

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE**

DONATO MILENO BARREIRA FILHO

**AVALIAÇÃO DO MODELO DE COMPRA CENTRALIZADA DE
MEDICAMENTOS: ESTUDO DE CASO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
BÁSICA DE BANABUIÚ/CE**

Recife

2014

DONATO MILENO BARREIRA FILHO

AVALIAÇÃO DO MODELO DE COMPRA CENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS:
ESTUDO DE CASO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA DE BANABUIÚ/CE

Dissertação de Mestrado a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Lamartine Soares
Sobrinho

Recife

2014

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

B271a Barreira Filho, Donato Mileno
Avaliação do modelo de compra centralizada de medicamentos: estudo de caso da assistência farmacêutica básica de Banabuiú/CE / Donato Mileno Barreira Filho. – Recife: O Autor, 2014.
49 folhas : il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. José Lamartine Soares Sobrinho.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2014.
Inclui referências.

1. Sistema de distribuição de medicamentos. 2. Medicamentos – administração. 3. Medicamentos essenciais. 4. Medicamentos – Banabuiú/CE. 5. Política farmacêutica. I. Soares Sobrinho, Lamartine (Orientador). II. Título.

331 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2014 –122)

DONATO MILENO BARREIRA FILHO

**AVALIAÇÃO DO MODELO DE COMPRA CENTRALIZADA DE
MEDICAMENTOS: ESTUDO DE CASO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
BÁSICA DE BANABUIÚ/CE**

Dissertação de Mestrado a ser apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Gestão e
Economia da Saúde da Universidade Federal
de Pernambuco, para a obtenção do Título de
Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovado em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Lamartine Soares Sobrinho (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. XXXXXXXX XXXXXXX (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. XXXXXXXX XXXXXXX (Examinador Externo)
Universidade XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Dedico este trabalho

Aos meus pais, Mileno e Lindalva, por terem sido instrumentos de Deus para a minha criação, além do incentivo e confiança a mim repassados durante todas as etapas de minha vida.

Ao Marcelo Barreira, meu irmão, que muito me incentivou e ajudou na revisão deste trabalho.

A Dacilene, minha esposa e companheira, pelo amor a mim dedicado e pelo apoio que tive ao longo desta caminhada.

Ao Angelo Reví, meu filho, que nasceu durante o mestrado e que ampliou os sentimentos de amor e do valor da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Senhor e meu Deus que me concedeu coragem, perseverança, sabedoria e saúde para enfrentar todas as etapas que enfrentei nesta caminhada.

Aos meus pais Mileno e Lindalva, instrumentos de Deus para minha existência, também foram meus incentivadores e são os meus verdadeiros amigos.

A Dacilene, minha esposa, agradeço a paciência e apoio que sempre encontrei para este desafio, que hoje concluo.

Ao meu Orientador Prof. Dr. José Lamartine Soares Sobrinho agradeço pela disposição, paciência e incentivo para a concretização deste trabalho.

À Prof. Dra. Suely Lins Galdino, *in memoriam*, que apesar do meu pouco contato, sei que foi instrumento de Deus para a realização deste sonho que se tornou realidade. Obrigado Professora!!!

À Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco, de forma particular ao Coordenador Dr. Arimatea e a Dra. Conceição, que me receberam e viabilizaram informações e dados essenciais para o andamento do trabalho.

Ao meu colega do mestrado Luiz Otaviano, agradeço pela sua amizade e pelo apoio nesta caminhada, além do companheirismo nas inúmeras horas de estudo na UFPE e na Casa do Estudante do Estado de Pernambuco.

À Sâmia Cristina, Secretária da Saúde de Banabuiú, por ter me liberado para a realização do mestrado e por permitir o uso das informações da Assistência Farmacêutica local.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde é a forma constitucional brasileira de o cidadão ter garantido o acesso a ações e serviços de saúde, o que inclui a assistência farmacêutica. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) definiu a assistência farmacêutica como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. A forma de compra de medicamentos (centralizada ou descentralizada) é tema contraditório nesse ambiente, onde questões de diversos aspectos como itens a serem adquiridos, quantidades, tamanho da população do município entre outros, devem ser levados em consideração. O trabalho tem como objetivo analisar o modelo de compra centralizada de medicamentos da atenção básica de Banabuiú/CE frente a outros municípios que utilizam o modelo de compra descentralizado. Trata-se de um estudo retrospectivo e comparativo entre a Programação Pactuada e Integrada de Medicamentos (PPI de medicamentos), dos anos de 2011, 2012 e 2013(Banabuiú), frente aos dados obtidos no Banco de Preço em Saúde (BPS-ANVISA) e no Relatório Anual de Gestão da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco de 2012 (RAG/AF/PE/2012). O estudo foi realizado na Assistência Farmacêutica de Banabuiú/CE, e na Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco, no período de junho de 2013 à abril de 2014, período semelhante que foram coletadas os dados do BPS. Os itens que compõem o elenco para realização da avaliação de modelo de compra seguiu os medicamentos presentes na categoria A da curva ABC, devido ao impacto monetário nesse processo. Critérios de semelhança populacional foram utilizados na escolha de quatro municípios do estado de Pernambuco, em contrapartida para a comparação no estado do Ceará foi utilizado o modelo de compra distinto. Como resultado dessas avaliações observou-se que nos anos de 2011 à 2013 o recurso público destinado a compra centralizada de medicamentos da atenção básica de Banabuiú/CE ficou fixo no valor de R\$ 151.884,88. O modelo de compra centralizado nos anos em estudo foi favorável economicamente, quando comparado ao BPS, pois o custo de aquisição dos medicamentos foi reduzido em 307%, 110,75% e 20% respectivamente. Comparando com Fortaleza/CE, que realiza a compra descentralizada, através do BPS, o preço dos medicamentos foram iguais. Através do Relatório Anual de Gestão da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco/2012 foi realizado um terceiro comparativo entre a compra centralizada de Banabuiú/CE com quatro municípios pernambucanos, São Vicente Ferrer, Camocim de São Félix, Carnaíba e Cedro, de compra descentralizada, e concluímos houve redução dos custos de aquisição dos medicamentos em estudo pela compra centralizada que foi de 49,2%, 169,1%, 230,3% e 434,8%, respectivamente. Foi possível concluir que o custo de aquisição destes medicamentos para municípios com características semelhantes ao município em análise, é vantajoso o uso da compra centralizada, pois adquire o medicamento por um menor preço.

Palavras-chave: CEME. Política Nacional de Medicamentos. RENAME. Assistência Farmacêutica. SUS.

ABSTRACT

The Unique Health System is the Brazilian citizen constitutional form to guarantee the access to the actions and health services, which one includes the pharmaceutical assistance. The Medicines National Politics (MNP), have defined the pharmaceutical assistance as a group of activities related to the medicines, directed to give support the health actions demanded by a community. The way that the medicines are bought (centralized or decentralized) is a contradictory theme in this environment, where questions about the various aspects as: items to be purchased, quantities, the county population size among others should be taken in consideration. The work aims to analyze the medicines centralized purchase of the basic attention from Banabuiú/CE, comparing to others counties the uses the decentralized purchase model. It is a retrospective and comparative study between Medicines Integrated and Agreed Programming (medicines IAP), from 2011, 2012 and 2013 (Banabuiú), in front of the obtained data in Price in Health Bank (PHB – ANVISA) and in the Annual Report of the Pharmaceutical Assistance Management from Pernambuco State of 2012 (RAG/AF/PE/2012). The study was made in the Pharmaceutical Assistance from Banabuiú/CE, and in the Pharmaceutical Assistance from Pernambuco State, in the period from June 2013 to July 2014, the same period which the data from BPS were collected. The items that will compose the sample for the realization of the purchase model evaluation, have followed the medicines presents in the A category from the ABC curve, due to the monetary impact in this process. Population similarity criteria were used in the choice of the four towns from Pernambuco State; on the other hand, to the Ceará State comparison the distinct purchase model was used. As results from these evaluations it was observed that in the period from 2011 to 2013, the public resource destined to the medicines centralized purchase from the Banabuiú/CE. Basic Attention has remained fixing in the value of R\$ 151.884,88. The Centralized Purchase Model, in the years of the study was economically favorable, when you compare to the BPS, because the medicines acquisition was reduced in 307%, 110,75% and 20% respectively. Comparing with Fortaleza Ceará that realizes centralized purchase, through BPS, the price of the medicines were the same. Through the Pharmaceutical Assistance Management Annual Report it was realized a third comparative among the centralized purchase from Banabuiú/CE. And with four counties from Pernambuco State: São Vicente Ferrer, Camocim de São Felix, Carnaiba e Cedro, with decentralized purchase and, we conclude that it have been a medicines, in study, acquirement cost-cutting, by the centralized purchase about 49,2%, 169,1%, 230,3% e 434,8%, respectively. It was possible to conclude that these medicines acquirement cost to counties with the same characteristic of the county in analyzes, the use of the centralized purchase is profitable, because the medicine is acquired for a lower price.

