	0,140000	0,0046	0,3700
Levotiroxina sódica 50 mcg comprimido	Hormônios e metabolismo	Individual	655	0,106636	0,090000	0,0204	0,3700
		Consórcio	32	0,080059	0,066000	0,0450	0,2200
		Total	687	0,105398	0,090000	0,0204	0,3700
Loratadina 10mg comprimido	Sistema respiratório	Individual	615	0,071780	0,060000	0,0370	0,2700
		Consórcio	34	0,064700	0,044250	0,0300	0,3800
		Total	649	0,071409	0,060000	0,0300	0,3800
Losartana potássica 50 mg comprimido	Sistema Cardiovascular	Individual	820	0,055955	0,045050	0,0011	0,2250
		Consórcio	32	0,041041	0,031650	0,0250	0,1000
		Total	852	0,055395	0,044900	0,0011	0,2250

Medicamento	Grupo Terapêutico	Tipo	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo
Metformina cloridrato 850 mg comprimido	Trato alimentar e metabolismo	Individual	778	0,072979	0,060000	0,0300	0,1800
		Consórcio	31	0,050142	0,048000	0,0385	0,0700
		Total	809	0,072104	0,060000	0,0300	0,1800
Omeprazol 20 mg comprimido ou cápsula	Trato alimentar e metabolismo	Individual	909	0,068931	0,060000	0,0300	0,2900
		Consórcio	30	0,054800	0,056000	0,0340	0,0720
		Total	939	0,068480	0,060000	0,0300	0,2900
Paracetamol 200 mg/ ml solução oral frasco	Anti-inflamatórios	Individual	217	0,737824	0,610000	0,3800	1,9000
		Consórcio	11	0,598855	0,598000	0,5340	0,6661
		Total	228	0,731120	0,601250	0,3800	1,9000
Prednisona 20 mg comprimido	Hormônios e metabolismo	Individual	821	0,214294	0,185000	0,1100	0,5200
		Consórcio	35	0,181863	0,173700	0,1300	0,3010
		Total	856	0,212968	0,185000	0,1100	0,5200
Sais para reidratação oral envelope	Trato alimentar e metabolismo	Individual	36	0,611083	0,500000	0,4400	1,2100
		Total	36	0,611083	0,500000	0,4400	1,2100
Sinvastatina 20 mg comprimido	Sistema Cardiovascular	Individual	827	0,081720	0,060000	0,0400	0,2500
		Consórcio	30	0,054210	0,053900	0,0440	0,1000
		Total	857	0,080757	0,060000	0,0400	0,2500
Sulfametoxazol + trimetoprima 400mg + 80mg comprimido	Antiparasitários e antibióticos	Individual	662	0,105214	0,099000	0,0600	0,2700
		Consórcio	32	0,095303	0,089000	0,0600	0,2500
		Total	694	0,104757	0,097000	0,0600	0,2700

Fonte: CONASEMS,2022d.

TABELA 27.
Lista de medicamentos extraídos do BPS

Nome do medicamento	Registros de compras no BPS
Aciclovir 200 mg	666
Ácido acetilsalicílico 100 mg	918
Ácido acetilsalicílico 100 mg liberação entérica	39
Ácido acetilsalicílico 100 mg tamponado	116
Ácido fólico 5 mg	836
Ácido fólico 5 mg/ml solução oral - gotas	8
Ácido valpróico 250 mg	151
Albendazol 40 mg/ml suspensão oral	848
Alendronato de sódio 70 mg	627
Amiodarona 200 mg	736
Amiodarona 200 mg/ml suspensão oral - gotas	2
Amitriptilina cloridrato 25 mg	868
Amoxicilina 100 mg/ml pó para suspensão oral	9
Amoxicilina 250mg	26
Amoxicilina 25mg/ml pó para suspensão oral	92
Amoxicilina 500mg	879
Amoxicilina 50mg/ml pó para suspensão oral	673
Amoxicilina associada com clavulanato de potássio 50 mg/ml + 12.5 mg/ml suspensão oral	250
Amoxicilina associada com clavulanato de potássio 500mg + 100mg pó liófilo p/ injetável	13
Amoxicilina associada com clavulanato de potássio 500mg + 125mg	543
Amoxicilina associada com clavulanato de potássio 50mg + 12.5mg/ml suspensão	185
Anlodipino besilato 2.5 mg	35
Anlodipino besilato 5 mg	871