Keywords: CEME. Medicines National Politics. RENAME. Pharmaceutical Assistance. SUS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de estabelecimentos de saúde cadastrados no Banco de Preços em Saúde	26
Tabela 2	Comparativo da população e dos índices econômicos, Banabuiú 2014	33
Tabela 3	Análise do custo da compra de medicamentos da atenção básica, Banabuiú 2014	34
Tabela 4	Comparativo do custo de aquisição dos medicamentos adquiridos pela Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú, com o BPS, Banabuiú/CE 2014	34
Tabela 5	Análise estatística da população e dos índices econômicos dos municípios do Estado de Pernambuco com Banabuiú/CE, Banabuiú 2014	36
Tabela 6	Municípios selecionados da AF/PE, Banabuiú/CE 2014	37
Tabela 7	Comparativo do custo monetário para aquisição dos 25 itens comuns no município de São Vicente Ferrer, Banabuiú/CE 2014	38
Tabela 8	Medicamentos adquiridos pelo município de São Vicente Ferrer com preços inferiores aos praticados pela compra centralizada, Banabuiú 2014	39
Tabela 9	Comparativo do custo monetário para aquisição dos 25 itens comuns no município de São Félix, Banabuiú 2014	39
Tabela 10	Medicamento adquirido pelo município de São Félix com preço inferior ao praticado pela compra centralizada, Banabuiú 2014	40
Tabela 11	Comparativo do custo monetário para aquisição dos 16 itens comuns no município de Carnaíba, Banabuiú 2014	41
Tabela 12	Comparativo do custo monetário para aquisição dos 19 itens comuns no município de Cedro, Banabuiú 2014	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Comparativo do custo de aquisição dos medicamentos adquiridos pela Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú, com o BPS, Banabuiú/CE 2014	35
Gráfico 2	Número de itens comum a Curva A/2012, Banabuiú/CE 2014	37
Gráfico 3	Custo monetário para aquisição dos 25 itens comuns no município de São Vicente Ferrer, Banabuiú/CE 2014	38
Gráfico 4	Custo monetário para aquisição dos 25 itens comuns no município de São Félix, Banabuiú 2014	40
Gráfico 5	Custo monetário para aquisição dos 16 itens comuns no município de Carnaíba, Banabuiú 2014	41
Gráfico 6	Custo monetário para aquisição dos 19 itens comuns no município de Cedro, Banabuiú 2014	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Assistência Básica em Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
AF/BNB	Assistência Farmacêutica de Banabuiú
AF/PE	Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ART.	Artigo
BPS	Banco de Preços em Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CE	Estado do Ceará
CEME	Central de Medicamentos
CEO	Centro de Especialidade Odontológico
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
COASF/CE	Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Ceará
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministério
GINI	Índice de Gini
IAFB	Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PE	Estado de Pernambuco
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RAG	Relatório Anual de Gestão

RAG/AF/PE/2012	Relatório Anual de Gestão da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco/2012
REESME	Relação Estadual de Medicamentos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RP	Renda Percapta
SIASG	Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Objetivo	17
1.1.1	Objetivo Geral	17
1.1.2	Objetivo Específicos	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	Assistência farmacêutica	19
2.2	A política nacional de medicamentos no Brasil	20
2.3	Assistência farmacêutica como tecnologia de gestão	22
2.4	Financiamento no processo de descentralização da assistência farmacêutica	23
2.5	Estratégias com um objetivo comum: expandir o acesso aos medicamentos	23
2.6	Assistência farmacêutica no Ceará e a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Estado do Ceará	24
2.7	Banco de preços em saúde	25
2.8	Assistência farmacêutica do Estado de Pernambuco	27
2.9	Relatório anual de gestão (rag)	28
2.9.1	Portaria Nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010	28
2.9.2	Resolução CIB/PE Nº 1.472, de 03 de maio de 2010	28
2.10	Município de Banabuiú/CE	29
3	MATERIAIS E MÉTODOS	30
3.1	Tipo de estudo	30
3.2	Período e local de estudo	30
3.3	Coleta de dados	30
3.4	Critério de amostragem	31
3.4.1	Curva ABC	31

3.4.2	Critério metodológico amostral para a comparação dos modelos de compra centralizado e descentralizado	32
3.4.2.1	Amostra para comparação com o BPS	32
3.4.2.2	Amostra para comparação com o modelo descentralizado	32
3.4.2.3	Critério de escolha dos municípios da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco (AF/PE)	32
3.5	Análise estatística	33
3.6	Apresentação dos dados	33
4	RESULTADOS	34
5	CONCLUSÃO	43
6	PERSPECTIVA	44
	REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o sistema público de saúde, chamado de Sistema Único de Saúde (SUS), é apontado como uma grande conquista da sociedade, tendo em vista o seu caráter de política estatal que promoveu ampla inclusão social. O SUS, criado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2007) e institucionalizado pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2008), é reconhecido em decorrência de seus princípios de universalidade e igualdade no atendimento e de integralidade das ações e serviços de saúde. A integralidade pressupõe que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser separadas; assim, as unidades prestadoras de serviço devem contemplar os vários graus de complexidade da assistência à saúde (BRASIL, 1990).

A assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica, também é área de atuação do SUS (BRASIL, 2008). A Política Nacional de Medicamentos (PNM) definiu a assistência farmacêutica como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade (BRASIL, 1990). De acordo com Marin et al. (2009) esclarecem que, “para o Brasil, o termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde”. Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde publicou o documento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que reforça a idéia de que a assistência farmacêutica é parte do cuidado à saúde individual ou coletiva, tendo no medicamento o insumo essencial, cujo acesso deve ser garantido com uso racional (BRASIL, 2009).

Desta forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a forma constitucional brasileira de o cidadão ter garantido o acesso a ações e serviços de saúde, o que inclui a assistência farmacêutica (BRASIL, 1990; CARVALHO et al., 1995; BERMUDEZ et al., 1999). O medicamento é um insumo importante para o bem-estar das populações e deve ser encarado como um meio, uma possibilidade a ser usada tanto para prevenir agravos, quanto também para recuperar a saúde. Nessa perspectiva, a ênfase deve ser no usuário do medicamento e devem ser pensadas ações individuais e coletivas para promover o acesso aos fármacos necessários (FERRAES et al., 2002).

Visando normalizar a participação das três esferas de governo no financiamento da assistência farmacêutica (AF), o Ministério da Saúde (MS) emitiu a Portaria N° 176/99

estabelecendo critérios e requisitos para habilitar municípios e estados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), incluído no Piso de Atenção Básica (PAB). A portaria relata que os recursos deveriam ser disponibilizados, a cada mês, na conta do Fundo Municipal de Saúde ou do Fundo Estadual de Saúde, de acordo com pacto realizado no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite /CIB/ (BRASIL, 1999, 2000, 2001, 2002).

Seguindo o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), a aquisição dos medicamentos essenciais passou a ser de responsabilidade dos municípios, com as mesmas dificuldades inerentes à sua operacionalização. Além disso, a despeito do orçamento público finito, o custo dos medicamentos tem aumentado ao longo dos anos (VIEIRA, 2009).

Como uma forma de ampliar e garantir o acesso aos medicamentos foi que o MS criou o Banco de Preços em Saúde (BPS), que é um sistema informatizado que registra, armazena e disponibiliza por meio da internet, os preços de medicamentos e produtos para a saúde, que são adquiridos por instituições públicas e privadas cadastradas no sistema. Os preços são inseridos pelas próprias instituições e representam os valores pagos no momento da compra daqueles bens. Além de tornar públicas as informações sobre os preços, o sistema proporciona a visualização de relatórios gerenciais, visando auxiliar as instituições na gestão de seus recursos financeiros (PORTAL SAÚDE, 2014).

O presente estudo terá por objetivo analisar o modelo de compra centralizada de medicamentos da atenção básica de Banabuiú/CE, realizada pela Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Estado do Ceará (COASF/CE), através do comparativo do custo de aquisição destes medicamentos da atenção básica, fazendo um comparativo com a compra descentralizada utilizando o BPS e municípios da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco.

1.1 Objetivo

1.1.1 Objetivo geral

Analisar o modelo de compra centralizada de medicamentos da atenção básica de Banabuiú/CE.

1.1.2 Objetivo específico

- Analisar a variação do custo da compra centralizada de medicamentos da atenção básica de Banabuiú entre os anos de 2011 à 2013;
- Realizar um comparativo do custo dos medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú, pela compra centralizada, com o Banco de Preços em Saúde (BPS);
- Verificar o modelo mais eficiente de compra (centralizado ou descentralizado) para a obtenção de menores preços de medicamentos da atenção básica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Assistência farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF), como política pública, teve início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los e se caracterizava por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos (BRASIL, 1971).

Um avanço importante para o desenvolvimento da AF no mundo foi a conferência mundial sobre atenção primária à saúde, realizada em Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978). Na referida reunião, foram destacados pontos importantes em relação à AF, destacando-se, entre outros: O abastecimento dos medicamentos essenciais foi considerado um dos oito elementos básicos da atenção primária a saúde; recomendação para que os governos formassem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários a saúde; que adotassem medidas específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos; que incorporassem medicamentos tradicionais de eficácia comprovada e estabelecessem sistemas eficientes de administração e fornecimento.

A AF no Brasil pode ser considerada como parte indissociável do modelo assistencial existente, sendo de caráter multiprofissional e intersetorial (CARLOS, 1997). No Brasil, o Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos (1988) considerou a AF como um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, centrado no medicamento, englobando as atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação, esta última entendida como o ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado dos medicamentos e sendo privativa do profissional Farmacêutico. Neste mesmo documento, foi definido o papel do farmacêutico nesta política: O Farmacêutico ocupa papel-chave nessa assistência, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas. E como profissional de medicamentos, traz também para essa área de atuação conhecimentos de análises clínicas e toxicológicas e de processamento e controle de qualidade de alimentos.

2.2 A política nacional de medicamentos no Brasil

O setor farmacêutico brasileiro tem passado por importantes transformações, nos últimos quarenta anos, destacando-se entre elas a criação da Central de Medicamentos (CEME), a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Lei dos Genéricos e, mais recentemente, a realização da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, a criação do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), e a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica /PNAF/ (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

A CEME atuou em torno da questão da produção e distribuição de medicamentos para consumo da população notadamente de reduzido poder aquisitivo, incrementando a pesquisa científica e tecnológica, através de laboratórios governamentais, subordinados ou vinculados aos ministérios, e também da indústria privada. Dessa maneira, definiu as políticas para o setor farmacêutico e centralizou as compras governamentais de medicamentos, atuando como instrumento para incentivo ao desenvolvimento e à comercialização (COSENDEY et al., 2000). Desse modo, a CEME iniciou a organização e a ampliação da Assistência Farmacêutica no Brasil, garantindo o abastecimento de medicamentos essenciais à população (COSENDEY, 2000; OLIVEIRA et al., 2006).

No ano de 1972, foi distribuído pela CEME o primeiro Memento Terapêutico. No entanto, em 1975, antes mesmo da Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborar uma lista de medicamentos essenciais, fato que só aconteceu em 1977, a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), foi constituída como um instrumento de fornecimento de medicamentos prioritários para as unidades de saúde (SILVA, 2000). A RENAME passou por revisões e atualizações marcantes nos anos de 1989, 1993, 2000, 2002, 2006 e, mais recentemente, em 2008. Dessa maneira, a listagem de medicamentos essenciais proposta pela RENAME representa um elemento estratégico na política de medicamentos, desde seu surgimento, na época da CEME até os dias atuais, facilitando a organização da lista estadual, Relação Estadual de Medicamentos (REESME) e a municipal, Relação Municipal de Medicamentos /REMUME/ (PIANETTI, 2003).

Cabe destacar outra iniciativa importante da CEME, em 1987: o lançamento do Programa de Farmácia Básica, idealizado, a fim de suprir certa quantidade de medicamentos selecionados pela RENAME, inicialmente cerca de 40 itens, pretendendo padronizar no âmbito nacional os medicamentos utilizados no tratamento de doenças de ocorrência comum no Brasil, em nível ambulatorial (OLIVEIRA et al., 2006; COSENDEY et al., 2000) .

Em meio a muitas críticas de ineficiência e desperdício, a CEME foi desativada em 1997, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, e suas competências e programas foram distribuídos entre órgãos do Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Esse fato deveu-se ao desvio dos objetivos iniciais da CEME, principalmente em relação à Assistência Farmacêutica, visto que se tornou uma simples distribuidora de medicamentos, em conseqüência, especialmente, da falta de contribuição dos profissionais de saúde, como os próprios farmacêuticos, os quais incentivavam a venda dos similares das multinacionais e de medicamentos bonificados (OPAS, 2005; LOYOLA, 2008).

Com a Constituição Federal, em 1988, e a conseqüente criação do SUS, a saúde passou a ser um direito do cidadão e um dever do Estado, devendo o último garantir a população, através de políticas sociais e econômicas, o pleno acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

A elaboração da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, que regulamenta o SUS veio justamente para estabelecer a organização básica das ações e dos serviços de saúde quanto à direção e gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo, assegurando em seu artigo 6º o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 1998, definiu as funções e finalidades da Assistência Farmacêutica (AF) dentro do SUS como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, incluindo o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição) com base na RENAME, estabelece também que a gestão da AF deve ser descentralizada e a aquisição feita com base em critérios epidemiológicos para melhor atender às necessidades locais das populações por medicamentos (BRASIL, 2006).

Desta forma a AF estava voltado para com o aumento da cobertura, na distribuição de medicamentos da ABS (Atenção Básica á Saúde) e para com as questões do financiamento e de utilização racional dos recursos, em detrimento da qualidade dos medicamentos adquiridos e dos processos envolvidos na dispensação, entre eles aspectos importantes como a orientação e educação do usuário (OLIVEIRA, 2010).

Diante dessa realidade houve em 2004 a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que vem reforçar o caráter amplo da AF, com ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (BRASIL, 2006).

2.3 Assistência farmacêutica como tecnologia de gestão

A AF é uma grande área composta por, pelo menos, duas subáreas distintas, porém complementares, ou seja, uma relacionada à tecnologia de gestão do medicamento (garantia de acesso) e a outra relacionada à tecnologia do uso do medicamento (utilização correta do medicamento), sendo que a atenção farmacêutica pode ser considerada como uma especialidade da tecnologia do uso do medicamento e privativa do Farmacêutico (AÍLSON et al., 2008).

A tecnologia de gestão do medicamento tem como missão proporcionar o abastecimento, passo essencial para garantir o acesso da população ao medicamento, em especial a menos privilegiada. Esta tecnologia, após sua implantação, tem sido caracterizada como atividade previsível e repetitiva, mas necessária ao cumprimento dos aspectos legais e às diretrizes das políticas de saúde. Portanto, vinculada a normas e procedimentos preestabelecidos, reduzindo o grau de liberdade e criatividade dos atores. Na implantação do modelo de gestão, é fundamental o estabelecimento de critérios de padronização dos medicamentos, mecanismos de aquisição, armazenamento e logística de distribuição, de modo a garantir a racionalidade administrativa (MARIN, 2003).

A seleção dos medicamentos deve ser baseada nos critérios epidemiológicos e farmacoeconômicos, além de considerar a eficácia (evidências clínicas) e segurança dos medicamentos, evitando as pressões mercadológicas e de relações interpessoais, minimizando o modelo estruturado com base na consulta médica e no atendimento automático da demanda por ela gerada (MESTRINER, 2003).

A tecnologia do uso envolve desde a prescrição até a utilização correta e eficaz dos medicamentos. Para o sucesso desse processo, torna-se necessária a participação das diferentes classes de profissionais da saúde, além dos usuários. A execução desta atividade depende do bom desenvolvimento da tecnologia de gestão do medicamento, uma vez que a disponibilidade do medicamento está condicionada à eficácia desse processo (AÍLSON et al., 2008).

A implementação dessa atividade junto ao usuário pode contribuir para o cumprimento de maneira estrita do regime medicamentoso prescrito. O não cumprimento parcial ou total é considerado uma das principais barreiras à efetividade do tratamento medicamentoso, em especial àqueles de uso crônico, conduzindo a agravos com reflexo negativo na qualidade de vida do usuário e aumento de custos para o sistema de saúde. A expectativa dos pacientes em relação ao tratamento (efeito do medicamento) é um parâmetro relevante no cumprimento do regime terapêutico por parte do usuário (ANDRADE, 2003).

2.4 Financiamento no processo de descentralização da assistência farmacêutica

No final da década de 1990, os municípios passam a gerir a aquisição de medicamentos essenciais distribuídos na ABS, enquanto a aquisição dos outros medicamentos referentes a programas específicos continua centralizada nas esferas estadual e federal (OLIVEIRA et al., 2010). O financiamento passa a ser norteado pelo Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica estabelecida na Portaria GM nº 176/995, e a participação do nível federal passa a ser através de repasse fundo a fundo, do fundo federal para os fundos estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 1999).

O componente básico da AF destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de AF no âmbito da ABS e aquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados. Ele é composto de uma parte financeira fixa e de uma parte financeira variável. A parte financeira fixa consiste em um valor *per capita* destinado à aquisição de medicamentos e insumos a AF da ABS, transferido ao Distrito Federal, estados e/ou municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite /CIB/ (OLIVEIRA et al., 2010).

2.5 Estratégias com um objetivo comum: expandir o acesso aos medicamentos

O gestor municipal passa a ter algumas responsabilidades importantes, como coordenar e executar a AF no seu respectivo âmbito; associar-se a outros municípios por intermédio de organização de consórcios, tendo em vista a sua execução; promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores; assegurar a dispensação adequada de medicamentos; definir a relação municipal de medicamentos

essenciais com base na RENAME e no perfil epidemiológico da população; assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica; investir na infraestrutura das centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos (BRASIL, 2006).

Existem quatro formas de pacto entre estados e municípios para aquisição de medicamentos com os recursos do IAFB: aquisição totalmente centralizada no estado, parcialmente centralizada no estado, totalmente descentralizada no município e parcialmente descentralizada no município (BRASIL, 2000b, 2002). Essas formas de pacto foram amplamente discutidas por ocasião da Oficina de Assistência Farmacêutica promovida pelo MS no Paraná (BRASIL, 2000b).

Pensando em alternativas para racionalizar e otimizar os recursos disponíveis para o IAFB, no Paraná, em 1999, de forma pioneira no Brasil, os municípios se articularam, e, em parceria com o estado, criaram um consórcio para aquisição de medicamentos básicos em escala denominado Consórcio Paraná Saúde /CPS/ (FERRAES, CORDONI JUNIOR; CASTRO, 2003).

Outra experiência, é a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica do Ceará (COASF/CE) que é responsável pela compra centralizada de medicamentos da atenção básica para 180 municípios do Ceará, incluindo os medicamentos de saúde mental (PESSOA, 2007).

2.6 Assistência farmacêutica no Ceará e a coordenadoria de assistência farmacêutica do Estado do Ceará (Saúde/CE, 2014)

Desde o ano de 1998, o Ceará realiza a Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Dessa forma, os municípios optam anualmente por realizarem a compra centralizada de medicamentos (os três recursos são administrados pelo Estado que adquire os itens de acordo com a programação anual dos municípios) ou pela compra descentralizada (os municípios administram o recurso das contrapartidas federal e municipal e recebem em medicamentos o valor per capita da contrapartida Estadual), sendo este modelo pioneiro e único no país.

Em 2007, com a mudança do Governo do Estado do Ceará e a nova reforma administrativa da Secretaria de Saúde, através do Decreto Nº 28. 659, de 28 de fevereiro de 2007, a Assistência Farmacêutica passou a ser um órgão de execução programática da Secretaria de Saúde, sendo denominada de Coordenadoria de Assistência Farmacêutica

(COASF), composta em sua estrutura por 03 Núcleos: Núcleo de Medicamentos de Caráter Excepcional (NUMEX), Núcleo de Fitoterápicos (NUFITO) e Núcleo de Medicamentos Essenciais e Estratégicos (NUMES).

O COASF/CE tem como objetivos; selecionar, programar, adquirir, armazenar, e distribuir os medicamentos da Atenção Básica, Programas Estratégicos (Hanseníase, Tuberculose, DST-AIDS) e imunobiológicos. Acompanhar e avaliar o processo logístico, a prescrição e a dispensação de medicamentos e proceder levantamentos estatísticos e físico-financeiros de medicamentos e Imunobiológicos recebidos e distribuídos.

2.7 Banco de Preços em Saúde

O Banco de Preços em Saúde (BPS) é um sistema de informação do Ministério da Saúde que possibilita a alimentação de dados de compras de medicamentos e outros produtos para a saúde. Essa alimentação é feita em tempo real pelas instituições cadastradas no sistema, e este, por sua vez, disponibiliza, por meio da internet, os preços que são praticados pelas instituições e registrados na sua base de dados. A adesão é voluntária de forma que a alimentação de dados sobre compras depende da decisão de cada instituição de inseri-los no sistema. Com o propósito de complementar essas informações, o BPS importa, de forma automática, os dados de compras das unidades federais do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais – SIASG/Compras Net do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). As informações do Banco de Preços ficam disponíveis nos endereços eletrônicos www.saude.gov.br/banco e www.saude.gov.br/bps (BRASIL, 2011).

O BPS existe desde 1998, em sua origem denominado Banco de Preços Praticados na Área Hospitalar, é um sistema de informação utilizado para tornar público o resultado das compras de medicamentos, materiais médico-hospitalares, gases medicinais e outros produtos, realizadas por instituições públicas, filantrópicas ou privadas cadastradas no sistema. Em 2002, devido à necessidade de aumentar sua área de atuação para medicamentos da Atenção Básica, considerados estratégicos, e para o tratamento de doenças relacionadas à AIDS foi, então, renomeado para Banco de Preços em Saúde /BPS/ (BRASIL, 2013).

Em 2013 o crescimento exponencial do Banco de Preços foi significativo quando comparados os números de informações existentes em sua base de dados, no início, em 1999, eram apenas 48 hospitais participantes, que representavam aproximadamente 33% dos leitos do SUS no Brasil. Eram estabelecimentos de Saúde de grande porte com um volume de

compras representativo para atender o Sistema Único de Saúde, até maio de 2008, quando foi disponibilizado o novo sistema, o total de instituições cadastradas chegava a 240 estabelecimentos de Saúde, com um volume de 94.179 compras informadas e partir de junho de 2008 até 2012, apresenta um número igual a 948 instituições cadastradas, com um total de 15.180 compras, conforme tabela 1 (BRASIL, 2013).

Tabela 1- Número de estabelecimentos de saúde cadastrados no Banco de Preços em Saúde.

Período	Instituições cadastradas	Informações de compras	Valor de recursos em R\$
1999	48	11.409	308.282.281,81
Até 05/2008	240	94.179	43.446.317.142,94
06/2006 a 2012	948	15.180	18.227.334.193,00

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Banco de Preços em Saúde.

As recomendações exaradas pelo Tribunal de Contas da União sobre o registro das compras no BPS por parte das secretarias de Saúde também foram importantes para ampliar o espaço conquistado pelo BPS como instrumento de gestão e controle social. Em 2004, o TCU, mediante expedição do Acórdão 1.565/2004 (BRASIL, 2004), recomendou ao Ministério da Saúde que “[...] atribua ao Banco de Preços em Saúde o perfil de fonte de informação ao alcance de toda sociedade, com maior transparência, tornando sua interface amigável [...]” (BRASIL, 2013).

Na versão 2008 do Banco de Preços em Saúde, a consulta pública (<http://www.saude.gov.br/banco>) representa um filtro das informações existentes na base de dados do sistema, cuja seleção segue critérios definidos pela equipe gestora. Os dados disponíveis são apresentados em relatório geral que aponta as seguintes informações:

- Item comprado;
- Preço mínimo e máximo existente para o produto na base do BPS;
- Média ponderada entre o preço mínimo e o máximo na base do BPS;
- Identificação da UF onde foi realizada compra desse item.

Com a edição da Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009 (BRASIL, 2009b), que estabelece que os entes da Federação devem disponibilizar informações sobre despesas, em tempo real, em meio eletrônico de acesso público, o BPS pode ser uma ferramenta relevante. Se os entes aderissem ao BPS para os produtos cadastrados no sistema, que abrangem praticamente 100% das aquisições da área da Saúde de municípios pequenos, já atenderiam aos dispositivos desta Lei Complementar no que concerne a despesas com

medicamentos e produtos para a Saúde, não havendo necessidade de criar sistema próprio para tanto (BRASIL, 2013).

Mediante o sucesso do Banco de Preços em Saúde (BPS), como ferramenta de acompanhamento dos preços do mercado brasileiro nas aquisições de produtos da área da Saúde, vários países das Américas manifestaram interesse em conhecer detalhadamente o sistema e viabilizar a construção de ferramenta semelhante. O primeiro contato da equipe brasileira com os representantes internacionais deu-se em março de 2009, em Brasília, no primeiro Seminário Pan-americano de Regulação Econômica de Medicamentos, o qual foi organizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (BRASIL, 2013).

2.8 Assistência farmacêutica do Estado de Pernambuco

O início da Assistência Farmacêutica no Estado de Pernambuco de acordo com o livro de Carvalho Junior (2012) afirma que no ângulo de visão do Farmacêutico Gomes, Carlos Alberto Pereira “A Assistência Farmacêutica no Brasil se confundiu com a existência da Central de Medicamentos – CEME e as atividades por ela desenvolvidas, num modelo centralizado de gestão, onde o nível central estabelecia as diretrizes e decididamente de suas execuções. Os Estados e municípios brasileiros eram excluídos praticamente de todo o processo decisório.”

Em 1989 foi ano particularmente importante para nossa história. Em janeiro publicou-se a versão preliminar do “Plano Estadual de Assistência Farmacêutica”, documento basilar para o setor que se organizava, até porque lhe definia funções e estabelecia o primeiro organograma. Era o segundo Governo Miguel Arraes (CARVALHO JUNIOR, 2012).

Atualmente, a Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco fica com a responsabilidade de elaborar a REESME, coordenar as ações da Assistência Farmacêutica Municipal do estado, da aquisição e distribuição de insumos estratégicos e pela Farmácia Pernambuco, responsável pela distribuição e dispensação dos medicamentos do componente especializado.

2.9 Relatório anual de gestão (rag)

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é um instrumento orçamentário para o planejamento, acompanhamento, monitoramento e de avaliação da assistência farmacêutica local e dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme foi estabelecido pela portaria nº 4.217 do Ministério da Saúde (MS) nos Art. 14 e 15 e que o Estado de Pernambuco ratificou através da Comissão Intergestores Bipartide (CIB) tal determinação através da Resolução CIB/PE nº. 1.472, no Art. 5º, de 03 de maio de 2010.

2.9.1 Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010

O Ministério da Saúde (MS) Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico através da portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010, considerando o disposto na Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998, que estabelece 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); Considerando a pactuação na reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 25 de novembro de 2010, resolve:

Art. 14. As ações, serviços e recursos relacionados à Assistência Farmacêutica deverão constar nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão).

Art. 15. O acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo, bem como os montantes aplicados pelas Secretarias Estaduais e pelas Municipais de Saúde dar-se-á por meio do Relatório Anual de Gestão.

§ 1º O Relatório Anual de Gestão, incluindo as ações de Assistência Farmacêutica Básica e sua execução orçamentária, deve ser elaborado em conformidade com as orientações previstas na Portaria nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, republicada em 11 de janeiro de 2010.

§ 2º As Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde devem manter em arquivo os documentos fiscais que comprovem a aplicação dos recursos tripartite deste Componente, pelo prazo estabelecido na legislação em vigor.

§ 3º O Relatório Anual de Gestão deve estar disponível, sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria.

2.9.2 Resolução CIB/PE nº 1.472, de 03 de maio de 2010

O Presidente e o Vice-Presidente da Comissão Intergestores Bipartide Estadual CIB/PE, no uso de suas atribuições legais e considerando:

1. A Portaria GM/MS nº. 2.982, de 26 de novembro de 2009, que aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica;
2. O disposto na Portaria GM/MS 2004, de 22 de fevereiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;
3. A decisão da Comissão Intergestores Bipartide Estadual, em sessão ordinária de 03 de maio de 2010, RESOLVE:

Art. 5º – Estabelecer que para efeito de prestação de contas do recurso repassado, os municípios deverão apresentar os dados financeiros e produtos adquiridos conforme o especificado no anexo IV através do Relatório Anual de Gestão – RAG.

2.10 Município de Banabuiú/CE

Banabuiú é um município brasileiro do Estado do Ceará. Pertence à mesorregião do Sertão Central Cearense e à microrregião do Sertão de Quixadá/CE. Possui uma população estimada em 17.775 habitantes, com 70% da população na zona rural e 30% na zona urbana (IBGE, 2014). O sistema de saúde é constituído por cinco Equipes Estratégia Saúde da Família (ESF), um Centro de Especialidade Odontológico (CEO), uma unidade de Laboratório Clínico, um Centro de Saúde Reprodutivo, um Hospital de Pequeno Porte e um Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF).

Figura 1- Localização do Município de Banabuiú no Estado do Ceará. Fonte:- http://pt.wikipedia.org/wiki/Banabui%C3%BA#mediaviewer/Ficheiro:Ceara_Municip_Banabuiu.svg



3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

É um estudo retrospectivo, da Programação Pactuada e Integrada de Medicamentos (PPI de medicamentos), dos anos de 2011, 2012 e 2013, fundamentado em pesquisa no Banco de Preços em Saúde do Ministério da Saúde, no Relatório Anual de Gestão da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco de 2012 (RAG/AF/PE/2012) e documental.

3.2 Período e local de estudo

Foi realizado na Assistência Farmacêutica de Banabuiú/CE, e na Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco, no período de junho de 2013 à abril de 2014.

3.3 Coleta de dados

A revisão sistemática da literatura foi realizada através de levantamento bibliográfico por meio das bases de dados Scielo e Lilacs, pesquisando artigos publicados entre 2000 a 2014, que discorrem sobre a gestão pública no tocante aos medicamentos, utilizando o cruzamento das seguintes palavras-chave: CEME, Política Nacional de Medicamentos, RENAME, Assistência Farmacêutica, SUS, ANVISA, Medicamentos Essenciais.

Quanto aos dados relacionados aos medicamentos adquiridos, quantidades, valor monetário unitário e modelo de compra (centralizado ou descentralizado), foram realizados a partir de notas fiscais emitidas pelo COASF/CE à Assistência Farmacêutica de Banabuiú/CE e pelo Relatório Anual de Gestão da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco de 2012 (RAG/AF/PE, 2012).

3.4 Critério de amostragem

Nossa amostra foi obtida a partir da curva ABC do componente básico da Assistência Farmacêutica de Banabuiú/CE dos anos de 2011, 2012 e 2013. Será calculado a partir da quantidade pactuada (comprada) e do valor unitário de cada medicamento da atenção básica que compôs a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) de Banabuiú/CE de 2011 à 2013.

3.4.1 Curva ABC

A Curva ABC ou 80-20 é baseada no teorema do economista Vilfredo Pareto, na Itália, no século XIX, num estudo sobre a renda e riqueza, ele observou uma pequena parcela da população, 20%, que concentrava a maior parte da riqueza, 80% (PINTO, 2002). Trata-se de classificação estatística de materiais, baseada no princípio de Pareto, em que se considera a importância dos materiais, baseada nas quantidades utilizadas e no seu valor (LOPRET; PARINOS et al., 2009).

A classificação ABC (Método ABC, Curva de Pareto ou Curva ABC) permite identificar aqueles itens que justificam atenção e tratamento adequado quanto à sua administração, pois alguns itens podem ter grande quantidade física, porém com baixa representatividade financeira, por serem individualmente de pequeno valor dentro do conjunto do estoque, outros itens, entretanto, ao contrário, ou seja, possuem pequena quantidade física, porém com alta representatividade financeira, por serem individualmente de grande valor dentro do conjunto do estoque. O método ABC torna-se uma ferramenta gerencial bastante simples e eficaz para a classificação dos itens componentes do estoque, principalmente quanto a sua importância financeira (PONTES, 2013).

Neste sistema, os medicamentos foram classificados por ordem decrescente de valor monetário. Assim a Classe A, é constituída de poucos itens (de 10 a 20% dos itens), mas que exigem maior investimento. Representa, em média, 70% do investimento em estoque. A Classe B é composta por um número médio de itens (25% do geral) e exige também investimentos elevados, porém menores que medicamentos da Classe A. Na Classe C há um grande número de itens e de pequenos investimentos que representou 5% dos investimentos (LOPRET; PARINOS et al., 2009).

3.4.2 Critério metodológico amostral para a comparação dos modelos de compra centralizado e descentralizado

3.4.2.1 Amostra para comparação com o BPS

Após a realização da curva ABC, trabalhamos com os itens da curva A, de 2011, 2012 e 2013, a fim de realizarmos um comparativo do custo dos medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú, adquiridos pela compra centralizada, com o Banco de Preços em Saúde (BPS) de 2011 à 2013. Através do BPS é que foi possível realizar a comparação dos preços praticados pelo município de Fortaleza/CE, que faz a compra dos medicamentos da atenção básica pelo modelo descentralizado.

3.4.2.2 Amostra para comparação com o modelo descentralizado

A comparação do custo de aquisição pela Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú através da compra centralizado realizado pelo COASF/CE, com a compra descentralizada de medicamentos, somente foi possível através da utilização do Relatório Anual de Gestão da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco de 2012 (RAG/AF/PE/2012) fornecido pela Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco. Desta forma, utilizamos a curva A do ano de 2012 da Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú, onde foi possível verificarmos o modelo mais eficiente de compra (centralizado ou descentralizado). O RAG/AF/PE/2012 foi enviado ao pesquisador, com os municípios distribuídos em quatro macrorregionais do Estado de Pernambuco. Dos 185 municípios, incluindo Fernando de Noronha, somente 65 municípios enviaram o RAG/AF/PE/2012.

3.4.2.3 Critério de escolha dos municípios da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco (AF/PE)

O critério utilizado para a escolha dos municípios Pernambucanos que participaram do estudo foi que cada macrorregional fosse contemplado com um município e que este

possuísse características de população e índices econômicos semelhantes ao município de Banabuiú/CE, conforme tabela 2.

Tabela 02- Comparativo da população e dos índices econômicos dos municípios do Estado de Pernambuco escolhidos, Banabuiú 2014.

Municípios	População	IDH	Renda percapta (R\$)	Índice de Gini
Banabuiú/CE	17.775	0,606	229,99	0,55
São Vicente Ferrer/PE	17.151	0,549	257,47	0,56
Camocim de São Félix/PE	17.405	0,588	305,53	0,53
Carnaíba/PE	18.707	0,583	229,87	0,53
Cedro/PE	10.964	0,615	269,64	0,56

Fonte: ATLAS BRASIL, 2013

3.5 Análise estatística

A análise estatística foi realizada para que fosse possível afirmar que as características de população e índices econômicos dos municípios pernambucanos fossem estatisticamente relevante quando comparado ao município de Banabuiú/CE.

Desta forma utilizamos o Teste t de Student ou Teste t, onde consiste em formular uma hipótese nula (H_0) e conseqüentemente uma hipótese alternativa (H_1). Fizemos o estudo da média das populações e dos índices econômicos, onde H_0 = as médias são iguais e H_1 = as médias são diferentes.

3.6 Apresentação dos dados

Foi realizado através do programa Microsoft Office Excel 2007[®], o cálculo da média e desvio padrão, o Teste t de Student ou Teste t e também elaboração de gráficos e tabelas para demonstração dos resultados.

4 RESULTADOS

A REMUME da atenção básica de Banabuiú nos anos de 2011, 2012 e 2013, constou de 108, 116 e 114 itens respectivamente. Foi realizada uma curva ABC para cada ano, onde foi possível a seguinte análise e trabalhamos a Curva A de cada ano, conforme tabela 3:

Tabela 3- Análise do custo da compra de medicamentos da atenção básica, Banabuiú 2014.

AF/BNB	2011	2012	2013
Custo da compra centralizada (R\$)	151.884,88	151.884,88	151.884,88
Total de itens da curva A	30	34	32
% de itens da curva A	27,7	29,3	28
Valor da curva A (R\$)	102.515,00	99.473,59	111.571,70
% do custo da curva A	67,5	65,5	73,5

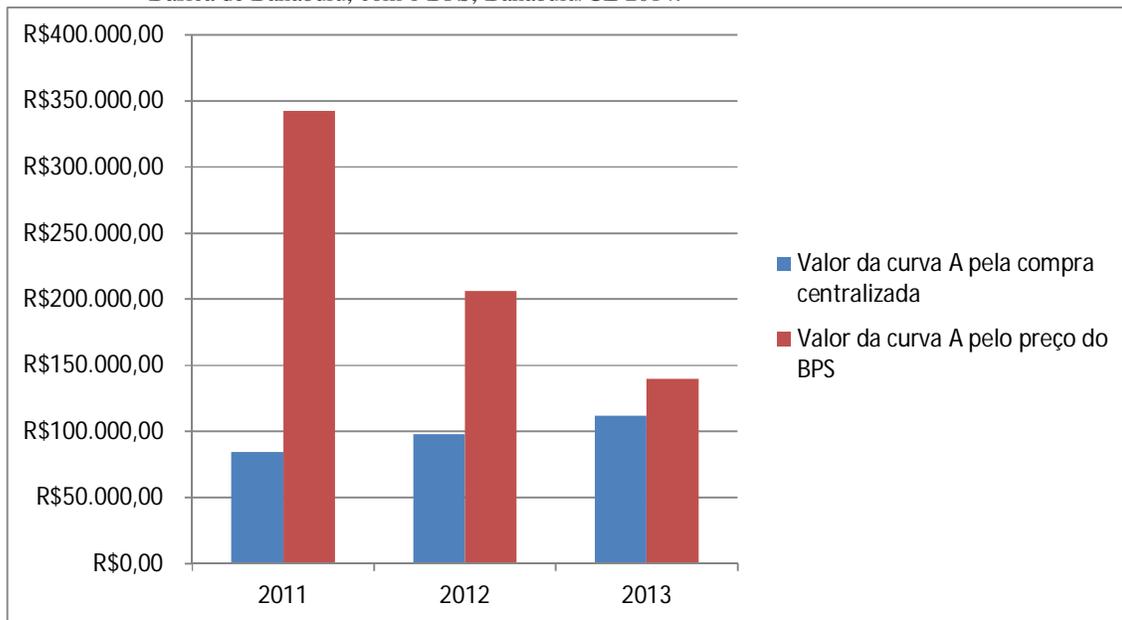
O comparativo do custo dos medicamentos adquiridos pela Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú, com o Banco de Preços em Saúde (BPS), foi realizado com os itens iguais da Curva A de cada ano e que constavam no BP/MS, conforme tabela 4:

Tabela 4- Comparativo do custo de aquisição dos medicamentos adquiridos pela Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú, com o BPS, Banabuiú/CE 2014.

ANO	Itens da curva A e que consta no BPS	Valor da curva A pela compra centralizada (R\$)	Valor da curva A pelo preço do BPS (R\$)
2011	23	84.125,00	342.626,98
2012	33	97.649,59	205.800,27
2013	32	111.571,70	139.662,47

É possível visualizar que a economia para a aquisição dos medicamentos da atenção básica da curva A em 2011 foi de 307% e que nos anos de 2012 e 2013 foram de 110,75% e 20%, respectivamente. Para melhor visualização adicionamos o gráfico 1.

Gráfico 1- Comparativo do custo de aquisição dos medicamentos adquiridos pela Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú, com o BPS, Banabuiú/CE 2014.



É possível observar um aumento do custo de compra dos medicamentos da Curva A de Banabuiú/CE, através da compra centralizada, devido um aumento no preço dos componentes desta curva e também é visível a diminuição do custo de compra pela pesquisa no BPS de 2011 à 2013, certamente, devido ao aumento do número de instituições cadastradas e que realizaram as informações ao BPS.

No Estado do Ceará a maioria dos municípios fazem a opção pela compra centralizada. Dos 186 municípios cearenses, apenas dois, Fortaleza e Sobral, adquirem o elenco de medicamentos da atenção básica de forma descentralizada. Através do BPS, foi possível obtermos dados do ano de 2012 dos preços praticados para a compra destes medicamentos pelo município de Fortaleza/CE. Para fazermos o comparativo de preços, utilizamos a curva A de medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú do ano de 2012, que é composta por 34 itens, em seguida foi realizado a pesquisa dos preços através do BPS no ano de 2012 para a compra dos medicamentos pelo município de Fortaleza/CE, para os medicamentos em pesquisa, onde foi possível encontrar cadastrado apenas 15 itens no BPS dos 34 da curva A de medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú do ano de 2012.

Portanto, a análise foi desenvolvida com 15 itens, onde o resultado obtido é que não houve nenhuma diferença com os preços de compra, quando comparada com os preços praticados pela compra centralizada, através do COASF/CE e a compra descentralizada

realizada por Fortaleza/CE. Pelo fato de Fortaleza/CE ser a capital do Ceará e possuir uma população de 2.453.185 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), consiga preços compatíveis, devido o volume de compras e deste modo seja competitivo, conseguindo adquirir os medicamentos da atenção básica com os preços iguais aos praticados pelo COASF/CE.

Foi realizado um outro comparativo do custo de compra dos medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú com o modelo de compra descentralizada. Para tal procedimento utilizamos o Relatório Anual de Gestão da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco/2012 (RAG/AF/PE/2012).

Reutilizamos a curva A de medicamentos da atenção básica de Banabuiú do ano de 2012, que possui 34 itens, e fizemos o comparativo com o modelo de compra descentralizado de medicamentos da atenção básica dos quatro municípios entregaram RAG/AF/PE/2012 e que foram selecionados conforme descrito no critério de escolha dos municípios da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco (AF/PE), contido na metodologia do trabalho. Desta forma, foi possível obter a seguinte análise estatística, conforme tabela 05.

Tabela 05- Análise estatística da população e dos índices econômicos dos municípios do Estado de Pernambuco com Banabuiú/CE, Banabuiú 2014.

	Banabuiú	Cidades de PE	T calculado	T crítico
População	17.775	16.056,000	-0,9928087	- 3,182 ≤ t ≤ 3,182
IDH	0,606	0,580	-1,919	- 3,182 ≤ t ≤ 3,182
Renda percapta (R\$)	229,99	265,620	2,27112686	- 3,182 ≤ t ≤ 3,182
Índice de Gini	0,55	0,540	-1,1547005	- 3,182 ≤ t ≤ 3,182

Através desta análise estatística, foi possível afirmar que o T calculado não pertence à região crítica, em nenhum dos casos; portanto aceita-se H_0 . Logo, as características consideradas, população e índices econômicos são estatisticamente relevantes.

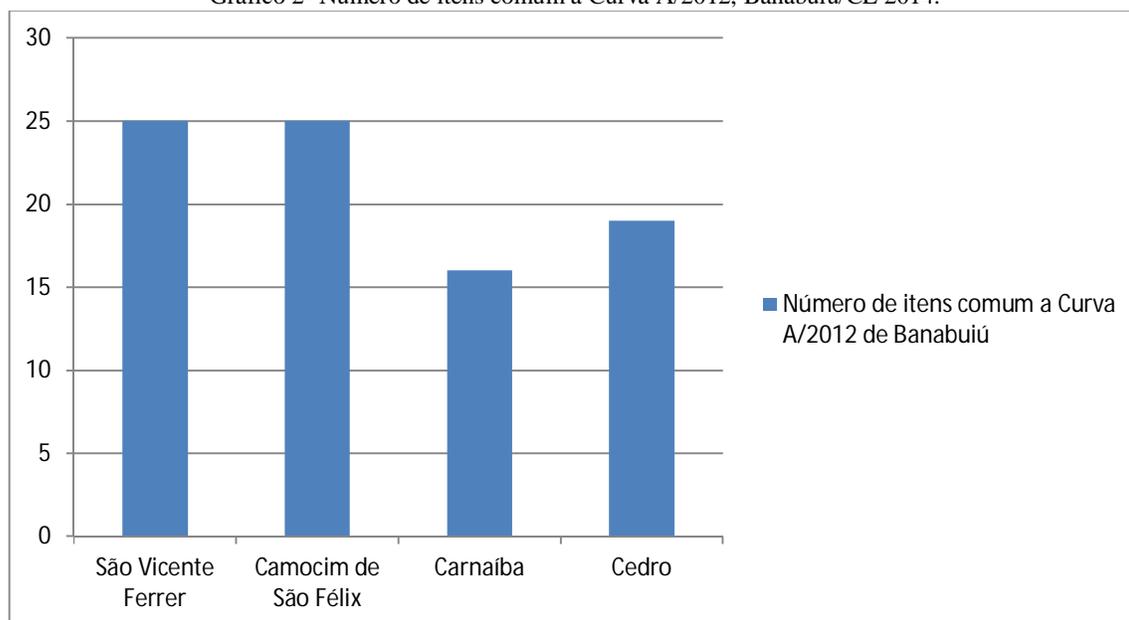
Logo, foi possível analisar os itens comuns a Curva A/2012 de Banabuiú, que é de 34 itens, conforme tabela 6.

Tabela 6- Municípios selecionados da Assistência Farmacêutica de Pernambuco, Banabuiú/CE 2014.

Município	População (hab)	Número de itens comum a Curva A/2012 de Banabuiú
São Vicente Ferrer	17.151	25
Camocim de São Félix	17.405	25
Carnaíba	18.707	16
Cedro	10.964	19

Os municípios escolhidos pertencem as 1^a, 2^a, 3^a e 4^a macrorregional respectivamente, e todos possuem população próxima a do município de Banabuiú, cerca de 17.775 habitantes (IBGE, 2014), com exceção do município de Cedro, que foi escolhido, por ser o único município com população inferior a 20.000 habitantes da 4^a macrorregional que enviou a RAG/AF/PE/2012. Para melhor visualização adicionamos o gráfico 2.

Gráfico 2- Número de itens comum a Curva A/2012, Banabuiú/CE 2014.



Dos 34 itens que constituem a Curva A/2012 de Banabuiú, os quatro municípios do Estado de Pernambuco analisados não possuem 6 medicamentos em comum, são eles: Ácido Valpróico 500mg, Carbonato de Cálcio+Vitamina D 600+400, Carvedilol 6,25mg, Biperideno 4mg, Dipirona sódica 500mg e Fenofibrato 200mg.

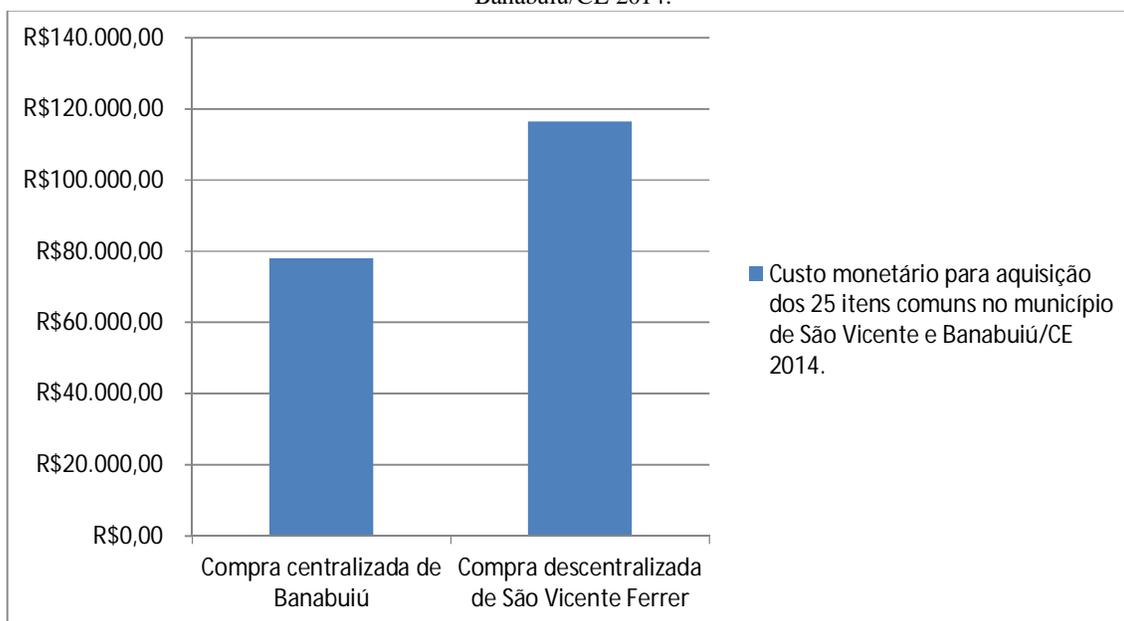
A análise de preços da compra centralizada dos medicamentos do componente básico de Banabuiú com os municípios de compra descentralizada do Estado de Pernambuco foi iniciado com o município de São Vicente Ferrer da 1ª Macroregião/PE, que adquiriu em 2012, segundo a RAG/AF/PE/2012, 25 itens dos 34 itens da Curva A/2012 de Banabuiú. Foi realizado um comparativo do custo monetário para aquisição dos 25 itens comuns aos dois municípios o que obtivemos os seguintes dados na tabela 7.

Tabela 7- Comparativo do custo monetário para aquisição dos 25 itens comuns no município de São Vicente Ferrer, Banabuiú/CE 2014.

Compra centralizada de Banabuiú (R\$)	Compra descentralizada de São Vicente Ferrer (R\$)
78.075,78	116.491,00

É possível verificar que a diferença da compra centralizada para a compra descentralizada que é de R\$ 38.415,22 o que podemos afirmar que com a compra centralizada obteve-se uma economia de 49,2%. Para melhor visualização adicionamos o gráfico 3.

Gráfico 3- Custo monetário para aquisição dos 25 itens comuns no município de São Vicente Ferrer, Banabuiú/CE 2014.



Contudo, na compra descentralizada do município Pernambuco de São Vicente Ferrer, foi observado que 6 itens tiveram preços inferiores aos praticados pela compra centralizada da Assistência Farmacêutica Básica de Banabuiú, através do COASF/CE, conforme tabela 8.

Tabela 8- Medicamentos adquiridos pelo município de São Vicente Ferrer com preços inferiores aos praticados pela compra centralizada, Banabuiú 2014.

Medicamento	Compra centralizada de Banabuiú (R\$)	Compra descentralizada de São Vicente Ferrer (R\$)	Diferença (R\$)
Amoxicilina 500mg - comp	3.588,00	3.000,00	588,00
Estriol 1mg/g - cr vaginal	1.906,78	1.440,00	466,78
Amoxicilina 50mg/ml - susp	2.790,00	1.890,00	900,00
Metronidazol 400mg - comp	3.132,80	1.232,00	1.900,80
Benzil penicilina procaina 300+100 ui	1.484,80	488,00	996,80
Ibuprofeno 20mg/ml - 100ml susp	2.158,40	R\$ 584,00	1.570,40
Total	15.060,78	8.634,00	6.426,78

O valor da diferença desses 6 itens adquiridos com valores superiores pela compra centralizada de Banabuiú (R\$ 6.426,78) corresponde somente a 8,23% do valor total da diferença dos 25 itens da curva A/2012 de Banabuiú.

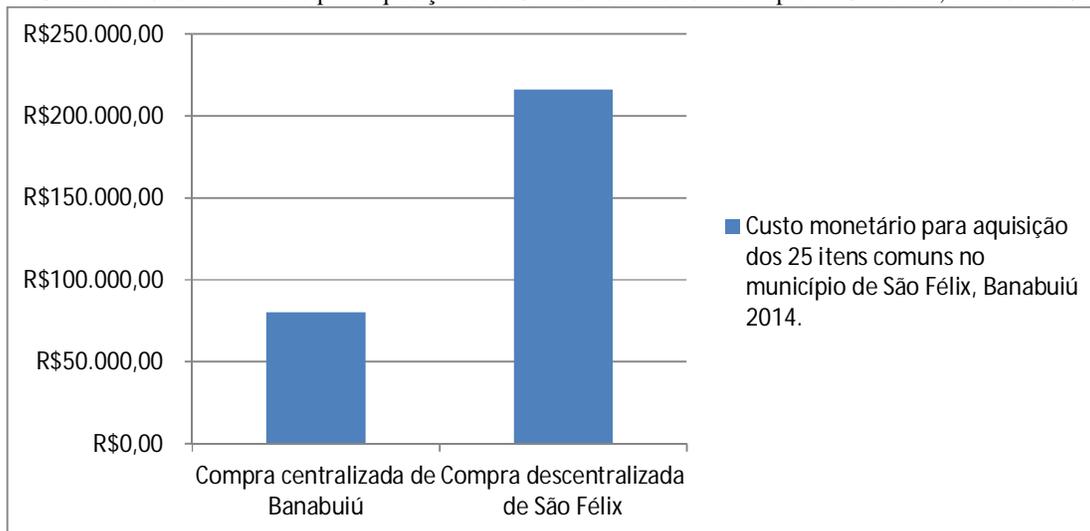
A segunda análise da compra descentralizada foi com o município de São Félix, que pertence a 2ª macrorregião do estado de Pernambuco. A análise foi realizada com os 25 itens adquiridos, pelo município de São Félix, em 2012, segundo a RAG/AF/PE/2012, fazendo o Comparativo do custo monetário para aquisição dos 25 itens comuns dos 34 itens da Curva A/2012 do município de Banabuiú, conforme tabela 9.

Tabela 9 - Comparativo do custo monetário para aquisição dos 25 itens comuns no município de São Félix, Banabuiú 2014.

Compra centralizada de Banabuiú (R\$)	Compra descentralizada de São Félix (R\$)
80.290,18	216.072,60

Analisando a tabela 7, podemos afirmar que a diferença dos modelos de compra centralizado e descentralizado produziu um resultado onde a diferença do modelo de compra centralizada foi de R\$ 135.782,42, representando um percentual de 169,1% a menos que a compra descentralizada como custo de aquisição destes medicamentos. Para melhor interpretação dos resultados adicionamos o gráfico 4.

Gráfico 4- Custo monetário para aquisição dos 25 itens comuns no município de São Félix, Banabuiú 2014.



Do total dos 25 medicamentos analisados, somente um medicamento, Metronidazol 400mg comprimido, que teve o custo unitário maior de R\$ 0,356 pela compra centralizada quando comparado com o município de São Félix que foi de R\$ 0,16 obtendo um preço reduzido no custo unitário do comprimido em torno de 122%, vejamos a interferência deste custo unitário deste medicamento na compra centralizada, conforme tabela 10.

Tabela 10 - Medicamento adquirido pelo município de São Félix com preço inferior ao praticado pela compra centralizada, Banabuiú 2014.

Medicamento	Compra centralizada de Banabuiú (R\$)	Compra descentralizada de São Félix (R\$)	Diferença (R\$)
Metronidazol 400mg comprimido	3.132,80	1.408,00	1.724,80

O valor da diferença R\$ 1.724,80 entre os modelos de compra apresentado para a aquisição do metronidazol 400mg comprimido, equivale a 2,14% da compra centralizada realizada pelo município de Banabuiú, o que podemos concluir que é vantajosa a compra centralizada.

O município de Carnaíba foi o escolhido de forma aleatória da 3ª macrorregional de PE e utilizamos os 16 itens adquiridos, pelo município, em 2012, segundo a RAG/AF/PE/2012, fazendo o comparativo de preços com os 16 itens em comum dos 34 itens

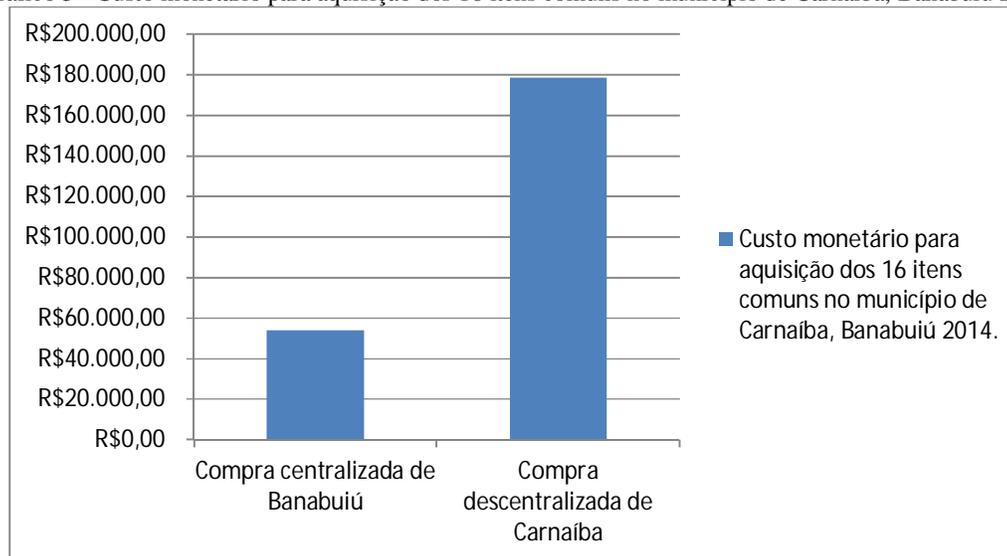
da Curva A/2012 do município de Banabuiú, sendo possível uma terceira análise da compra descentralizada, conforme tabela 11.

Tabela 11 - Comparativo do custo monetário para aquisição dos 16 itens comuns no município de Carnaíba, Banabuiú 2014.

Compra centralizada de Banabuiú (R\$)	Compra descentralizada de Carnaíba (R\$)
54.061,21	178.593,50

Todos os 16 itens analisados a compra descentralizada de medicamentos da atenção básica de Banabuiú obtiveram menor preço de compra através do COASF/CE, quando comparado com o município de Carnaíba. Na tabela 9 é possível visualizar a diferença no custo de aquisição dos itens analisados, uma diferença de R\$ 124.532,29, representando uma diminuição dos custos para a compra destes medicamentos, pela compra centralizada, em torno de 230,3%. Para melhor interpretação dos resultados adicionamos o gráfico 5.

Gráfico 5 - Custo monetário para aquisição dos 16 itens comuns no município de Carnaíba, Banabuiú 2014.



O número pequeno de itens, 16, analisados para a atenção básica de Carnaíba da REMUME de Carnaíba em comum Curva A/2012 do município de Banabuiú, é preocupante, pois além dos 6 medicamentos ausentes no quatro municípios de PE estudados, estão ausente na REMUME de Carnaíba medicamentos importantes da atenção básica tais como: Dipirona 500mg comprimido, Paracetamol gotas, Metronidazol 400mg comprimido e Carbamazepina 200mg comprimido.

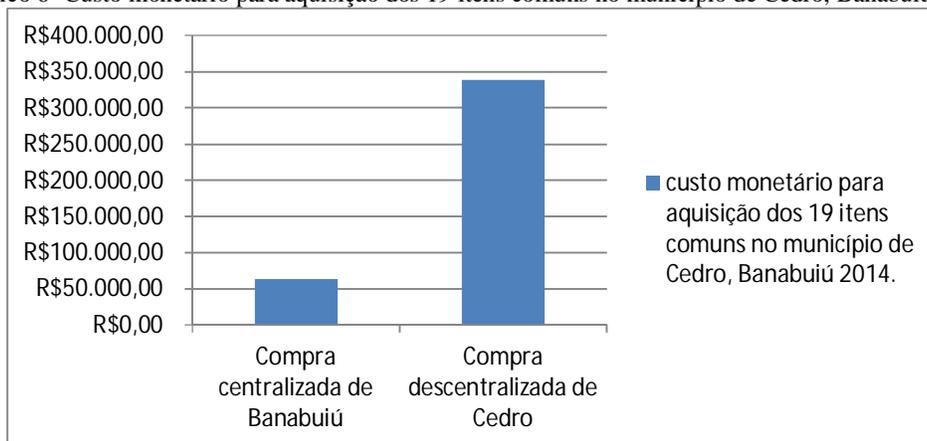
Na 4ª macrorregional do estado de Pernambuco o único município com população menor que 20.000 habitantes e que enviou a RAG/AF/PE/2012 foi o município de Cedro, que possui uma população de 10.964 habitantes (IBGE, 2010), inferior que a população de Banabuiú. Logo, Cedro foi o município que utilizamos para o estudo dos modelos de compra centralizado e descentralizado. O comparativo de preços de compra do município de Cedro constou com os 19 itens em comum dos 34 itens da Curva A/2012 do município de Banabuiú, esta foi a quarta análise, podendo ser visualizada na tabela 12.

Tabela 12- Comparativo do custo monetário para aquisição dos 19 itens comuns no município de Cedro, Banabuiú 2014.

Compra centralizada de Banabuiú (R\$)	Compra descentralizada de Cedro (R\$)
63.434,70	339.310,00

O município de Cedro obteve a maior diferença do custo para a aquisição dos 19 medicamentos comparados com a Curva A/2012 do município de Banabuiú, obtendo uma diferença de R\$ 275.875,30 o que representa um acréscimo de 434,8% mais caro realizar a aquisição destes medicamentos pela compra descentralizada. Conforme gráfico 6.

Gráfico 6- Custo monetário para aquisição dos 19 itens comuns no município de Cedro, Banabuiú 2014.



5 CONCLUSÃO

Através do presente estudo foi possível perceber que o valor monetário de R\$ 151.884,88 destinado à compra de medicamentos da atenção básica pela Assistência Farmacêutica de Banabuiú/CE não variou de 2011 à 2013.

A aquisição de medicamentos da atenção básica de Banabuiú/CE, quando comparado ao Banco de Preços em Saúde (BPS), se conclui que é vantajoso a compra centralizada, pois foi possível reduzir o custo para a aquisição dos medicamentos da atenção básica em 307%, 110,75% e 20%, nos anos de 2011, 2012 e 2013, respectivamente.

Usando a ferramenta de pesquisa, o BPS, fizemos o comparativo da compra centralizada de Banabuiú/CE, um município de pequeno porte, com Fortaleza/CE, capital do Ceará e município de grande porte, que utiliza o modelo de compra descentralizado, chegando-se a conclusão de que o custo dos medicamentos da atenção básica foram iguais.

Através do Relatório Anual de Gestão da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco/2012 (RAG/AF/PE/2012) foi realizado um terceiro comparativo entre a compra centralizada de Banabuiú/CE e quatro municípios pernambucanos, São Vicente Ferrer, Camocim de São Félix, Carnaíba e Cedro, que realizaram a compra descentralizada, e concluímos que a redução dos custos de aquisição dos medicamentos em estudo pela compra centralizada foi de 49,2%, 169,1%, 230,3% e 434,8%, respectivamente.

Desta forma, foi possível concluir que o custo de aquisição de medicamentos da atenção básica para municípios com características semelhantes ao município em análise, Banabuiú/CE, é vantajoso o uso da compra centralizada, pois adquire o medicamento com um menor preço.

6 PERSPECTIVAS

Foi possível identificar que dos 34 itens que constituem a Curva A/2012 de Banabuiú/CE, utilizada para efeito de comparação dos preços de compra dos medicamentos da atenção básica realizada de forma centralizada pelo COASF/CE com os quatro municípios do Estado de Pernambuco analisados, não foram adquiridos pelos municípios pernambucanos analisados 6 medicamentos, são eles: Ácido Valpróico 500mg, Carbonato de Cálcio+Vitamina D 600+400, Carvedilol 6,25mg, Biperideno 4mg, Dipirona sódica 500mg e Fenofibrato 200mg. O fato destes itens não constituírem as suas respectivas Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) leva a uma discussão em relação a organização das mesmas e dos critérios adotados para a exclusão de um número acentuado de medicamentos básicos e estabelecidos pela Relação Nacional de Medicamentos (RENAME).

Como explicar a diminuição drástica da economia dos custos de aquisição de forma centralizada dos medicamentos em análise, quando comparado os BPS nos anos de 2011, 2012 e 2013 que foi de 307%, 110,75% e 20%, respectivamente.

Porque não levantar um questionamento quanto a não obrigatoriedade da alimentação do sistema do BPS, gerando informação dos preços de compra, contribuindo para controle e vigilância para com o gasto público em medicamento.

Fomentar estudo para o desenvolvimentos de estratégias com o objetivo de expandir o acesso aos medicamentos através de compras centralizada.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. da L. A. de et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, p.611-617, 2008. Supl.

ANDRADE, M. A. **Avaliação do consumo de medicamentos em idosos no município de Londrina-PR**. 2003. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2003.

ATLAS Brasil. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/cedro_pe>. Acesso em: 10 jul. 2014.

BERMUDEZ, J. A. Z. ; BONFIM, J. R. de A. (Orgs.). **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: Hucitec, Sobravime, 1999.

rom

BRASIL. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, jun. 1971.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Banco de Preços em Saúde – BPS**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2013.

_____. Ministério da Saúde. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Glossário temático** : Banco de Preços em Saúde. Brasília, DF, 2011.

_____. Portaria no 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/portariagm3916/gm.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2006.

_____. Resolução CNS no 338/2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/resolucao338/cns.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. Lei 8 080/1990. Disponível em: <planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 18 ago. 2008.

_____. Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 176, 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. Brasília, DF, mar. 1999a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, DF, 1999b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Programas Estratégicos em Saúde. **Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos: produtos disponíveis no Banco de Preços em Saúde**. Brasília, DF, 2000a. Relatório extraído do sistema SAA da Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/banco/>>. Acesso em: 30 abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assessoria de Assistência Farmacêutica. **Como gerenciar bem o incentivo à assistência farmacêutica básica**. Brasília, DF, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Incentivo à assistência farmacêutica básica: o que é e como funciona**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, DF, 2002.

_____. Portaria GM no 176/99. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à assistência farmacêutica básica e define valores a serem transferidos. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/portariagm179/gm.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal/Subsecretaria de Edições Técnicas, 2007.

CARLOS, I. C. C. O sistema integral de assistência farmacêutica no Ceará. In: BONFIM JÚNIOR, A.; MERCUCCI, V. L.(Orgs.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec; Sobravime, 1997. p. 107.

CARVALHO, G. I. de; SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90): Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARVALHO JUNIOR, Dagoberto. **Tempo da Farmácia memória da assistência farmacêutica na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco**. Recife: (s.n.), 2012.

CASTRO, L. L. C. de. Paraná Saúde: consórcio de medicamentos básicos para os municípios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003. **Anais...** Brasília: Abrasco, 2003.

COSENDEY, M. A. E. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros, **Cad. Saúde Pública**, Recife, v.16, n.1, p. 171-82, 2000.

ENCONTRO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS, 1988, Brasília, DF. **Carta de Brasília**. Brasília: Ministério da Saúde; 1988. [Relatório final].

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JUNIOR, L. O medicamento, a farmácia, o farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 4, n. 1, dez. 2002. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/index.htm>. Acesso em: 12 set. 2005.

IBGE. **Senso 2010**. Disponível em:< <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: maio 2014.

LOPRETE, D. et al. **Gestão de estoque e a importância da curva ABC**. 2009. Disponível em: <www.unisaesiano.edu.br/encontro2009/.../CC35509178809.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2014.

LOYOLA, M. A. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, p.763-78, 2008. Supl.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, p. 3561-3567, 2010. Supl.3.

MARIN, N. et al. **farmacêutica para gerentes municipais**. Brasília: OPAS; OMS, 2003.

MESTRINER, D. C. P. **O Farmacêutico no serviço público de saúde: a experiência do município de Ribeirão Preto** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2003.

OLIVEIRA, E. A.; LABRA, M. E.; BERMUDEZ, J. A. Z. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p. 2379-89, 2006.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 3561-3567, 2010. Supl. 3

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. United Nations Children's Fund. **Cuidados Primários de Saúde Alma- Ata**. URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados.** Brasília, 2005.

PESSOA, Nívea Tavares. **Perfil das solicitações administrativas e judiciais de medicamentos impetrados contra a Secretaria do Estado do Ceará.** Fortaleza, 2007.

PORTAL SAÚDE. **Banco de preços em saúde.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=939>. Acesso em: maio 2014.

PONTES, A. E. L. **Gestão de estoques:** utilização das ferramentas curva ABC e classificação XYZ em uma farmácia hospitalar. 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

PINTO, C. V. **Organização e gestão da manutenção.** 2. ed. Lisboa: Edições Monitor, 2002.

PIANETTI, G. A. Política Nacional de Medicamentos. In: Gomes, M. J. V. M.; Reis, A. M. M. **Ciências farmacêuticas:** uma abordagem em farmácia hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2003. p.301-10.

SAÚDE/CE. **Coordenadoria Farmacêutica do Ceará.** Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-de-servicos/assistencia-farmaceutica>>. Acesso em: maio 2014.

SILVA, R. C. S. **Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil.** 2000. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

VIEIRA, F. S. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 674-81, 2009.