Nome do medicamento	Registros de compras no BPS
Atenolol 50 mg	866
Azitromicina 40 mg/ml suspensão oral	351
Azitromicina 500 mg	970
Azitromicina 500 mg pó liofilizado para solução injetável	22
Benzilpenicilina benzatina 1.200.000ui injetável	844
Benzilpenicilina benzatina 150.000 ui/ml suspensão injetável	1
Benzilpenicilina benzatina 300.000 ui/ml suspensão injetável	32
Benzilpenicilina benzatina 600.000ui injetável	510
Biperideno 2 mg	791
Captopril 25 mg	862
Carbamazepina 20 mg/ml suspensão oral	598
Carbamazepina 20 mg/ml xarope	112
Carbamazepina 200 mg	869
Carbamazepina 200 mg liberação controlada	52
Carbonato de lítio 300 mg	703
Carvedilol 3 125 mg	568
Cefalexina 50 mg/ml pó p/ suspensão oral	651
Cefalexina 500 mg	861
Ciprofloxacino cloridrato 500 mg	905
Ciprofloxacino cloridrato 500 mg liberação controlada	18
Clomipramina 25 mg	561
Clonazepam 2.5 mg/ml solução oral- gotas	659
Cloreto de sódio 0.9 % solução estéril não injetável	148
Cloreto de sódio 0.9 % solução injetável	168
Cloreto de sódio 0.9 % solução injetável 10ml de solução	52

Nome do medicamento	Registros de compras no BPS
Cloreto de sódio 0.9 % solução injetável 3 ml de solução	1
Cloreto de sódio 0.9 % solução injetável 5 ml de solução	1
Cloreto de sódio 0.9 % solução injetável 500 ml de solução	11
Cloreto de sódio 0.9 % solução nasal	213
Cloreto de sódio 0.9 % spray nasal	68
Cloreto de sódio 0.9% solução injetável frasco com abertura twist off	196
Cloreto de sódio 0.9% solução injetável sistema fechado	1.350
Clorpromazina 100 mg	744
Clorpromazina 25 mg	717
Dexametasona 0.1 mg/ml elixir	214
Dexametasona 0.1% creme	805
Dexametasona 0.1% solução oftálmica	135
Dexametasona 1 mg/g pomada oftálmica	11
Dexametasona 1 mg/ml suspensão oftálmica	28
Dexametasona 2 mg/ml solução injetável	344
Dexclorfeniramina maleato 0.4 mg/ml solução oral	389
Dexclorfeniramina maleato 0.4 mg/ml xarope	360
Dexclorfeniramina maleato 2 mg	629
Diazepam 10 mg	753
Diazepam 10 mg/ml solução injetável	215
Diazepam 5 mg	544
Diazepam 5 mg/ml solução injetável	555
Digoxina 0.25 mg	755
Digoxina 0.25 mg/ml solução injetável	1
Dipirona sódica 500 mg	794

Nome do medicamento	Registros de compras no BPS
Dipirona sódica 500 mg/ml solução injetável	869
Dipirona sódica 500 mg/ml solução oral (gotas)	836
Enalapril maleato 10 mg	696
Enalapril maleato 20 mg	710
Espironolactona 25 mg	806
Estradiol associado a noretisterona acetato 1 mg + 0.5 mg blister calendário c/ 28 unidades	7
Estradiol associado a noretisterona acetato 1 mg + 0.5 mg em blister calendário	18
Estradiol associado com noretisterona acetato 2mg + 1mg	15
Fenitoína sódica 100 mg	760
Fenobarbital sódico 100 mg	786
Fenobarbital sódico 100 mg/ml solução injetável	389
Fenobarbital sódico 40 mg/ml solução oral - gotas	712
Fluconazol 150 mg	799
Fluoxetina 20 mg	814
Fluoxetina 20 mg/ml solução oral gotas	52
Furosemida 1 mg/ml xarope formulação especialmente manipulada	1
Furosemida 10 mg/ml solução injetável	853
Furosemida 40 mg	874
Glibenclamida 5 mg	631
Haloperidol 5 mg	774
Haloperidol 5 mg/ml solução injetável	655
Haloperidol sal decanoato 50 mg/ml solução injetável	586
Hidroclorotiazida 25 mg	796
Hidrocortisona 500mg injetável	388
Hidrocortisona sal acetato 500 mg pó liófilo p/ injetável	129

Nome do medicamento	Registros de compras no BPS
Hidrocortisona sal succinato sódico 500 mg pó liófilo p/ injetável	333
Hidróxido de alumínio 62mg/ml suspensão oral	116
Ibuprofeno 50 mg/ml suspensão oral	636
Ibuprofeno 600 mg	714
Ipratrópio brometo 0.02mg/dose + salbutamol 0.12mg/dose aerossol + frasco dosificador	7
Ipratrópio brometo 0.02mg/dose aerossol + frasco dosificador	33
Ipratrópio brometo 0.25 mg/ml solução para inalação	810
Ipratrópio brometo 0.4 mg/ml aerossol c/ frasco dosificador	2
Ivermectina 6 mg	504
Levonorgestrel 0.75 mg	97
Levonorgestrel associado a etinilestradiol 0.25mg + 0.05mg	25
Levotiroxina sódica 125 mcg	84
Levotiroxina sódica 150 mcg	69
Levotiroxina sódica 25 mcg	658
Levotiroxina sódica 50 mcg	687
Lidocaína cloridrato 1% injetável	55
Lidocaína cloridrato 10% spray	24
Lidocaína cloridrato 2% geleia	11
Lidocaína cloridrato 2% injetável	692
Loratadina 10mg	649
Losartana potássica 50 mg	852
Medroxiprogesterona acetato 150 mg/ml solução injetável	125
Medroxiprogesterona acetato 150 mg/ml suspensão injetável	230
Metformina cloridrato 850 mg	809
Metildopa 250 mg	718

Nome do medicamento	Registros de compras no BPS
Metoclopramida cloridrato 10 mg	570
Metoclopramida cloridrato 4 mg/ml solução oral	597
Metronidazol 100 mg/g geleia vaginal	1
Metronidazol 250 mg	723
Metronidazol 40 mg/ml suspensão oral	177
Metronidazol 5mg/ml solução injetável	332
Miconazol nitrato 2% creme vaginal	476
Nistatina 100.000 ui/ml suspensão oral	696
Noretisterona 0.35 mg blister calendário com 35 unidades	93
Noretisterona 0.35 mg em blister calendário	209
Omeprazol 20 mg	939
Omeprazol 20 mg liberação prolongada	2
Paracetamol 200 mg/ml solução oral	228
Paracetamol 500 mg	210
Paracetamol 500 mg comprimido efervescente	3
Paracetamol comprimido 500 mg	562
Prednisolona 3 mg/ml solução oral	93
Prednisolona fosfato sódico 3 mg/ml solução oral	544
Prednisona 20 mg	856
Prednisona 5 mg	802
Prometazina cloridrato 25 mg	770
Prometazina cloridrato 25 mg/ml solução injetável	817
Propranolol cloridrato 40 mg	694
Ranitidina cloridrato 150 mg	764
Ranitidina cloridrato 25 mg/ml solução injetável	783

Nome do medicamento	Registros de compras no BPS
Sais para reidratação oral envelope contendo 8,5 gramas	36
Sinvastatina 20 mg	857
Sulfadiazina de prata 1% creme	689
Sulfametoxazol associado a trimetoprima 400mg + 80mg	694
Sulfametoxazol associado a trimetoprima 40mg + 8mg/ml suspensão oral	589
Sulfato ferroso 125mg/ml de ferro II solução oral-gotas	32
Sulfato ferroso 25mg/ml de ferro II solução oral-gotas	136
Sulfato ferroso 40mg de ferro II	190
Total	**69.458**

Fonte: CONASEMS,2022d.

CONASEMS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE