



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

JOELMA FARIAS DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DOS GASTOS NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO
BÁSICA DA CIDADE DO RECIFE (2011-2015).**

Recife
2018

JOELMA FARIAS DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DOS GASTOS NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO
BÁSICA DA CIDADE DO RECIFE (2011-2015).**

Dissertação de mestrado apresentada
ao Programa de Mestrado Profissional
em Gestão e Economia da Saúde, da
Universidade Federal de Pernambuco-
UFPE, como requisito para obtenção do
grau de mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maira Galdino da
Rocha Pitta

Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Mônica Maria
Henrique dos Santos

Recife
2018

O48a Oliveira, Joelma Farias de
Avaliação dos gastos na aquisição de medicamentos da atenção
básica da cidade do Recife (2011-2015) / Joelma Farias de Oliveira.
– Recife, 2018.
119 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maira Galdino da Rocha Pitta
Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Mônica Maria Henrique dos Santos
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) –
Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2018.
Inclui referências.

1. Gestão da assistência farmacêutica. 2. Medicamentos –
custos. 3. Sistema único de saúde. I. Pitta, Maira Galdino da
Rocha (Orientadora). II. Título.

362.10425 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2018
– 132)

JOELMA FARIAS DE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DOS GASTOS NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO
BÁSICA DA CIDADE DO RECIFE (2011-2015).

Aprovada em: 08/08/2018

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de
Pernambuco para obtenção do
título de Mestre em Gestão e
Economia da Saúde.

Banca examinadora

Dr^a. Simone Santos Bezerra

Instituição: Prefeitura da Cidade do Recife

Secretaria Municipal de Saúde

Dr^a. Amanda Figueiredo Barbosa Azevedo

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde

Diretoria de Assistência Farmacêutica

Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Departamento de Bioquímica

Dedico esta dissertação aos meus queridos pais, José Dário de Oliveira e Hilda de Farias Oliveira, exemplos de minha vida.

Ao meu querido esposo, Fábio Fernandes Barbosa, por sempre estimular e acreditar na minha capacidade.

À minha amada filha, Sofia, presente de Deus.

AGRADECIMENTOS

A meu Deus, pela dádiva maravilhosa da vida e por mais essa conquista, pois nada melhor do que triunfar ultrapassando as barreiras com o nosso esforço e muita determinação.

Aos meus pais, José Dário de Oliveira e Hilda de Farias Oliveira, minha eterna gratidão por todo o ensinamento de vida, pelo esforço e dedicação dados à minha educação.

Ao meu querido esposo, Fábio Fernandes pelo apoio, incentivo e paciência na concretização desse projeto.

Às minhas orientadoras Dr^a. Maira Galdino da Rocha Pitta e Dr^a. Mônica Maria Henrique dos Santos, pela contribuição, atenção, paciência, disponibilidade e apoio dados para conclusão deste trabalho,

À Prof^a. Dr^a. Tatiane Almeida de Menezes pelo apoio na análise dos dados estatísticos.

A Alonso Silva, analista de relacionamento, da empresa municipal de informática (EMPREL) pela colaboração na disponibilidade de dados.

Aos colegas do mestrado por compartilhar momentos de aprendizado, pelo convívio e amizade.

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde (PPGGES) por todo o ensinamento e conteúdo, fundamentais para condução do estudo.

A todos os servidores da secretaria de saúde, Carlos Eduardo (Cadu), Claudenilson Codeceira e Bárbara Arcoverde, que colaboraram na construção desse estudo.

Aos colegas da Central de Abastecimento Farmacêutico: Nelly Barreto, Sandra Galindo, Cecília pela disponibilidade em contribuir com esse projeto.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse estudo.

“O conhecimento dirige a prática; no entanto, a prática aumenta o conhecimento”. (Thomas Fuller)

RESUMO

Os recursos envolvidos com medicamentos são uns dos principais responsáveis pelo gasto em saúde. Por isso, garantir o acesso a essa tecnologia é um desafio devido à fragilidade financeira dos sistemas de saúde. Esse estudo teve por objetivo avaliar os gastos com medicamentos adquiridos na atenção básica do Recife no período de 2011 a 2015. Tratou-se de um estudo quantitativo, de natureza descritiva, retrospectiva e transversal com componente longitudinal dos gastos com medicamentos utilizando base de dados secundários. Observou-se o gasto total com medicamentos da atenção básica, corrigido a valores de 2015, correlacionando com as variáveis: número de unidades de saúde básicas, número de apresentações farmacêuticas, número de médicos da atenção básica, número de consultas médicas, número de equipes de saúde da família, taxa de cobertura populacional da atenção básica e população estimada. Utilizou-se a regressão linear múltipla pelo método dos mínimos quadrados ordinários. Os medicamentos foram classificados segundo o método ABC. Verificou-se uma oscilação nos gastos com medicamentos. O programa Clínico Geral responde pela maior parcela dos gastos (24,88%), seguido de Saúde Mental (17,18%), Cardiovascular (16,29%), Asma/Rinite (13,30%) e Climatério (10,88%). A associação das variáveis número de apresentações farmacêuticas + número de médicos tiveram significância estatística ($p < 0,01$ e $r^2 = 0,992$) na composição dos gastos. A curva ABC aponta que 11,4% dos itens representam 51% dos gastos totais; 20,3% dos itens compreendem 29% dos gastos e 68,3% dos itens comprometem 20% dos gastos totais. Verificou-se o não cumprimento dos repasses financeiros pactuados, bem como um gasto percapta / ano inferior ao valor estabelecido pela portaria em vigência. Diante desse cenário onde os recursos financeiros não são repassados conforme as pactuações é primordial uma gestão da assistência farmacêutica eficiente, não só pela otimização dos escassos recursos, mas principalmente para garantia de sua totalidade.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Atenção Básica. Gastos com medicamentos

ABSTRACT

The resources involving medicines are the ones responsible for the most significant health expenses. That is the reason why providing access to this technology represents a challenge due to the financial fragility of health systems. This study aims to evaluate the expenses with medicines bought in the primary health care in Recife between 2011 and 2015. It was a quantitative study, of descriptive nature, retrospective and transversal with longitudinal component of the costs with medicines using a secondary database. The total cost of primary health care drugs was observed, corrected to 2015 values, correlated with the variables: number of primary health care units, number of pharmaceutical forms, number of doctors of primary health care, number of medical consultations, number of family health care teams, population coverage rate of primary health care, and estimated population. The multiple linear regression through the minimum ordinary squares method was used. The drugs were classified according to the ABC method. There was an oscillation in drug spending. The General Practitioner program accounts for the largest portion of the expenditures (24.88%), followed by Mental Health (17.18%), Cardiovascular

(16.29%), Asthma / Rhinitis (13.30%) and Climacteric (10.88%). The association of the variables number of pharmaceutical forms plus number of physicians had the statistical significance ($p < 0.01$ and $r^2 = 0.992$) in the composition of the expenses. The ABC curve shows that 11.4% of the items represent 51% of total costs; 20.3% of the items comprise 29% of the expenses and 68.3% of the items engage 20% of the total expenses. Non-compliance with the financial transfers agreed upon was observed, as well as a per capita / year expense lower than the amount established by the current ordinance. Facing this scenario where financial resources are not passed on according to agreements it is essential to manage efficient pharmaceutical assistance, not only by optimizing scarce resources, but mainly to ensure their totality.

Keywords: Pharmaceutical assistance. Primary Health Care. Medication expenses

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Rede poliárquica de atenção à saúde	24
Figura 02 - Ciclo da AF.....	34
Figura 03 - Divisão espacial da cidade do Recife, Pernambuco.....	44
Figura 04 - Pirâmide etária do Recife, Pernambuco.....	45
Figura 05 - Distribuição da rede básica de saúde do Recife.....	46
Figura 06 - Evolução dos gastos com a aquisição de medicamentos padronizados na atenção básica do Recife (2011-2015).....	52
Figura 07 - Gasto total corrigido com a aquisição de medicamentos da atenção básica do Recife, por programas de saúde (2011-2015).....	55
Figura 08 - Curva ABC do gasto médio com a aquisição de medicamentos da atenção básica do Recife (2011 a 2015).....	57
Figura 09 - Valores totais (R\$) pactuados e investidos no município de Recife para execução do CBAF.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Valores per capta aplicados no CBAF pelas esferas governamentais.....	42
Tabela 02 - PIB per capta do Recife e sua participação no PIB estadual.....	45
Tabela 03 - Distribuição dos estabelecimentos básicos de saúde do Recife.....	46
Tabela 04 - Classificação dos medicamentos segundo curva ABC.....	49
Tabela 05 - Variáveis analisadas no estudo.....	50
Tabela 06 - Taxa de crescimento dos gastos com aquisição de medicamentos da atenção básica do Recife (2011 -2015).....	52
Tabela 07 - Proporção da despesa com medicamentos básicos em relação aos gastos com saúde do município de Recife.....	53
Tabela 08 - Gastos totais deflacionados com a aquisição de medicamentos da atenção básica por programas de saúde, Recife.....	54
Tabela 09 – Valores das variáveis municipais do Recife (2011-2015).....	55
Tabela 10 - Associação do gasto total (R\$) com aquisição de medicamentos da atenção básica, corrigido em valores de 2015, com as variáveis municipais do Recife (2011 a 2015).....	56
Tabela 11 - Distribuição dos gastos com aquisição (itens A), segundo subgrupo terapêutico (classificação ATC), 2011.....	58
Tabela 12 - Distribuição dos gastos com aquisição (itens A), segundo subgrupo terapêutico (classificação ATC), 2012.....	58
Tabela 13 - Distribuição dos gastos com aquisição (itens A), segundo subgrupo terapêutico (classificação ATC), 2013.....	59
Tabela 14 - Distribuição dos gastos com aquisição (itens A), segundo subgrupo terapêutico (classificação ATC), 2014.....	59
Tabela 15 - Distribuição dos gastos com aquisição (itens A), segundo subgrupo terapêutico (classificação ATC), 2015.....	59
Tabela 16 - Repasse financeiro federal do CBAF transferido ao município do	

Recife.....	60
Tabela 17 - Repasse financeiro estadual do CBAF transferido ao município do Recife.....	61
Tabela 18 - Contrapartida municipal do CBAF.....	61
Tabela 19 - Gasto percapta do município do Recife com medicamentos do CBAF.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AF	Assistência Farmacêutica
AFB	Assistência Farmacêutica Básica
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
APS	Atenção Primária a Saúde
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BDE	Base de Dados do Estado
BPS	Banco de Preços em Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DS	Distrito Sanitário
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IAFB	Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NAPI	Núcleos de Apoio às Práticas Integrativas
NPH	Neutral Protamine Hagedorn
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PFB	Programa Farmácia Básica
PFP	Programa Farmácia Popular
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SESAU	Secretaria de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos
USF	Unidade de Saúde da Família
ZEPA	Zonas Especiais de Preservação Ambiental

LISTA DE SÍMBOLOS

Hab/ano	Habitante por ano
R\$	Real
R\$/hab	Real por habitante
mg	Miligrama
mL	Mililitro
%	Percentual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde	22
3.2 Acesso a medicamentos essenciais	26
3.3 Gastos com medicamentos público/familiar	28
3.4 Assistência Farmacêutica	31
3.5 Política Nacional de Assistência Farmacêutica	32
3.6 Política Nacional de Medicamento	37
3.6.1 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)	39
3.7 Blocos de Financiamento da Assistência Farmacêutica	40
3.7.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica	41
4 METODOLOGIA	43
4.1 Caracterização do local de estudo	43
4.1.1 Dados sociodemográficos	44
4.1.2 Dados socioeconômicos	45
4.1.3 Rede municipal de serviços de saúde	46
4.2 Tipo de estudo	47
4.3 Fonte e processamento dos dados	47
4.4 Análise dos dados	50
4.5 Variáveis do estudo	50
4.6 Critérios de exclusão	51
5 ASPECTOS ÉTICOS	51
6 RESULTADOS	52
6.1 Gasto total deflacionado com a aquisição de medicamentos padronizados na atenção básica do Recife (2011-2015).	52
6.2 Gasto total deflacionado com a aquisição de medicamentos da atenção básica por programas de saúde	53
6.3 Variáveis associadas ao aumento dos gastos com aquisição de	

medicamentos da atenção básica no Recife	55
6.4 Medicamentos com maior relevância no gasto total com aquisição (2011-2015)	57
6.5 Financiamento do componente básico da Assistência Farmacêutica no município de Recife no período de 2011 a 2015.	60
7 DISCUSSÃO	63
8 CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE A	89
APÊNDICE B	90
APÊNDICE C	91
APÊNDICE D	92
APÊNDICE E	93
APÊNDICE F	94
APÊNDICE G	99
APÊNDICE H	104
APÊNDICE I	109
APÊNDICE J	114
ANEXO	119

1 INTRODUÇÃO

O sistema público brasileiro de atenção à saúde, segundo suas normativas, é um sistema hierárquico, piramidal, organizado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Esse arranjo traz uma visão distorcida da Atenção Primária à Saúde (APS) como menos complexa em relação aos demais níveis, o que não é verdade, uma vez que a APS deve atender mais de 85% dos problemas de saúde com a clínica ampliada e a oferta, preferencialmente, de tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades (MENDES, 2011).

O Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da municipalização, a expansão da APS como prioridade. Desde o final de 1990, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo sua política de financiamento, é a principal estratégia de reorganização da APS, constituindo-se na proposta de mudança do modelo tradicional de assistência em saúde (biomédico) que não atendia com eficiência e justiça as necessidades de saúde da população (SALAZAR; CAMPOS; LUIZA, 2017; SORATTO et al., 2015).

A ESF adota uma concepção mais ampla de saúde e de entendimento dos determinantes do processo saúde-doença. Preconiza a articulação entre saberes técnico e popular e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde, pautada em princípios como universalidade, equidade e integralidade da atenção. Apesar de não ter cobertura assistencial para toda a população e de algumas deficiências quanto aos aspectos financeiros e estruturais dos serviços, os reflexos de sua implantação têm sido muito positivos (SORATTO et al., 2015).

Vários países apresentam sistemas de saúde com propostas de políticas públicas, voltadas ao acesso da população a medicamentos, além da promoção do seu uso racional. No Brasil, as Políticas Nacionais de Medicamentos, de Assistência Farmacêutica e de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, constituintes da Política Nacional de Saúde, também apresentam como escopo principal o alcance dessas propostas (COSTA K. et al., 2017b).

O Brasil se posicionou de forma evidente sobre a garantia de acesso a medicamentos essenciais a partir da Política Nacional de Medicamentos (PNM), cujas diretrizes estão fundamentadas, dentre outras, no estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Também visando o acesso a medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) define o financiamento daqueles constantes em listas oficiais organizadas em três blocos: medicamentos e insumos destinados à atenção básica, medicamentos destinados aos programas de saúde estratégicos e medicamentos do componente especializado, que inclui os medicamentos de alto custo cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde (YAMAUTI; BARBERATO-FILHO; LOPES, 2015).

A Assistência Farmacêutica (AF) tem caráter sistêmico e multidisciplinar a partir de um conjunto de atividades que abrangem o medicamento visando, principalmente, o paciente. Deve ser o resultado da harmonização de estrutura, pessoas e tecnologias, em determinada conjuntura social, a fim de favorecer a melhoria da qualidade de vida da população, por meio da integração de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (COSTA, E et al., 2017).

O modelo de AF descentralizado com a participação crescente da instância local (município) na prestação dos serviços farmacêuticos trouxe novos desafios à gestão da saúde e da própria AF. Um conjunto de ações foi desenvolvido, visando dar apoio aos municípios no tocante à oferta de medicamentos nas unidades de saúde, mediante estratégias de apoio participativo e decisório em conjunto com gestores municipais (COSTA, K et al., 2017b).

Entretanto, estudos demonstram uma grande lacuna entre a AF básica legalmente estabelecida e a AF básica real dos municípios brasileiros. Os problemas vão desde o desabastecimento de medicamentos essenciais, armazenamento inadequado e falta orientação na utilização correta dos medicamentos ao usuário (ÁLVARES et al., 2017a).

Os investimentos públicos na área da saúde, nos últimos anos, foram crescentes. Os gastos do MS com medicamentos variou de R\$1,8 bilhão para R\$12,4 bilhões entre 2003 e 2014, ainda que mantendo a proporção média de cerca de 14% do seu orçamento. Corrigindo os valores pela inflação do período, o aumento real foi de 3,6 vezes (MENGUE et al., 2016). Os gastos com saúde no

Brasil representaram 9,7% do produto interno bruto (PIB) no ano de 2013. (SILVA; LIMA, 2017).

Na área da AF, o investimento público no país passou de cerca de R\$ 2 bilhões em 2003, para aproximadamente R\$15 bilhões em 2015. No entanto, além de garantir o acesso à AF, é preciso também avaliar se há impactos efetivos na saúde dos indivíduos (COSTA K et al., 2017a). O tensionamento pela incorporação de tecnologias de saúde, incluindo medicamentos, leva a uma limitação do acesso aos serviços de saúde, uma vez que não há como assegurar todas as tecnologias à toda população, além de impactar no orçamento governamental (CABRAL et al., 2017).

A previsão de gastos do governo federal para a promoção e organização da AF, manutenção do Programa Farmácia Popular, produção, aquisição e distribuição de medicamentos dos componentes da AF e para o tratamento dos portadores de HIV/aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) totalizou R\$13,2 milhões para o ano de 2017, representando mais de 11% do total de despesas fixadas para o MS (FALEIROS et al., 2017).

O gasto farmacêutico pode afetar de sobremaneira a sustentabilidade dos sistemas públicos em função do alto valor unitário de alguns medicamentos ou pelo grande volume necessário para atender a demanda da população. Por isso, tem se mostrado expressivo no conjunto dos gastos totais com saúde, seja privado ou público. (FALEIROS et al., 2017). Considerando que os recursos são finitos, o desafio dos gestores públicos é planejar o processo de compra de medicamentos para que a qualidade do produto não seja comprometida pelo aspecto econômico (BEVILACQUA; FARIAS; BLATT, 2011).

Nesse âmbito, considerando a relevância da AF na resolutividade dos agravos à saúde e a escassez de recursos financeiros no setor público, este estudo dispõe-se a avaliar e identificar os elementos que se relacionaram com a evolução de gastos com a aquisição de medicamentos na atenção básica do município de Recife, PE.

A dissertação será dividida em cinco partes, entre as quais se insere esta introdução com a justificativa do estudo. Posteriormente, serão apresentados os objetivos e em seguida uma revisão da literatura com foco em atenção primária, acesso e gastos com medicamentos, assistência farmacêutica e suas políticas. Sequencialmente serão descritos os procedimentos metodológicos adotados,

considerando a coleta de dados secundários e análise técnica das informações, seguida da descrição dos resultados e discussão. Ao final serão apresentadas as conclusões do estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar os gastos com a aquisição de medicamentos utilizados na atenção primária da cidade do Recife no período de 2011 a 2015.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os valores gastos com os medicamentos da atenção primária, por programa de saúde, no período de 2011 a 2015;
- Descrever os gastos com medicamentos da atenção primária em relação aos gastos totais em saúde, no período de 2011 a 2015;
- Identificar os medicamentos de maior relevância no gasto total anual e categorizá-los por subgrupo terapêutico.
- Determinar as possíveis variáveis que influenciaram os gastos financeiros com medicamentos da atenção primária na cidade do Recife no período 2011 a 2015;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde

As políticas públicas de saúde no Brasil têm passado por diversas transformações. Na década de 70, a crise econômica e o aumento da população à margem da assistência marcaram o cenário da saúde, desencadeando o movimento de Reforma Sanitária (1986), consolidado na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Este movimento fundamentou-se nos ideais de APS compreendidos na Declaração de Alma Ata: equidade, descentralização, integralidade e universalidade (LEITE et al., 2016).

A Declaração de Alma-Ata considera a APS como função central do sistema nacional de saúde. Para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde de caráter socioeconômico, a APS necessita da cooperação de outros setores. Os serviços de atenção primária devem orientar-se pela comunidade e conhecer suas necessidades de saúde com foco na família e nos diversos grupos populacionais (GIOVANELLA, 2012).

Visando organizar a assistência à saúde no Brasil, em 1994, teve início o Programa Saúde da Família (PSF), a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), constituindo-se em estratégia para a organização da Atenção Básica (AB), a fim de dissolver o modelo de atenção direcionado à lógica biomédica que privilegia a assistência hospitalar (PIMENTEL; ALBUQUERQUE; SOUZA, 2015).

Com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria n.º 648/06, o PSF passa a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF) com o fortalecimento os seguintes objetivos: acesso universal e contínuo a serviços de saúde; efetivação da integralidade, valorização profissional por meio de capacitação, entre outros. Mesmo com a regulamentação, a implantação da ESF está na dependência de processos políticos, institucionais, técnicos e organizativos, inerentes a cada município, desencadeando ampla diversidade no seu funcionamento (PIMENTEL; ALBUQUERQUE; SOUZA, 2015).

No Brasil, o termo AB é usado para contrapor a concepção de muitos países e instituições, como o Banco Mundial, que faz alusão à atenção primária

como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade voltado a populações pobres, a fim de reduzir a exclusão social e econômica (FEITOSA et al., 2016). Entretanto, esse nível de atenção é oportuno para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, mitigar os custos elevados e potencializar as expectativas de qualidade (LAPÃO et al., 2017).

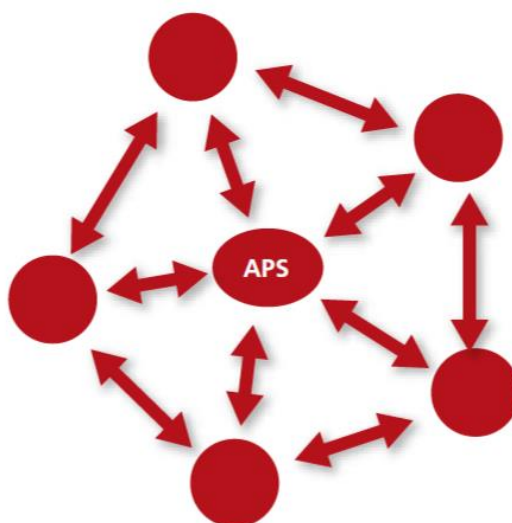
A operacionalização da APS resulta na reorganização do sistema de saúde através da horizontalidade da atenção, pela integração com os outros níveis de cuidado, resultando em uma assistência continuada à população, no enfrentamento do envelhecimento demográfico que levou ao aumento das doenças crônico-degenerativas e incapacidades funcionais, além de maior demanda por serviços de saúde e consumo de medicamentos (FARIA; ALVES, 2015). Um serviço de APS apresenta quatro peculiaridades primordiais (POCAS; FREITAS; DUARTE, 2017):

- **Primeiro contato** do indivíduo com o sistema de saúde – resulta em acessibilidade e o uso de serviços quando se busca a atenção à saúde.
- **Longitudinalidade** - oferta regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso contínuo ao longo do tempo;
- **Integralidade** - prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, bem como a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde;
- **Coordenação da atenção** - a capacidade de garantir a continuidade da atenção com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e a articulação de comunicação com a Rede de Atenção de Saúde (POCAS; FREITAS; DUARTE, 2017; BRASIL, 2015a).

O sistema público de saúde brasileiro é organizado em redes de atenção, cujas ações e serviços de saúde estão distribuídos por níveis de complexidade tecnológica (MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014). A Rede de Atenção à Saúde é definida como “um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011a).

A APS constitui o primeiro nível da assistência e sua principal estratégia é organizar a rede de atenção, a fim de dar respostas às necessidades de saúde da população mediante o acesso às equipes de saúde da família (Figura 01). Sabendo que cerca de 80 a 90% dos problemas de saúde poderiam ser resolvidos no nível primário, a não efetividade da APS compromete a resolutividade dos demais níveis de saúde (MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014).

Figura 01. Rede poliárquica de atenção à saúde



Fonte: Mendes, 2011

O decreto presidencial nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/90, instituiu a organização da assistência à saúde de forma regionalizada, considerando as potencialidades e fraquezas dos territórios, buscando a melhoria do acesso à saúde e contemplando, de maneira integral, as diretrizes e os princípios do SUS. Essa regulamentação contribui para a efetivação da APS, na medida em que a reconhece como ordenadora do sistema público de saúde (FERREIRA et al., 2014).

Recentemente, a Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisando a regulamentação de implantação e operacionalização vigentes e estabelecendo as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde – RAS. A PNAB considera os termos AB e APS como termos equivalentes. O Art. 2º da portaria define a Atenção Básica como:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento,

reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a).

Quanto ao financiamento da atenção básica, este é tripartite e deve ser detalhado pelo plano municipal de saúde. Os recursos federais destinados às ações da atenção básica compõem o bloco de financiamento da atenção básica, cujos repasses são realizados em conta aberta específica de modo a facilitar o acompanhamento pelos conselhos de saúde. O repasse da união é composto por: recursos per capita; recursos condicionados à implantação de estratégias da atenção básica como: equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal, programa saúde na escola, núcleo ampliado de saúde da família, entre outros; recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços e ao desempenho com parâmetros e comparabilidade nacional; recursos de investimento (BRASIL, 2017a).

Os países precisam investir na APS como modalidade assistencial devido ao seu potencial de melhorar os indicadores de saúde e influenciar a incorporação racional da tecnologia biomédica, afetando diretamente a eficiência dos sistemas (FERREIRA et al, 2014). Uma revisão da literatura mostrou que os países com uma APS fortalecida reduziram os anos potenciais de vida perdidos em relação aos que apresentaram uma APS mais frágil, obtiveram melhores resultados sanitários para a população com relação a todas as causas de mortalidade, a todas as causas de mortes prematuras e a causas específicas de mortes prematuras por doenças respiratórias e cardiovasculares. Destaca-se também maior satisfação dos usuários e menor gasto agregado na atenção à saúde (MENDES, 2015).

Os autores concluíram que entre os benefícios da APS estão: maior acesso aos serviços necessários; melhor qualidade do cuidado; maior foco na promoção da saúde e na prevenção das doenças; gestão precoce dos problemas de saúde; e a redução da atenção secundária desnecessária ou danosa por especialistas. Dados brasileiros demonstram que uma APS bem organizada pode solucionar de 87,5% a 91% dos problemas, tornando-a um nível de atenção custo/efetivo porque é possível solucionar a um custo mais baixo e com efetividade, quase todos os problemas de saúde (MENDES, 2015).

3.2 Acesso a medicamentos essenciais

A transição demográfica, ocorrida no Brasil, com o aumento do número relativo de adultos e idosos na pirâmide populacional, tendência para uma elevação na carga de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e um aumento no consumo de medicamentos. O controle dessas doenças e seus fatores de risco associados dependem de um conjunto de ações de saúde, que inclui o cuidado oportuno e a provisão adequada de medicamentos (OLIVEIRA, 2016).

O acesso aos medicamentos, principalmente pela população de baixa renda, é um dos indicadores de qualidade do sistema de saúde. Porém, no Brasil, os estudos que este indicador, bem como os gastos associados ainda são insuficientes (BARRETO, 2015). A garantia do acesso a medicamentos essenciais, é um dos eixos da formulação e implementação de políticas nacionais de saúde, sendo elemento imprescindível para uma cobertura universal, equânime e resolutiva (MARGARINOS-TORRES et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2017). É considerada pela Organização das Nações Unidas (ONU), um dos cinco indicadores relacionados a avanços na garantia do direito à saúde (ÁLVARES et al., 2017).

Medicamentos essenciais são definidos como aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população. Em sua seleção, levam-se em consideração as doenças prevalentes, sua segurança, eficácia e a relação custo / efetividade. Devem estar disponíveis a todo o momento, nas quantidades e formas farmacêuticas apropriadas, com qualidade assegurada e a um preço que o indivíduo e a comunidade possam pagar. A lista de medicamentos da OMS compreende os medicamentos para todos os níveis de atenção (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Contudo, o acesso a medicamentos essenciais ainda pode ser considerado baixo e desigual em todo o mundo com um terço da população mundial sem acesso regular, provavelmente pela ausência de sistemas de proteção social, baixa capacidade de compra de governos e populações, além das elevadas taxas de perda na AF (BARROS et al., 2017; NASCIMENTO et al., 2017). Entre os desafios para a garantia do acesso aos medicamentos estão os reduzidos níveis de cobertura do sistema de saúde e sua fragilidade financeira, as limitações das redes de distribuição de medicamentos e os problemas gerais de acesso aos serviços de assistência à saúde por grande parte da população (MANZINI et al., 2015).

Garantir o acesso a medicamentos ocasiona efeitos importantes sobre a situação de saúde individual que, por sua vez, está relacionada à capacidade produtiva e à geração de renda (GARCIA et al., 2013). Ademais, está condicionado a uma complexa rede de atores públicos e privados, que exercem funções distintas no cenário econômico, político e social do país, sendo necessário um trabalho articulado com empenho político, social e multiprofissional em busca das soluções, devido à influência de práticas comerciais, por vezes, conflitantes com o interesse público (ÁLVARES et al., 2017; SANTANA; LUPATINI; LEITE, 2017).

A efetivação do acesso da população aos medicamentos depende de sua disponibilidade física na farmácia; da acessibilidade geográfica dos usuários aos serviços de farmácia; da aceitabilidade dos usuários em relação aos serviços de farmácia; e da capacidade aquisitiva de provedores ou indivíduos e famílias (OLIVEIRA et al., 2016). A disponibilidade física é um desafio quando se consideram sistemas com financiamento público, sendo, muitas vezes, atribuída como uma proxy para a avaliação do acesso aos medicamentos essenciais. Estudos realizados em unidades de atenção primária revelam problemas quanto à oferta e qualidade do uso de medicamentos, além de deficiências na gestão da cadeia logística (NASCIMENTO et al., 2017).

Os medicamentos são relevantes na atenção à saúde, tanto do ponto de vista econômico quanto sanitário. A ampliação do acesso à assistência à saúde nos últimos anos desencadeou modificações na organização da AF, com o aumento na cobertura da distribuição gratuita de medicamentos, bem como a construção de legislação específica para apoiar a descentralização da gestão das ações de AF (COSTA C et al., 2017). A Lei 8080/90 foi o marco legal para assegurar o acesso aos medicamentos, sendo estabelecido o direito de todos os cidadãos à assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (ÁLVARES et al., 2017).

Em 1998 foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM) a fim de garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais. Em 2004 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), reafirmou dentre outras questões a necessidade de ampliação do acesso aos medicamentos, que é particularmente importante no âmbito da APS, caracterizada como porta de entrada no SUS, de modo que o acesso a medicamentos de qualidade e a promoção do seu uso correto e oportuno contribuem para uma APS resolutiva (ÁLVARES et al., 2017; COSTA C et al., 2017).

Estudos que analisaram os programas de AF do governo federal constataram considerável aumento da oferta de medicamentos, maior eficiência nas compras públicas e que o estoque disponível dos principais medicamentos nas unidades de saúde foi de 73% e dos medicamentos prescritos, a proporção dispensada foi de 66%, o que sugere falta do medicamento ou de adesão aos medicamentos selecionados (MELO; CASTRO, 2017). Com a descentralização da gestão da AF, os municípios passaram a ser os principais responsáveis pela provisão desses produtos no contexto da AB, trazendo-lhes novos desafios (MENDES et al., 2014).

Percebe-se que mesmo com a implementação das políticas públicas de medicamentos, como a PNM, a PNAF, a Política de Medicamentos Genéricos e o Programa Farmácia Popular, a oferta contínua de medicamentos em quantidade satisfatória às necessidades da população ainda é um desafio a ser conquistado (BOING et al., 2013). Apesar dessa conjuntura, os programas de AF exercem um papel primário na garantia do acesso a medicamentos, especialmente para as famílias mais pobres que, geralmente, têm nesses programas a única forma de obtenção de medicamentos (GARCIA et al., 2013).

Estudos evidenciam uma prevalência mais elevada no acesso (em torno de 90%) em grupos populacionais com maior idade, renda e escolaridade; nos portadores de doença crônica; participantes de grupos de promoção de saúde nas unidades locais e naqueles cobertos pela ESF (BOING et al., 2013). Entre os fatores que definem o nível de acesso aos medicamentos essenciais, estão: o financiamento sustentável, preços acessíveis, seleção e uso racional, sistemas de abastecimento confiáveis (OMS, 2004).

3.3 Gastos com medicamentos público/familiar

No Brasil, a saúde pública tem se mantido com um importante problema enfrentado pela população, sendo o subfinanciamento um elemento obstáculo da efetivação dos preceitos constitucionais de acesso universal e atendimento integral (BRASIL, 2015b). A batalha por um financiamento satisfatório e sustentável para o SUS não isentaram o setor do crescimento colossal dos seus custos. O SUS tem

assimilado os impactos dos aumentos dos níveis de violência social, dos acidentes automobilísticos, da poluição crescente, das doenças crônicas etc., mesmo sem o estabelecimento de mecanismos compatíveis e sustentáveis de seu financiamento (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016).

A agenda do financiamento da saúde exige um pensamento mais lapidado. Há que considerar a sistematização do mercado de serviços de saúde; a regulação do complexo médico industrial; o argumento para o subsídio estatal nos planos privados de saúde; a equidade na renúncia fiscal e muitas outras perspectivas (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016).

Os medicamentos são insumos essenciais no desfecho satisfatório de um grande número de doenças e agravos à saúde, incluindo o aumento de sobrevida e alívio do sofrimento. No entanto, diversos países enfrentam sérios problemas de acesso tanto a serviços de saúde quanto a medicamentos, o que deve ser preocupação permanente das políticas públicas voltadas para a saúde (IPEA, 2010; LUIZA et al., 2016).

O acesso a medicamentos essenciais é um dos parâmetros relacionados a avanços na garantia do direito à saúde. Estima-se que em países de baixa e média renda, a proporção de pessoas sem acesso a este insumo pode chegar a 50% (BOING et al., 2013).

Os gastos com medicamentos são um dos principais responsáveis pelo gasto em saúde, ficando em torno de 45% da despesa em saúde das famílias e onerando, sobretudo os mais pobres, mesmo com a provisão pública de medicamentos que ocorre pelos mecanismos de gratuidade ou copagamento do Programa Farmácia Popular (PFP) e gratuidade em unidades públicas de saúde, (LUIZA et al., 2016). Também tensionam fortemente os recursos públicos destinados à saúde em virtude do envelhecimento populacional, da introdução de novas drogas mais custosas e da ampliação da quantidade de diagnósticos dos agravos à saúde (IPEA, 2010).

O consumo per capita de medicamentos é extremamente desigual, variando de US\$ 400,00/ano, em países desenvolvidos, a US\$ 4,00/ano, em países em desenvolvimento. Cerca de 15% da população mundial consome mais de 90% da produção global de medicamentos (OPAS, 2005). O gerenciamento da evolução dos gastos com ações e serviços de saúde tem sido um grande desafio para os

governos em todo o mundo, produzindo a aplicação de medidas de continência de gastos (VIEIRA, 2011).

Na Europa, foram estabelecidas nas décadas de 80 e 90 políticas de preço como: o controle de preço dos produtos, o estabelecimento de preço de referência e o controle do lucro. No Brasil, a regulação econômica foi instituída com a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), em 2003, órgão responsável pela aprovação dos preços de entrada e do reajuste anual de produtos farmacêuticos no mercado, bem como regulação dos preços de venda para o governo da lista de medicamentos contidos em protocolos clínicos do Ministério da Saúde (VIEIRA, 2011).

O gasto total (público e privado) em saúde no Brasil, em 2010, foi de 9 % do Produto Interno Bruto (PIB). Este índice está abaixo ao de outros países como Canadá (11,4%), Dinamarca (11,1%) e Espanha (9,6%), cujos sistemas de saúde são universais. Em 2013, o gasto total em saúde do Brasil subiu para 9,7% do PIB, porém o gasto público em saúde passou de 10,7% do gasto total do governo, em 2010, para 6,9% em 2013 (TELES; COELHO; FERREIRA, 2017).

O déficit social da saúde, como política universal e equânime, pouco foi afetado com o aumento dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde (ASPS) nas três esferas de governo, conforme determinou a Emenda Constitucional (EC) 29/00, a qual definiu a aplicação de recursos com percentuais mínimos regulamentados por lei complementar, o que ampliou a participação crescente do setor privado em relação ao público com os cuidados da saúde (SILVA; ROTTA, 2012).

Para que haja promoção do acesso à saúde, é fundamental que o financiamento do SUS seja adequado e ajustado às demandas, às necessidades e aos direitos de saúde da população. Diante do crescimento dos gastos, garantir o acesso universal e integral aos serviços de saúde é, certamente, um grande obstáculo. Consequentemente, o financiamento da saúde tem sido motivo de preocupação mundial, uma vez que os serviços de saúde são dispendiosos, exigindo eficiência no planejamento do gasto e uma distribuição igualitária e equitativa dos recursos (TELES; COELHO; FERREIRA, 2017).

O financiamento do SUS está abaixo daquele feito por países com acesso universal aos serviços de saúde e que são reconhecidos mundialmente pela qualidade desses serviços. O subfinanciamento do SUS não é uma questão recente.

Essa discussão vem desde a sua criação, sendo um problema crônico que impacta no acesso e na qualidade dos serviços. Apesar dessas dificuldades, houve avanços, embora seja um desafio mensurar a influência da saúde na melhora observada na qualidade de vida das pessoas uma vez que a saúde é determinada pelas condições socioeconômicas dos indivíduos (VIEIRA, 2016).

3.4 Assistência Farmacêutica

A AF é um tema presente na agenda de governo nacional e mundial. Sua relevância deve-se à função essencial do medicamento na melhoria da saúde e qualidade de vida da população, além da sua participação nos gastos com saúde, que oneram os orçamentos familiares e governamentais. Por isso, é uma política de alto impacto e com grandes desafios ao governo. Problemas na sua gestão, obstáculos no acesso e uso irracional dos medicamentos, repercutem em prejuízo à saúde individual e aos recursos financeiros públicos (BRUNS et al., 2015).

Como política pública, a AF teve início em 1971, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha entre outras funções fornecer medicamentos à população de baixo poder aquisitivo. Os recursos financeiros eram oriundos de convênio entre a CEME e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Caracterizava-se por uma gestão centralizadora, de modo que estados e municípios eram excluídos de todo o processo decisório (BRASIL, 2011b; OLIVEIRA; ASSIS, BARBONI, 2010).

Ao longo de sua existência foram identificados inúmeros problemas, como: baixo uso da RENAME pelos prescritores, desperdícios de medicamentos por divergência com o perfil epidemiológico da população e dificuldade logística com elevadas perdas de medicamentos por vencimento. A CEME foi extinta em 1997 por escândalos de corrupção (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2014). Teve início, então, uma ampla discussão sobre o acesso de medicamentos entre diversos segmentos que levou à publicação da PNM, através da Portaria nº 3.916/98, que estabelece, entre outros aspectos, a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais através de critérios epidemiológicos (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; PORTELA, 2010).

Mesmo com as diretrizes e prioridades estabelecidas por essa política, ainda existem desafios e fragilidades, destacando-se o subfinanciamento histórico das ações e os serviços públicos de saúde desde o advento do SUS e o desequilíbrio entre o gasto público e o privado com medicamentos. Além disso, há um cenário onde se convive com novas e velhas doenças, desde as crônico-degenerativas às infecciosas. Isso demonstra a complexidade da construção e a efetivação de uma agenda social aplicada à AF (VASCONCELOS et al., 2017).

Com a PNM a AF passa a ser entendida como parte integrante de um conjunto de práticas voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de saúde, contemplando atividades que ultrapassam o simples abastecimento de medicamentos (BARRETO; GUIMARAES, 2010). No entanto, a AF de caráter sistêmico, indo além do aspecto logístico para incluir a prestação de serviços, só tem sido priorizada mais recentemente, com destaque para o aumento da oferta de capacitação em serviços farmacêuticos e gestão e de linha de financiamento para essa finalidade (MELO; CASTRO, 2017).

O orçamento do MS, destinado à AF, entre 2013 e 2014, passou de 1,9 bilhão de reais para 12,4 bilhões, com investimento superior a 80 bilhões de reais na área no período. Ademais, os medicamentos são um importante item na despesa familiar em saúde, principalmente para as famílias de menor poder aquisitivo, sendo o principal componente dos gastos com saúde (TAVARES et al., 2016).

3.5 Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Com a efetivação do SUS e sua regulamentação, o enfoque dado à AF foi ampliado, passando de uma abordagem administrativa para um sistema voltado para a produção do cuidado, com o incentivo às práticas dirigidas para o uso racional de medicamentos. Além da PNM, outro avanço importante da AF do Brasil, foi a PNAF (BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2014), aprovada pela Resolução nº 338/04, numa concepção de maior abrangência, sob a ótica de integralidade das ações, como uma política orientadora para formulação de políticas setoriais, tais como: políticas de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersetorialidade

inerente ao SUS, envolvendo tanto o setor público como o privado de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

A institucionalização da AF vem sendo conduzida por meio de ações político-normativas que tiveram influência no financiamento, na estruturação e organização dos serviços farmacêuticos no SUS e pode ter sido determinante no acesso aos medicamentos, especialmente na AB. A AF como elemento transversal no sistema de saúde, impulsiona outras políticas setoriais, especialmente de desenvolvimento científico e tecnológico (BARROS et al., 2017; SOUZA et al., 2017).

Segundo a Resolução nº 338/04, Art.1º, inciso III, a AF é definida como:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao 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 (BRASIL, 2004).

A AF é um campo multidisciplinar. Sua visão sistêmica está estruturada no chamado ciclo da Assistência Farmacêutica (Figura 02), onde cada etapa só se completa ao passo em que a atividade anterior for realizada de forma oportuna. Alguns autores enfatizam que o ciclo dá maior ênfase ao medicamento, em prejuízo aos serviços. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) traz a gestão por processos como alternativa ao ciclo, priorizando os processos orientados ao objetivo do serviço de saúde, o paciente. As atividades de programação, aquisição, armazenamento e distribuição são consideradas atividades de apoio, enquanto a seleção e farmacovigilância são atividades estratégicas (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Figura 02. Ciclo da AF



Fonte: MARIN, 2003

A primeira etapa do ciclo é a **seleção** onde é decidido, com base na melhor evidência científica, quais medicamentos serão disponibilizados aos usuários. Outros critérios como a comodidade posológica, custo e disponibilidade no mercado devem ser considerados. Devido ao número cada vez maior de especialidades farmacêuticas, é primordial uma seleção racional de medicamentos a fim de possibilitar maior eficiência administrativa com a promoção de ganhos econômicos e uma adequada resolutividade terapêutica. (MARIN, 2003). O produto da seleção é uma lista de medicamentos que deve ser complementada por um guia terapêutico para auxiliar o prescritor no momento da prescrição (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

O Brasil foi pioneiro na implementação da lista de medicamentos essenciais, pois em 1964 o país já dispunha de uma relação nacional de medicamentos, enquanto só em 1977 a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a recomendar aos países a adoção da lista. Posteriormente, essa relação passou a ser chamada de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

A **programação** define a quantidade de medicamento que será adquirida para determinado período a fim de atender a demanda dos serviços, sendo estabelecidas prioridades conforme os recursos disponíveis. Os objetivos da programação são: evitar compras desnecessárias, perdas, rupturas no suprimento. Os métodos de programação correntemente usados são descritos abaixo. A

definição de qual metodologia adotar depende da disponibilidade dos dados e da estrutura organizacional da AF (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014; BRASIL, 2006a).

- **Perfil epidemiológico:** baseia-se em dados de incidência e prevalência dos principais agravos à saúde. O grau de segurança da estimativa está condicionado à qualidade dos dados disponíveis de modo que a subnotificação de doenças, erros diagnósticos, não informatização da rede comprometem a confiabilidade dos registros. Não requer informações acerca do uso de medicamentos.
- **Consumo histórico:** depende de uma série histórica do consumo de medicamentos. É o método mais usado, porém se ocorrer desabastecimento por longo período tende a falhar, o que dificulta a estimativa do consumo médio mensal. Situações que tendem a alterar a demanda de medicamentos como variações sazonais, de emergência devem ser consideradas.
- **Consumo ajustado:** a estimativa é feita com base em outros serviços com perfil semelhante. Com isso não considera dados de prescrição, prevalência ou consumo local. É uma possibilidade em caso de inexistência de dados para programar.

A **aquisição** refere-se aos procedimentos para efetivação da compra de medicamentos, a partir de uma programação prévia com o propósito de suprir as necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade a fim de manter a continuidade do sistema de abastecimento (BRASIL, 2006a). Esta etapa abrange diferentes setores técnicos e administrativos, devendo ser constantemente qualificada, em relação às questões jurídicas, técnicas, administrativas e financeiras, daí a necessidade de diálogo da AF com as diversas áreas envolvidas (BRASIL, 2011b; PEREIRA, 2016).

Comprar medicamentos não é tarefa tão simples, porque a aquisição deve estar associada à qualidade, o que requer conhecimento do que se compra. O farmacêutico é figura chave nesse processo uma vez que congrega competência e saber técnico. Ter conhecimento da legislação sanitária e do mercado é primordial para o sucesso da aquisição (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007). No setor público o processo de compra é bem mais complexo que a iniciativa privada, envolvendo um conjunto de exigências legais e administrativas (PEREIRA,

2016). A Lei Federal nº 8.666/93 institui as normas para licitações e contratos da Administração Pública. De acordo com essa regulamentação, em seu Art. 3º, a licitação destina-se a:

Garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável e será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos (BRASIL, 1993).

Também são descritas cinco categorias de licitações (concorrência, tomada de preços, convite, concurso e leilão) bem como as situações de dispensas e inexigibilidades. Visando maior evidência aos processos licitatórios, a racionalização dos seus procedimentos e a redução de custos em função da competitividade, a administração pública criou outra modalidade de licitação (pregão) e outras formas de comprar (sistema de registro de preços) (PEREIRA, 2016).

O MS disponibiliza, via Banco de Preço em Saúde (BPS), os preços pagos, em âmbito nacional, por medicamentos adquiridos por instituições públicas e privadas, permitindo explorar o comportamento dos preços no mercado nacional. O sistema também fornece relatórios gerenciais que apoiam as instituições na administração de seus recursos financeiros (BRASIL, 2011b).

O **armazenamento** e a **distribuição** estão muito interligados operacionalmente (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007). O primeiro consiste em garantir a qualidade e a guarda segura dos medicamentos, visto que para serem eficazes é preciso que sejam armazenados, transportados e manuseados em condições satisfatórias, preservando sua qualidade, eficácia e segurança. Para isto, é fundamental conhecimento técnico e gestão de estoque a fim de respeitar as boas práticas (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014; PINTO, 2016).

O almoxarifado de medicamentos que atende aos requisitos de boas práticas é denominado Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). Todavia, muitas centrais configuram-se como mero depósito, com problemas estruturais, sem qualidade que ocasionam perdas e desvios, traduzindo-se em prejuízo financeiro e impacto negativo no cuidado prestado (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

Já a distribuição compreende o provimento de medicamentos aos serviços de saúde, na quantidade adequada, qualidade atestada e tempo oportuno (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014). O processo tem início mediante uma solicitação ao nível de distribuição envolvido, com o propósito de suprir as necessidades de medicamentos por um determinado período de tempo. O fluxo da distribuição vai depender das características da rede, qualificação dos recursos humanos nos diferentes níveis e infraestrutura (MARIN, 2003).

A **utilização** inclui a prescrição, dispensação e uso do medicamento, sendo permeada por questões legais, técnicas, clínicas e socioculturais. No caso específico da dispensação, esta deve garantir que o medicamento seja entregue ao paciente certo, na dose e quantidade certas, além de proporcionar informações suficientes para o seu uso correto (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014). As ações do farmacêutico devem focar o cuidado integral do usuário, e não somente o acesso aos medicamentos, por meio dos serviços clínicos que são de grande importância para o tratamento, em especial das doenças crônicas (MANZINI et al., 2015).

Com a inclusão dessas novas práticas é possível aumentar a resolutividade do uso de medicamentos e conhecer os principais problemas relativos a essa tecnologia. Diversos estudos revelam os benefícios dos serviços clínicos para a adesão ao tratamento e satisfação do usuário. Entretanto, ainda há um vazio no campo das políticas públicas de uma oferta sólida de modelo para os serviços de clínica farmacêutica na atenção básica à saúde (BRASIL, 2014a).

3.6 Política Nacional de Medicamento

Com o objetivo de suprir as necessidades de medicamentos básicos foi criado, em 1997, o Programa Farmácia Básica, baseado nos mesmos moldes da farmácia básicas da CEME, com os medicamentos repassados aos polos de distribuição pelo MS. Nessa época, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) já articulava discussões sobre a AF como ferramenta para organização dos serviços (BRASIL, 2007a).

A desarticulação da AF no país em dissonância com o processo de descentralização das ações do SUS, bem como a irregularidade no abastecimento

de medicamentos, em especial no âmbito da AB, contribuíram para a formulação de novas diretrizes na área de medicamentos (BRASIL, 2007a), culminando com a publicação da Portaria GM/MS nº 3916, de 30 de outubro de 1998, que estabeleceu a PNM cujo objetivo é: “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, bem como a promoção do uso racional pela população dos medicamentos considerados essenciais” (BRASIL, 1998). A PNM tem como diretrizes:

- **Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)** – constitui esse elenco os produtos considerados básicos para atender a maior parte dos problemas de saúde da população. Essa relação serve de base para a definição das listas estaduais e municipais, segundo o perfil epidemiológico, favorecendo a descentralização da gestão, orientando a padronização de medicamentos e reduzindo custos;
- **Regulamentação sanitária de medicamentos** – é função do gestor federal questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos;
- **Reorientação da Assistência Farmacêutica** – as ações deverão contemplar todas as atividades relativas à promoção do acesso aos medicamentos essenciais, fundamentando-se na descentralização da gestão, promoção do uso racional de medicamentos, otimização e eficácia da distribuição pública e redução nos preços dos produtos;
- **Promoção do uso racional de medicamentos** – enfatizar a educação dos usuários quanto aos riscos da automedicação, interrupção ou troca do medicamento prescrito, bem como direcionar atividades relativas a essas questões aos prescritores e dispensadores;
- **Desenvolvimento científico e tecnológico** – estimular a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica, especialmente para as consideradas estratégicas para o desenvolvimento tecnológico nacional com a integração entre as universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo;
- **Promoção da produção de medicamentos** – articular as atividades de produção dos medicamentos da RENAME nos diferentes segmentos

industriais (oficial, privado e transnacional), devendo os laboratórios oficiais produzir de preferência os medicamentos essenciais destinados à atenção básica;

- **Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos** – através do cumprimento da regulamentação sanitária, por meio da inspeção e fiscalização, sendo essas atividades coordenadas nacionalmente pela secretaria de vigilância sanitária;
- **Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos** – promover a articulação intersetorial para dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade através da integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino.

3.6.1 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)

A RENAME é referência para a organização das listas estadual e municipal, fortalecendo o processo de descentralização da gestão na medida em que define necessidades, prioriza e direciona a aplicação de recursos financeiros das três esferas de governo. É um instrumento que busca promover o acesso, sustentabilidade, qualidade e uso racional de medicamentos, além de nortear a gestão da AF. Em relação aos municípios, estudos mostram que a existência de uma lista de medicamentos não é acompanhada de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica e, nem é um subconjunto da lista nacional (MANZINI et al., 2015; MARGARINOS-TORRES et al., 2014).

Compreende a padronização de medicamentos indicados para o atendimento de agravos no âmbito do SUS, sendo acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional, o qual subsidia a prescrição e a dispensação dos medicamentos. As atualizações da RENAME são publicadas bianualmente pelo MS. Os estados e os municípios poderão adotar relações complementares de medicamentos, respeitadas as responsabilidades dos entes, pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas comissões intergestores (MANZINI et al., 2015).

Diante das necessidades de saúde da população, da velocidade de incorporação tecnológica e dos diferentes modelos de organização e financiamento do sistema de saúde, manter a RENAME como uma ferramenta promotora do uso racional e lista orientadora do financiamento de medicamentos na AF configura-se um grande desafio para os gestores do SUS. A lista deve ser elaborada considerando a eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, entre outros aspectos dos medicamentos, a partir das melhores evidências científicas disponíveis (BRASIL, 2017b).

Com a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), esta passa a ser responsável pela atualização da RENAME, de acordo com o Decreto nº 7.646/11. A CONITEC é um órgão colegiado de caráter permanente, que tem como objetivo assessorar o MS nas atribuições relativas à análise e à elaboração de estudos de avaliação dos pedidos de incorporação, ampliação de uso, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde (BRASIL, 2017).

3.7 Blocos de Financiamento da Assistência Farmacêutica

Um dos temas mais discutidos nos últimos anos é o financiamento dos sistemas de saúde, que compreende o processo de arrecadação de recursos monetários destinados à execução de um gasto, à realização de um investimento ou à obtenção de um objetivo específico (VIEIRA; ZUCCHI, 2013).

Com a publicação da Portaria nº 399/06, que divulga o Pacto pela Saúde, há a pactuação da responsabilidade das três esferas de gestão pelo financiamento do SUS, com os recursos federais transferidos em blocos, entre eles, o bloco da assistência farmacêutica o qual deve “agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde” (BRASIL, 2006b).

A Portaria nº 204/07 regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. O bloco da assistência farmacêutica está organizado em três componentes: o básico, o estratégico e o especializado (BRASIL, 2007b).

Componente básico - refere-se à aquisição de medicamentos e insumos da AF e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da AB. A Portaria nº 3.237/07 unificou os valores das partes fixa e variável, estabelecidas na Portaria nº 204/07, de modo a compor um valor único de financiamento, inserido no componente básico (BRASIL, 2011b). **Financiamento:** tripartite

Componente estratégico - refere-se ao financiamento de ações da AF de programas de saúde estratégicos (tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolo e normas estabelecidas e possuam impacto socioeconômico): tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; anti-retrovirais do programa DST/Aids; sangue, hemoderivados e imunobiológicos; alimentação e nutrição; tabagismo; talidomida. **Financiamento:** federal

Componente especializado - refere-se ao acesso a medicamentos, em nível ambulatorial, com linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo MS. **Financiamento:** bipartite (Ministério da Saúde + Secretarias de Saúde Estaduais).

3.7.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica

Antecedendo a atual configuração da AF básica, em 1997 foi criado o Programa Farmácia Básica (PFB) para proporcionar à população de baixa renda o acesso aos medicamentos essenciais os quais eram adquiridos e distribuídos de forma centralizada pelo MS. Os laboratórios farmacêuticos públicos produziam os medicamentos e os distribuíam aos municípios. Em 1999 o programa passou a se chamar Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), passando a fazer parte todos os municípios que aderiam ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica com financiamento tripartite. Os medicamentos passaram a ser adquiridos e distribuídos pelos gestores estaduais e municipais (VIEIRA, 2010).

A regulamentação vigente que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS é definida pela Portaria nº 1.555/13, segundo a qual o CBAF “destina-se à

aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde” (BRASIL, 2013).

O financiamento do CBAF é tripartite com a aplicação mínima, por hab/ano, de valores de seus próprios orçamentos, conforme tabela 1.

Tabela 1. Valores per capita aplicados no CBAF pelas esferas governamentais

Esfera governamental	Valor por hab/ano (R\$)
União	5,10
Estados	2,36
Municípios	2,36

Fonte: Elaboração própria com base na Portaria nº 1.555/13

Os valores supracitados são para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do CBAF constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS. No caso dos estados e municípios, no valor pactuado, também está incluso os insumos para os usuários insulín dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/07, são eles: seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina, tiras reagentes de medida de glicemia capilar e lancetas para punção digital (BRASIL, 2007c; BRASIL 2013).

Tais valores podem ser majorados, conforme pactuações nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), devendo ser pactuada, também, a periodicidade e a forma de repasse dos estados aos municípios. As Secretarias de Saúde dos estados e municípios poderão pactuar que os recursos financeiros estaduais sejam implementados mediante medicamentos produzidos em laboratórios públicos oficiais, cujo valor unitário de aquisição será informado na respectiva CIB. Para alocação dos recursos será utilizada a população estimada pelo IBGE. Os recursos financeiros advindos do MS serão transferidos a cada um dos entes federativos em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor total anual (BRASIL, 2013).

O financiamento tripartite é um fator importante para a descentralização da AF, porém o seu acréscimo nos últimos anos não foi suficiente para qualificar a aquisição de medicamentos pelos gestores públicos. A falta de autonomia da coordenação da AF na gestão dos recursos financeiros pode fundamentar algumas

dificuldades relacionadas à estruturação e qualificação dos serviços farmacêuticos (SOUZA et al., 2017).

Os municípios poderão, anualmente, utilizar até 15% da soma dos valores dos recursos financeiros, definidos nos termos dos incisos II, III e § 1º do art. 3, para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de AF e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da AF, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade. É de responsabilidade do MS o financiamento e a aquisição das insulinas NPH e regular, medicamentos contraceptivos e insumos do programa saúde da mulher, constantes da RENAME (BRASIL, 2013).

O monitoramento da aplicação dos recursos financeiros transferidos entre os fundos de saúde e os montantes aplicados pelas Secretarias de Saúde é realizado por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). Caso seja constatada a não aplicação dos recursos financeiros definidos, o MS suspenderá suas transferências. A execução das ações e serviços de saúde no âmbito do CBAF é descentralizada, sendo os estados e municípios responsáveis por selecionar, programar, adquirir, armazenar, controlar estoque e prazos de validade, distribuir e dispensar os medicamentos e insumos do CBAF (BRASIL, 2013).

4 METODOLOGIA

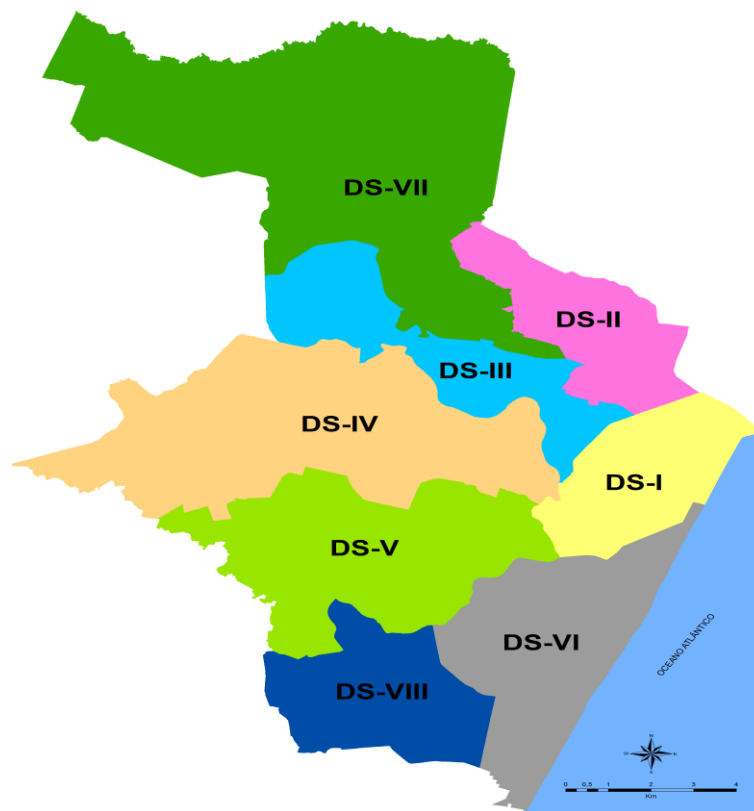
4.1 Caracterização do local de estudo

A cidade do Recife, capital de Pernambuco, situada no litoral do Nordeste, apresenta uma superfície territorial de 218,4 Km², limitando-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe e a leste com o Oceano Atlântico.

Seu território é diversificado com 67,43% de morros, 23,26% de planícies, 9,31% de áreas aquáticas e 5,58% de Zonas Especiais de Preservação Ambiental

(ZEPA) (Recife, 2014). Divide-se em 94 bairros aglutinados em oito Regiões Político-Administrativas (RPA), que correspondem aos Distritos Sanitários (DS) (Figura 03).

Figura 03 – Divisão espacial da cidade do Recife, Pernambuco.

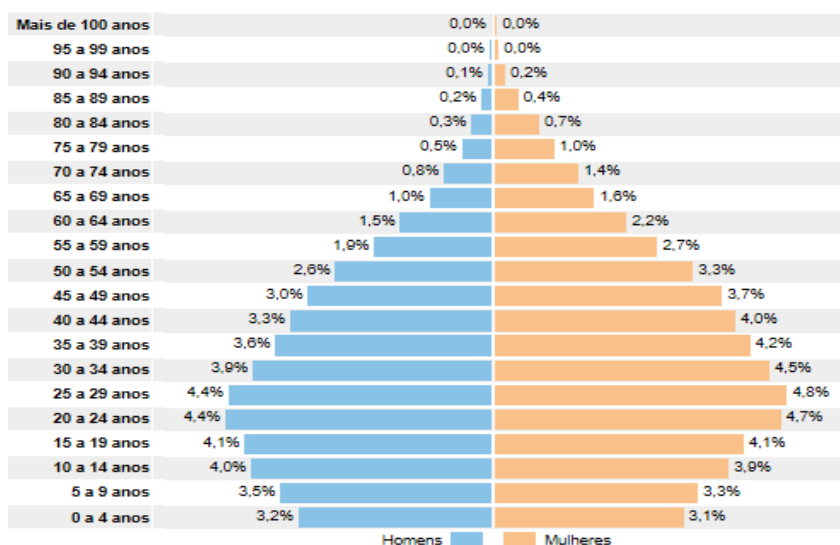


Fonte: SESAU, Recife.

4.1.1 Dados sociodemográficos

Segundo dados do censo 2010 (IBGE), Recife tem uma população de 1.537.704 habitantes, distribuída segundo figura 04, onde se observa o predomínio de jovens. Quanto à distribuição por gênero, 46,16% da população residente é masculina e 53,84% feminina.

Figura 04. Pirâmide etária do Recife, Pernambuco.



Fonte: www.ibge.gov.br

4.1.2 Dados socioeconômicos

A média salarial dos trabalhadores formais é de 3,2 salários mínimos e 47% da população é ocupada. Apresenta um PIB per capita de R\$ 29.701,32, com participação de 30,6% no PIB estadual; IDHM 0,772 o que situa o município na faixa de desenvolvimento humano alto (IBGE, 2010); renda per capita média de R\$ 1.144,26 (2010); índice de Gini 0,68 (2010).

Tabela 2. PIB per capita do Recife e sua participação (%) no PIB estadual

Município	2011	2012	2013	2014	2015
PIB per capita (em R\$ 1,00)					
Recife	24.332,68	27.581,69	29.240,89	31.405,82	29.701,32
Participação (%) no PIB estadual					
	34,16	33,51	33,14	32,56	30,6

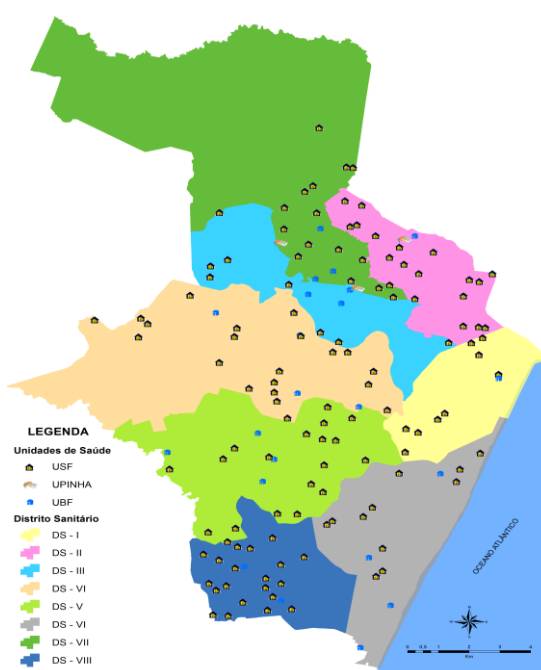
Fonte: Elaboração própria com base na BDE

No período do estudo, Recife apresentou um aumento de 57,2% na despesa per capita com saúde (R\$/hab) passando de R\$382,95 em 2011 para R\$ 602,11 em 2015. Quanto ao abastecimento de água 86,7% é realizada por meio da rede geral, 55% dos domicílios tem instalações sanitárias na rede geral de esgoto e 98% dos moradores destinam o lixo através da coleta pública.

4.1.3 Rede municipal de serviços de saúde

O município possui 294 estabelecimentos de gestão municipal. A rede da atenção básica é composta por Unidades de Saúde da Família, UPINHAS/USF, Unidades Básicas Tradicionais de Saúde (figura 05), com uma cobertura populacional de 59,93% (RECIFE, 2015).

Figura 05 – Distribuição da rede básica de saúde do Recife.



Fonte: SESAU, Recife.

No período estudado, o número de unidades de saúde foi ampliado conforme tabela 03. Visando ampliar o escopo da atenção básica, a rede ainda dispõe dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Núcleos de Práticas Integrativas (NAPI).

Tabela 03. Distribuição dos estabelecimentos básicos de saúde do Recife

Estabelecimento de saúde	2011	2012	2013	2014	2015
Unidade Básica de Saúde	23	23	22	22	22
Unidade de Saúde da Família	120	120	122	126	129
UPINHA	0	0	0	6	7

Fonte: SESAU, Recife

A rede especializada é formada por policlínicas, centros de especialidades odontológicas, maternidades, hospitais pediátricos, laboratório de saúde pública e unidades especializadas: centro de referência em saúde do trabalhador, centro de reabilitação física, unidade de cuidados integrais e o ambulatório especializado da mulher. A rede de Saúde Mental conta com 17 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 11 CAPS Transtorno Mental e 06 CAPS Álcool e Drogas. A oferta assistencial à saúde é complementada por serviços privados com 03 Hospitais Gerais, 01 Hospital Pediátrico, 03 Hospitais Psiquiátricos, 08 Laboratórios de Patologia Clínica e 10 Serviços de Imagem, além de 04 Serviços de Oftalmologia e 09 de Reabilitação (RECIFE, 2014).

4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal com componente longitudinal, de natureza descritiva e retrospectiva dos gastos com a aquisição de medicamentos da atenção básica do município de Recife, no período de 2011 a 2015.

4.3 Fonte e processamento dos dados

Para a coleta dos dados referentes aos gastos totais com a aquisição de medicamentos usados na AB foram usados relatórios gerenciais de entrada de produtos, por período estudado, do sistema de gestão da AF do município (HÓRUS) nos quais constam o valor unitário de aquisição do medicamento. As informações relativas aos gastos foram digitadas em planilha EXCEL®, onde foram listados os dados referentes à descrição do medicamento, incluindo a concentração e apresentação farmacêutica, quantidade adquirida e valor unitário.

Os medicamentos foram agrupados por programa de saúde, conforme denominação do sistema HORUS: asma, climatério, cardiovascular, clínico geral, diabetes, dislipidemia, toxoplasmose, parkinson e saúde mental. O gasto total foi

obtido pela multiplicação da quantidade adquirida pelo valor unitário. Em seguida, o valor total foi deflacionado aplicando-se o número índice anual do Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA), deflator usado para o reajuste nos preços de medicamentos, conforme as normas de regulação para o setor farmacêutico, definidas pela Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003. O ano base de cálculo foi 2015.

Os dados sobre despesa paga em saúde, no período de 2011 a 2015, para o cálculo da participação relativa dos medicamentos da AB foram obtidos a partir da página eletrônica da Prefeitura do Recife (Portal da Transparência) com o seguinte procedimento: portal da transparência > despesas > despesa função programática > ano > mês inicial > mês final > função: saúde > subfunção: todas as subfunções > programa: todos os programas > projeto/atividade/operações especiais: todos os projetos > fonte de recursos: todas as fontes .

As informações referentes aos recursos do município para financiamento da AFB (Assistência Farmacêutica Básica), incluindo as contrapartidas federal e estadual foram obtidos dos extratos da conta da farmácia básica, disponibilizados pela divisão de convênios da Secretaria de Saúde Municipal. Os dados sobre os indicadores da AB (nº de unidades de saúde, nº de médicos, nº de consultas, nº equipes de saúde da família, % de cobertura da atenção básica) foram extraídos de relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), fornecidos pela gerência da atenção básica do município. As informações sobre o nº de apresentações de medicamentos da assistência farmacêutica básica foram obtidas pelos relatórios de entrada de produtos do HORUS.

Com o propósito de identificar os medicamentos que mais influenciaram nos gastos totais anuais foi feita a Curva ABC. Trata-se de um método de classificação, no qual os produtos são identificados conforme o seu valor financeiro a fim de demonstrar a importância de cada item em relação ao total para a gestão apropriada dos recursos (DUARTE et al, 2015). Sua análise permite definir estratégias de compra, rotatividade de estoque, armazenamento, prioridade de compra e controle especial de fornecimento (OSÓRIO-DE-CASTRO et al, 2014).

Também conhecida como gráfico de Pareto, parte do princípio de que um pequeno grupo de itens (até 20%) concentra a maior parte (50-80%) da despesa total, ou seja, apresenta alto impacto financeiro, sendo denominado classe A

(OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014). Embora representem os maiores gastos, não são necessariamente aqueles de maior custo unitário (VECINA NETO, 1998).

Um outro grupo, denominado classe B, formado por 20 a 30 % dos itens, concentra uma parcela média (20-30%) da despesa total. E o grupo que reúne a maioria dos itens (50-80%), denominado classe C, compromete uma fração de até 20% da despesa total (tabela 04). Esses percentuais podem variar conforme julgamento do gestor, considerando-se a disponibilidade de recursos administrativos e objetivo da aplicação (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Tabela 04. Classificação dos medicamentos segundo curva ABC

Classificação ABC			
	A	B	C
% itens	Até 20%	20% – 30%	50% – 80%
% valor (R\$)	50% – 80%	20% – 30%	Até 20%

Fonte: OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014

Para a elaboração da curva ABC os medicamentos foram listados em planilha EXCEL® com descrição da apresentação farmacêutica (comprimido, frasco etc.), quantidade adquirida e valor unitário do período. Multiplicou-se a quantidade adquirida pelo valor unitário, obtendo-se assim o valor total. Em seguida, calculou-se o valor percentual de cada item, dividindo o valor total do item pelo valor total da lista. A lista foi rearranjada com os valores percentuais individuais classificados em ordem decrescente e calculado o percentual acumulado para a categorização segundo ponto de corte da tabela 04.

Os medicamentos de maior relevância (classe A) foram agregados por subgrupo terapêutico, 2º nível, de acordo com a classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) que é uma recomendação oficial da OMS para os estudos de medicamentos. Neste sistema, os fármacos são divididos em diferentes grupos, de acordo com seus sítios de ação e características químicas e terapêuticas, compreendendo cinco níveis diferentes (CASTRO, 2000; MARÍN, 2003).

O primeiro nível corresponde ao sistema no qual age o fármaco; o segundo nível corresponde ao grupo terapêutico principal; o terceiro ao subgrupo terapêutico/farmacológico e o quarto nível ao subgrupo terapêutico/farmacológico/químico. O quinto nível corresponde ao nome genérico do fármaco (CASTRO, 2000).

4.4 Análise dos dados

Os dados das variáveis elencadas foram processados no software Stata14® para análise estatística através de regressão linear múltipla, pelo método dos mínimos quadrados ordinários. A análise de regressão é o estudo de uma variável (a variável dependente) em função de uma ou mais variáveis (as variáveis independentes), com o objetivo de estimar e/ou prever o valor médio da variável dependente, utilizando valores observados por amostragem das variáveis independentes. É um dos métodos estatísticos utilizados com maior frequência. O modelo de regressão linear múltipla descreve uma variável dependente Y como função de várias variáveis regressoras ou independentes (GAZOLA, 2002). Um modelo geral, com p variáveis regressoras, é dado por

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \dots + \beta_p X_{ip} + \varepsilon_i$$

$(i=1, \dots, n)$

Y_i – observações da chamada variável dependente,

X_{ik} – variáveis independentes ($k = 1, 2, \dots, p$);

β_i – parâmetros da população;

ε_i – erros aleatórios (representam os inúmeros fatores que, conjuntamente, podem interferir nas observações da variável dependente Y)

4.5 Variáveis do estudo

As variáveis usadas no estudo estão descritas na tabela 06, com suas respectivas fontes de informação.

Tabela 05. Variáveis analisadas no estudo

Variável dependente (resposta)	Fonte
Gasto com a aquisição de medicamentos da atenção básica	Horus
Variáveis independentes (explicativas)	
Número de unidades de saúde da atenção básica	SIAB
Número de apresentações farmacêuticas	Horus

Variáveis independentes (explicativas)

Número de profissionais médicos da atenção básica	SIAB
Número de consultas médicas	SIAB
Número de equipes de saúde da família	SIAB
Taxa de cobertura populacional da atenção básica	SIAB
População estimada	IBGE

Fonte: Elaboração própria

4.6 Critérios de exclusão

Foram excluídos os medicamentos dos programas de tuberculose, hanseníase, planejamento familiar e as insulinas (NPH e regular), cujas aquisições são centralizadas no governo federal, bem como os medicamentos injetáveis presentes na relação nacional de medicamentos do CBAF de uso hospitalar / urgências e os medicamentos da lista complementar à RENAME, cuja aquisição não é contemplada pelo financiamento do CBAF.

5 ASPECTOS ÉTICOS

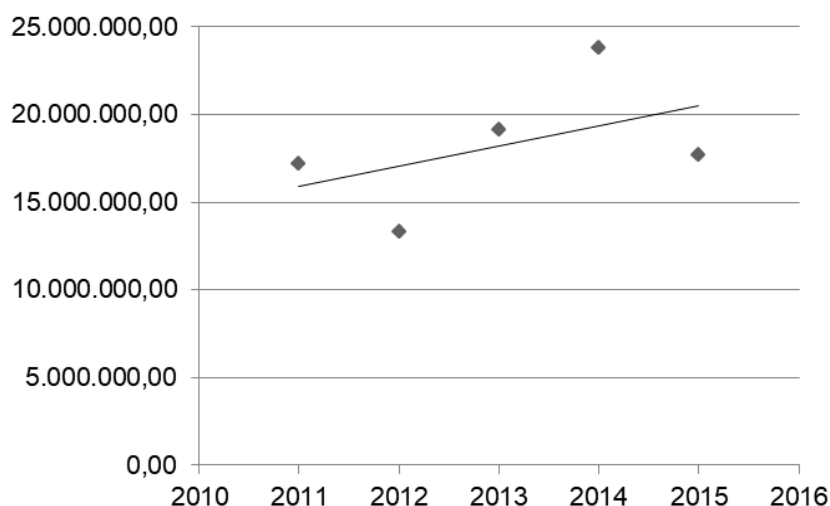
Por ser um estudo conduzido com dados secundários, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. A pesquisa foi submetida à anuência da Secretaria de Saúde do Recife.

6 RESULTADOS

6.1 Gasto total deflacionado com a aquisição de medicamentos padronizados na atenção básica do Recife (2011-2015).

A partir dos relatórios de entrada de produtos do HÓRUS, foi quantificado o gasto total com os medicamentos do CBAF padronizados para a atenção básica municipal, no período de 2011 a 2015. Estes gastos foram corrigidos, a valores de 2015, aplicando-se o número índice do IPCA (figura 06).

Figura 06. Evolução dos gastos com a aquisição medicamentos padronizados na atenção básica do Recife (2011-2015).



Fonte: Elaboração própria

Como pode ser observado na tabela 06, em 2012 houve uma queda de 22,50% nos gastos com medicamentos em relação ao ano anterior. Nos anos seguintes tem-se uma elevação nos gastos com crescimento de 43,44 % e 24,47% em 2013 e 2014, respectivamente. Porém, em 2015 houve redução de 25,69%.

Tabela 06. Taxa de crescimento dos gastos com aquisição de medicamentos da atenção básica do Recife (2011-2015).

Exercício	Gasto deflacionado a valores de 2015	Taxa de crescimento (%)
2011	17.188.190,79	-
2012	13.320.107,38	-22,50%

Exercício	Gasto deflacionado a valores de 2015	Taxa de crescimento (%)
2013	19.106.040,15	43,44%
2014	23.781.160,14	24,47%
2015	17.671.037,35	-25,69%

Fonte: Elaboração própria

Os gastos com aquisição de medicamentos da atenção básica em relação à despesa total paga pela saúde no período do estudo estão ilustrados na tabela 07.

Tabela 07. Proporção da despesa com medicamentos básicos em relação aos gastos totais com saúde do município de Recife.

Exercício	Despesa funcional paga – saúde (R\$)	Despesa com aquisição medicamentos atenção básica (R\$)	%
2011	585.018.490,97	12.929.179,14	2,21
2012	688.679.815,21	10.636.230,58	1,54
2013	754.992.998,37	16.108.471,15	2,13
2014	892.999.324,06	21.481.242,54	2,41
2015	925.461.073,67	17.671.037,35	1,91

Fonte: Elaboração própria

A maior proporção da despesa com a aquisição de medicamentos foi em 2014 (2,41%) e a menor proporção foi em 2012 (1,54%), com uma média de 2,04%.

6.2 Gastos totais deflacionados com a aquisição de medicamentos da atenção básica do Recife por programas de saúde

A tabela 08 mostra o gasto total corrigido com a aquisição de medicamentos por programas de saúde, onde se verifica que o programa Clínico Geral responde pela maior parcela (R\$ 22.656.916,88) dos gastos, seguido de Saúde Mental (R\$15.643.973,60) e Cardiovascular (R\$14.834.731,28).

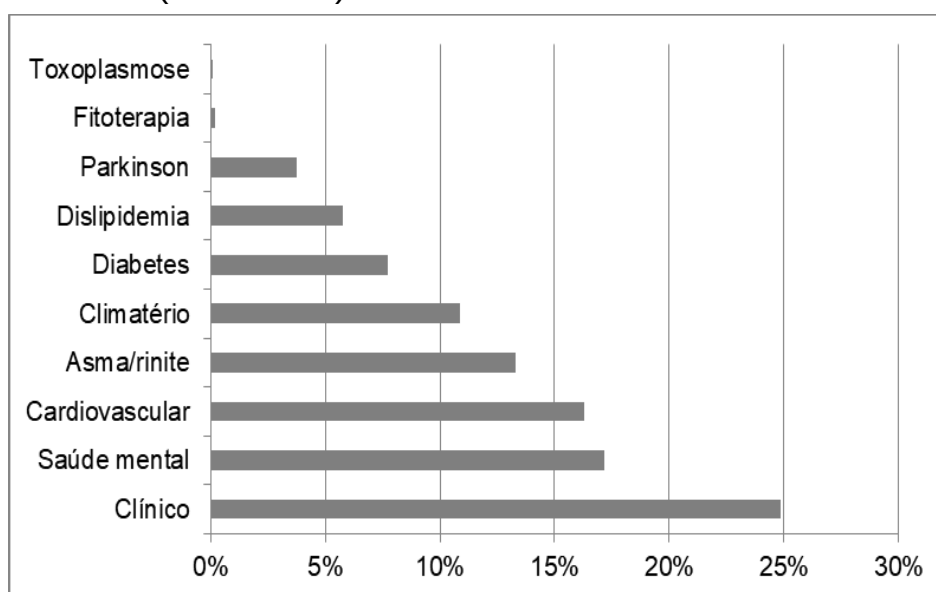
Tabela 08. Gastos totais corrigidos com a aquisição de medicamentos da atenção básica por programas de saúde, Recife.

Programas de saúde	2011	2012	2013	2014	2015	Gasto total
Clínico Geral	5.027.129,25	1.796.636,15	4.347.653,76	6.237.397,79	5.248.099,94	22.656.916,88
Saúde Mental	2.181.395,99	2.213.886,44	4.461.821,35	4.696.464,04	2.090.405,78	15.643.973,60
Cardiovascular	2.194.802,56	2.672.309,88	2.490.227,38	3.997.633,26	3.479.758,21	14.834.731,28
Asma/Rinite	3.663.707,85	2.103.687,02	2.071.781,30	2.204.490,96	2.070.715,87	12.114.383,00
Climatério	1.138.139,85	2.206.207,17	2.480.066,83	2.269.430,65	1.813.764,48	9.907.608,98
Diabetes	905.470,29	1.179.682,03	1.179.635,00	2.104.128,86	1.675.060,40	7.043.976,58
Dislipidemia	473.483,89	830.821,33	1.563.301,38	1.537.731,73	850.266,27	5.255.604,60
Parkinson	1.602.995,02	249.416,47	510.461,86	709.576,73	326.946,23	3.399.396,31
Fitoterapia	0	67.460,90	1.091,29	0	80.265,15	148.817,34
Toxoplasmose	1.066,08	0	8.382,88	24.306,13	35.755,02	69.510,11
Gasto total	17.188.190,79	13.320.107,38	19.114.423,03	23.781.160,14	17.671.037,35	91.074.918,69

Fonte: Elaboração própria

Considerando todo o período (2011-2015) estudado, ao analisar a participação relativa de cada programa de saúde, na composição dos gastos com medicamentos, merece destaque, entre as condições crônicas, o gasto com saúde mental, cujo índice foi de 17,18%. Em seguida, aparecem cardiovascular (16,29%), asma/rinite (13,30%) e climatério (10,88%) (Figura 07).

Figura 07. Gasto total corrigido com a aquisição de medicamentos da atenção básica do Recife, por programas de saúde (2011-2015).



Fonte: Elaboração própria

6.3 Variáveis associadas ao aumento dos gastos com aquisição de medicamentos da atenção básica no Recife

Os valores das variáveis explicativas municipais usadas para análise da associação com o gasto total corrigido com a aquisição de medicamentos da atenção básica estão descritos na tabela 09.

Tabela 09. Valores das variáveis municipais do Recife (2011-2015)

Variáveis explicativas	2011	2012	2013	2014	2015
Total unidades (UBS, USF, UPINHA)	143	143	144	154	158

Variáveis explicativas	2011	2012	2013	2014	2015
Nº de apresentações farmacêuticas	114	114	113	122	122
Nº de médicos da atenção básica	245	250	240	262	267
Nº de consultas médicas	654.234	603.721	561.628	615.609	633.627
Nº de equipes de saúde da família	252	257	257	269	271
% de cobertura da atenção básica	60	60	60	62	62
População estimada	1.550.786	1.555.039	1.599.513	1.608.488	1.617.183

Aplicando-se o modelo de regressão linear múltipla, pelo método de estimação dos mínimos quadrados ordinários, verificou-se que a associação das variáveis: número de apresentações farmacêuticas + número de profissionais médicos tiveram correlação estatisticamente significativa com valor $p < 0,01$ e $R^2 = 0,992$. Pode-se afirmar que 99,2% da variância dos gastos com a aquisição de medicamentos da atenção básica são explicadas pela associação dessas duas variáveis independentes. Não foi observada correlação significativa entre as demais variáveis (tabela 10).

Tabela 10. Associação do gasto total (R\$) com aquisição de medicamentos da atenção básica, corrigido em valores de 2015, com as variáveis municipais do Recife (2011 a 2015).

VARIÁVEIS	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Total unidades de saúde	-1.466 (0.899)					
Nº de apresentações farmacêuticas	4.6641 (0.751)	17.646*** (0.004)	3.550 (0.364)	4.269 (0.683)	-26.524 (0.243)	0.692 (0.816)
Nº de profissionais médicos		-13.321*** (0.006)				
Nº de Consultas médicas			-1.122 (0.563)			
Nº de equipes de saúde da família				-1.722 (0.862)		
% de cobertura da atenção básica					64.124 (0.235)	
População estimada						6.172 (0.362)

Observações	5	5	5	5	5	5
R ²	0.307	0.992	0.383	0.307	0.560	0.462

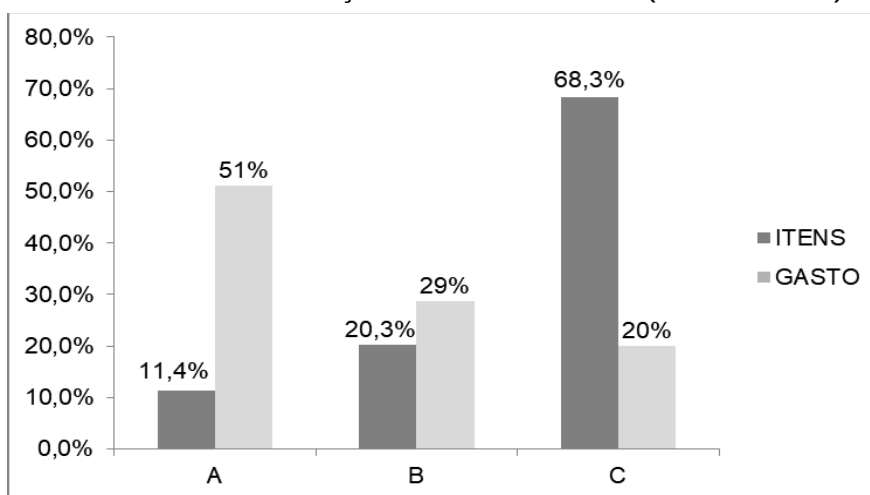
p-valor em parênteses, *** p<0.01

Todas as variáveis estão em logaritmo

6.4 Medicamentos com maior relevância no gasto total com aquisição (2011-2015)

Foram identificados pela curva ABC os medicamentos de elevada relevância financeira (A), os medicamentos de relevância média (B) e os medicamentos de baixa relevância (C) em relação ao gasto total corrigido com a aquisição de medicamentos da atenção básica no período de 2011 a 2015. A figura 08 aponta que 11,4% dos itens representam 51% dos gastos totais; 20,3% dos itens compreendem 29% dos gastos e a maioria de 68,3% dos itens comprometem apenas 20 % dos gastos totais.

Figura 08. Curva ABC do gasto médio com a aquisição de medicamentos da atenção básica do Recife (2011 a 2015).



Fonte: Elaboração própria

Os itens classe A foram categorizados segundo o subgrupo terapêutico pelo sistema ATC, 2º nível em todo o período de estudo. As tabelas detalhadas por medicamentos podem ser observadas nos apêndices.

Em 2011 observa-se que as preparações nasais, compreendidas pelos corticóides nasais, foram responsáveis pelo maior impacto nos gastos do período

(35,69%), seguidas pelos antiparkinsonianos (17,66%) e antimicrobianos (13,67%), conforme tabela 11.

Tabela 11. Distribuição dos gastos com aquisição (itens A), segundo subgrupo terapêutico (classificação ATC), 2011.

Subgrupo terapêutico	Quant.de itens	Valor anual corrigido (R\$)	Proporção anual em relação aos itens A
Preparações nasais	03	3.017.600,58	35,69%
Antiparkinsonianos	02	1.493.235,27	17,66%
Antimicrobianos	02	1.155.337,76	13,67%
Anti-hipertensivos	01	706.559,60	8,36%
Suplemento mineral	01	603.878,22	7,14%
Antidiabéticos orais	01	558.288,34	6,60%
Hipolipemiante	01	473.483,89	5,60%
Hormônio sexual	01	241.332,57	5,27%
		8.249.716,25	100%

Fonte: Elaboração própria

Na tabela 12 verifica-se que em 2012 o maior impacto foi ocasionado por suplemento mineral (carbonato de cálcio + vitamina D) com 33,51%, antihipertensivos (21,10%) e hipolipemiante (12,96%).

Tabela 12. Distribuição dos gastos com aquisição (itens A), segundo subgrupo terapêutico (classificação ATC), 2012

Subgrupo terapêutico	Quant.de itens	Valor anual corrigido (R\$)	Proporção anual em relação aos itens A
Suplemento mineral	01	2.149.201,83	33,51%
Antihipertensivos	01	1.353.123,13	21,10%
Hipolipemiante	01	830.821,33	12,96%
Antidepressivos	01	753.713,25	11,75%
Antidiabéticos orais	01	752.295,14	11,73%
Preparações nasais	01	573.874,29	8,95%
		6.413.028,96	100%

Fonte: Elaboração própria

Em 2013 o suplemento mineral continuou como o subgrupo terapêutico que mais impactou nos gastos (22,43%), seguido pelos antidepressivos (22,32%), e hipolipemiante (16,70%) (tabela 13).

Tabela 13. Distribuição dos gastos com aquisição (itens A), segundo subgrupo terapêutico (classificação ATC), 2013

Subgrupo terapêutico	Quant.de itens	Valor anual corrigido (R\$)	Proporção anual em relação aos itens A
Suplemento mineral	01	2.099.119,99	22,43%
Antidepressivos	02	2.089.167,73	22,32%
Hipolipemiante	01	1.563.301,38	16,70%
Antihipertensivos	02	1.302.844,50	13,92%
Antidiabéticos orais	02	1.157.820,82	12,37%
Preparações nasais	01	599.305,92	6,40%
Antiepiléticos	01	547.479,12	5,85%
		9.359.039,47	100,00%

Fonte: Elaboração própria

Na tabela 14 verifica-se que no ano de 2014 os antihipertensivos foram responsáveis pelos maiores gastos (19,07%), seguido por suplemento mineral (17,17%) e antidiabéticos orais (16,32%).

Tabela 14. Distribuição dos gastos com aquisição (itens A), segundo subgrupo terapêutico (classificação ATC), 2014

Subgrupo terapêutico	Quant.de itens	Valor anual corrigido (R\$)	Proporção anual em relação aos itens A
Antihipertensivos	02	2.176.259,55	19,07%
Suplemento mineral	01	1.959.702,23	17,17%
Antidiabéticos orais	02	1.862.135,50	16,32%
Antidepressivos	02	1.758.235,17	15,41%
Hipolipemiante	01	1.537.731,73	13,47%
Antifúngico de uso tópico	01	789.328,10	6,92%
Antiasmático	01	726.380,75	6,36%
Antiepiléticos	01	602.696,47	5,28%
		11.412.469,50	100,00%

Fonte: Elaboração própria

Em 2015 os antihipertensivos foram o subgrupo com maior relevância na composição dos itens A (30%), seguido pelo suplemento mineral (12,08%) e antidiabéticos orais (17,11%) (tabela 15).

Tabela 15. Distribuição dos gastos com aquisição (itens A), segundo subgrupo terapêutico (classificação ATC), 2015

Subgrupo terapêutico	Quant.de itens	Valor anual corrigido (R\$)	Proporção anual em relação aos itens A
Antihipertensivos	03	2.609.866,26	30,00%

Subgrupo terapêutico	Quant.de itens	Valor anual corrigido (R\$)	Proporção anual em relação aos itens A
Suplemento mineral	01	1.568.006,18	18,02%
Antidiabéticos orais	02	1.488.654,00	17,11%
Antimicrobianos	02	917.193,37	10,54%
Hipolipemiante	01	850.266,27	9,77%
Corticoide de uso sistêmico	01	457.965,88	5,26%
Antiulceroso	01	418.879,68	4,82%
Antiasmático	01	388.473,36	4,47%
		8.699.305,00	100,00%

Fonte: Elaboração própria

6.5 Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no município de Recife no período de 2011 a 2015.

A tabela 16 mostra os recursos transferidos pelo governo federal ao município para o financiamento do componente básico da assistência farmacêutica do Recife, conforme as portarias vigentes. É possível observar uma pequena variação para mais no percentual repassado em 2011 (108,33%) e para menos em 2013 (91,8%) e 2015 (97,1%).

Tabela 16. Repasse financeiro federal do CBAF transferido ao município do Recife.

Tabela 16: Repasse financeiro federal do CEAR transferido às municipalidades do RioGr.					
CONTRAPARTIDA	VALOR PERCAPTA	EXERCICIO	VALOR PACTUADO ANUAL (R\$)	VALOR REPASSADO (R\$)	%
Federal	R\$ 5,10/hab	2011	7.964.460,96	8.628.166,00	108,33%
		2012	7.964.460,96	7.964.460,96	100%
		2013	7.964.460,96	7.310.755,88	91,8%
		2014	7.964.460,96	7.964.460,96	100%
		2015	7.964.460,96	7.731.305,20	97,1%
					39.599.149,00

Fonte: SESAU, Recife

O repasse estadual para o financiamento do componente básico da assistência farmacêutica do Recife está demonstrado na tabela 17. Verifica-se o não cumprimento dos valores a serem repassados, de acordo com as portarias vigentes no período (Portaria 4.217/10 e Portaria 1.555/13), além de uma considerável

redução nos percentuais repassados passando de 43,7% em 2011 para 38,8% em 2012 e 12,59% em 2013. O ano de 2014 foi o de melhor índice da contrapartida estadual com 90,4%, diminuindo, substancialmente, para 20,8% e em 2015.

Tabela 17. Repasse financeiro estadual do CBAF transferido ao município do Recife

Tabela 2.1. Repasse financeiro estadual do SUS - transferências do Município de Niterói						
CONTRAPARTIDA	VALOR PERCAPTA	EXERCÍCIO	VALOR PACTUADO ANUAL (R\$)	VALOR REPASSADO (R\$)	REPASSE EM MEDICAMENTOS (R\$)	%
Estadual	Portaria 4.217/10 (R\$ 1,86/hab)	2011	2.904.685,74	0,00	1.268.083,66	43,7
		2012	2.904.685,74	0,00	1.127.720,69	38,8
		JAN-JUL/13	1.694.400,02	0,00		
		AGO-DEZ/13	1.535.631,35	0,00	406.744,50	12,59
		2014	3.685.491,24	3.329.968,23	0,00	90,4
		2015	3.685.491,24	767.307,90	0,00	20,8
				4.097.276,13	2.802.548,85	

Fonte: SESAU, Recife

Na contrapartida municipal para o financiamento do CBAF também é verificado o não cumprimento dos valores mínimos pactuados em 2012, 2014 e 2015, cujos percentuais chegaram a apenas 59,2%, 28,3% e 23,7%, respectivamente, dos valores definidos nas portarias (tabela 18).

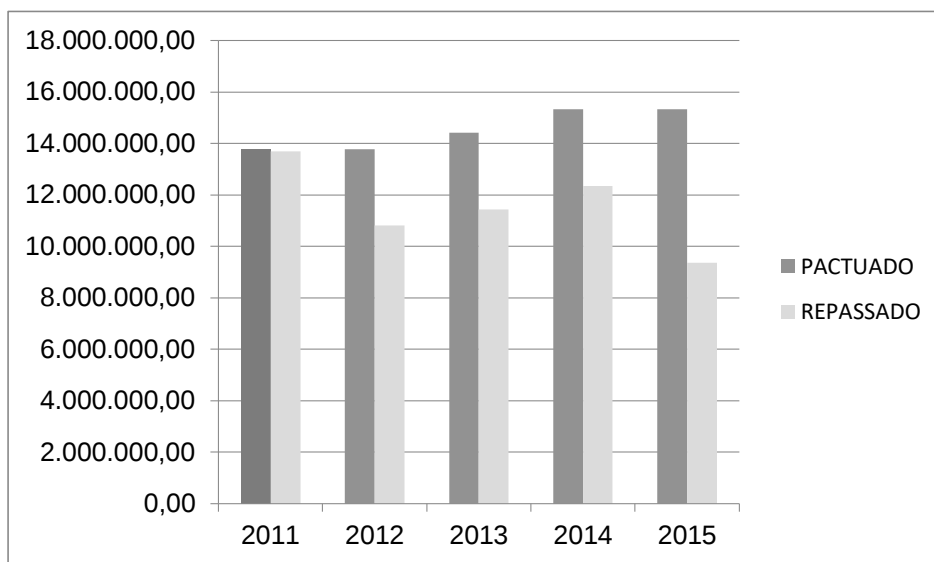
Tabela 18. Contrapartida municipal do CBAF

CONTRAPARTIDA	VALOR PERCAPTA	EXERCICIO	VALOR PACTUADO ANUAL (R\$)	VALOR APLICADO (R\$)	%
Municipal	Portaria 4.217/10 (R\$ 1,86/hab)	2011	2.904.685,74	3.792.792,06	130,6
		2012	2.904.685,74	1.718.839,05	59,2
		JAN-JUL/13	1.694.400,02	3.721.370,54	115,2
	AGO-DEZ/13	1.535.631,35			
	Portaria 1.555/13 (R\$ 2,36/hab)	2014	3.685.491,24	1.044.041,94	28,3
		2015	3.685.491,24	872.578,05	23,7
				11.149.621,64	

Fonte: SESAU, Recife

A figura 09 apresenta os valores pactuados e investidos no município, considerando as três esferas gestoras (União, Estado e Município) para execução do CBAF. Percebe-se uma lacuna entre os valores pelo não cumprimento da pactuação.

Figura 09. Valores totais (R\$) pactuados e investidos no município de Recife para execução do CBAF



Fonte: Elaboração própria

É possível visualizar na tabela 19 que o valor percapta aplicado ficou abaixo do valor mínimo estipulado pelas portarias vigentes em cada período.

Tabela 19. Gasto percapta do município do Recife com medicamentos do CBAF

ANO	PORTARIA	VALOR PERCAPTA (R\$ HABITANTE/ANO)	VALOR APLICADO (R\$ HABITANTE/ANO)
2011	4.217/10	8,82	8,77
2012	4.217/10	8,82	6,92
2013	1.555/13	9,82	7,32
2014	1.555/13	9,82	7,90
2015	1.555/13	9,82	6,00

Fonte: Elaboração própria

7 DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que ao deflacionar os valores, a preço de 2015, houve um incremento de 3% nos gastos com a aquisição de medicamentos da atenção básica, resultado inferior ao encontrado em outros estudos. Santos (2014) observou uma taxa de crescimento total de 213,67% nos gastos do município de Jaboatão dos Guararapes com medicamentos do CBAF (2008 a 2013), sendo este resultado atribuído à inflação, número de apresentações e tipos de classes terapêuticas de medicamentos, além da taxa de cobertura da estratégia saúde da família.

Cunha (2014) sinalizou um crescimento de 38% nos gastos com medicamentos do CBAF nos municípios brasileiros, no período de 2009 a 2012. A autora demonstrou que o gasto governamental *per capita* com medicamentos da AFB apresentou correlação (Spearman) positiva forte com o percentual de mulheres e pessoas acima de 60 anos de idade na população e o total de pacientes acompanhados com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

Também Silva et al. (2016), registraram um aumento dos gastos médios com medicamentos da atenção básica por habitante, no município do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2014, ultrapassando o valor pactuado *per capita* a partir de 2013. Os autores observaram uma evolução de 128% nos gastos e uma redução de 29% na despesa com medicamentos hospitalares. Segundo o autor, essa decisão alocativa refletiu concretamente as prioridades de gestão.

Nos últimos anos, as despesas com medicamentos vêm crescendo em ritmo mais acelerado que os outros gastos em saúde nos três entes federativos. Considerando-se um cenário de limitação orçamentária e fiscal, uma elevação cada vez maior dos gastos denota a necessidade de uma avaliação econômica a fim de alocar melhor os recursos públicos (GARCIA et al., 2017).

Em 2015, o MS gastou em termos reais R\$ 14,8 bilhões com medicamentos, cifra que correspondeu a 13,7% do seu orçamento total. De 2008 e 2015, os recursos destinados a medicamentos tiveram um incremento 74%, passando de R\$ 8,5 bilhões para R\$ 14,8 bilhões, sendo essa taxa praticamente o dobro do observado para a saúde como um todo, de 36,6% (DAVID et al., 2016).

Foi observado um importante decréscimo nos gastos com a aquisição de medicamentos da AB na cidade do Recife em 2012 (-22,5%), ano que coincide com a troca do gestor municipal devido ao processo eleitoral, o que pode ter sido um obstáculo na execução orçamentária. Destaca-se ainda uma redução no gasto em 2015 (-25,7%), este resultado coincide com a crise econômica que afetou o território nacional.

Verificou-se uma tendência de crescimento nos gastos com saúde. No entanto, a proporção do gasto total com medicamentos não teve grande oscilação, apresentando uma média de 2,04%. Silva e Caetano (2014) verificaram uma média de 2,8% das despesas correntes com medicamentos como proporção dos gastos em saúde no município do Rio de Janeiro, porém com maior variação. Araújo, Gonçalves e Machado (2017) ao investigarem os gastos próprios com saúde dos municípios brasileiros em 2010, observaram uma despesa per capita com medicamentos distribuídos gratuitamente de 3,3% em relação à despesa per capita em saúde.

Boing et al. (2014), ao estudar os fatores associados ao empobrecimento de domicílios vivendo abaixo da linha da pobreza de 2002 a 2003, pontuou que o principal condicionante foi o gasto com medicamentos, o qual foi responsável por 60,9% do aumento de domicílios abaixo da linha de pobreza, refletindo a elevada proporção dos medicamentos nos gastos totais em saúde, em especial nos mais pobres.

Segundo Vieira (2018), é preciso considerar possíveis impactos da crise econômica para a diminuição do gasto dos estados e municípios com medicamentos. Uma queda na arrecadação pode resultar em menor aplicação em saúde em todas as esferas. Em um contexto de crise ou sanções econômicas, diversas políticas têm sido adotadas pelos governos para assegurar o acesso a medicamentos, embora haja poucas evidências sobre a sua efetividade.

Outro desafio diz respeito ao congelamento da aplicação mínima em ASPS (Ações e Serviços Públicos de Saúde) do MS em termos reais. Considerando a peculiaridade dos medicamentos bem como o teto de gasto, pode ocorrer que o gasto com medicamentos comprometa consideravelmente a disponibilidade de recursos federais para a oferta de outros bens e serviços de saúde. No que se refere a estados e municípios, as reduções observadas foram significativas, gerando

cautela para possíveis dificuldades que se seguirão nos próximos anos (VIEIRA, 2018).

Entre os países da OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) a desaceleração do crescimento de gastos com medicamentos no período pós-2008, pode ser atribuída à implementação de políticas para a contenção dos gastos e à expiração de patentes farmacêuticas. Diante dessa realidade, há alguns desafios para a provisão de medicamentos na atenção primária como: a agregação das compras públicas para obtenção de ganhos de escala; a implementação de sistemas de informação para alocação de recursos e controle; a adesão dos prescritores às listas de medicamentos, formulários terapêuticos, a atenção farmacêutica e medidas para prevenir a automedicação (VIEIRA, 2018).

Entre os elementos que contribuem para o aumento do consumo de medicamentos e, conseqüentemente dos gastos, está a transição demográfica, traduzida pelo aumento do número de idosos na população. Este fenômeno é consequência da diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida. Soma-se o incremento na prevalência dos distúrbios crônicos (diabetes, dislipidemia, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, entre outros), a manutenção de doenças infecciosas e a expansão do acesso aos serviços de saúde e das listas de medicamentos fornecidos pelo Estado (CUNHA, 2014).

Em se tratando do SUS, o gasto em saúde mantém-se ainda como importante obstáculo a ser superado uma vez que a escassez de recursos coexiste com a falta de eficiência e efetividade em sua aplicação, iniquidades na alocação de recursos, inadequada priorização e com os desvios (TELES et al., 2016). Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos, a AF deve proporcionar a regularidade do suprimento de medicamentos, e um dos diversos fatores que influenciam o seu gerenciamento é a disponibilidade de recursos financeiros. Por isso, faz-se necessário que o planejamento estabeleça um orçamento com previsão detalhada dos gastos de acordo com as necessidades de saúde a fim de garantir o fornecimento oportuno de medicamentos (OPAS; OMS, 2016).

Ao examinar o gasto com aquisição por programa de saúde, percebe-se que o clínico geral (24,88%) é o programa que mais impacta nos gastos totais. Esse resultado era previsível uma vez que é composto pelo maior número de

apresentações farmacêuticas, totalizando 60, usadas em sua maioria nas condições agudas. O gasto com saúde mental (17,18%) ocupa a segunda posição no ranking, com os antidepressivos fluoxetina (21%) e amitriptilina (15%) respondendo por 36% dos gastos dentro do programa.

Esse resultado é semelhante ao descrito por Figueiredo (2015) ao analisar os gastos com medicamentos psicotrópicos no CBAF no Estado de Minas Gerais no período 2011 a 2013. Segundo a autora, a maior demanda anual de psicotrópicos foi a de antidepressivos, representando 2,9% do total da demanda de medicamentos básicos e o gasto com medicamentos de saúde mental foi 3,4 vezes superior ao gasto com medicamentos utilizados em doenças cardiovasculares.

Em recente pesquisa para caracterizar o perfil de utilização de medicamentos pelos usuários da atenção primária no Brasil, Costa C et al. (2017), demonstrou que os antidepressivos estão entre os grupos de medicamentos mais utilizados. A depressão é apontada como a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão, um aumento de mais de 18% entre 2005 e 2015 (OPAS/OMS, 2017). Além disso, é um dos principais motivos de consulta médica nos serviços de APS (CARVALHO I; CARVALHO C; LOPES, 2015).

Ainda conforme a OMS a disponibilidade de medicamentos básicos para transtornos mentais na atenção primária é considerada baixa (quando comparada com medicamentos disponíveis para doenças infecciosas ou não transmissíveis), sendo seu uso limitado pela falta de profissionais de saúde qualificados para prescrição. Esse é um dos obstáculos importantes para o cuidado adequado de muitas pessoas com transtornos mentais (OMS, 2013).

Rocha e Werlang (2013), ao estudarem a prevalência e o padrão de consumo de psicofármacos por usuários de uma USF de Porto Alegre, observaram que os antidepressivos foram a classe de medicamentos mais prevalente (63,2%), sendo a fluoxetina o medicamento mais utilizado (24,8%), seguida da amitriptilina (20,4%). Resultado similar também foi apontado por Prado *et al.* (2017) ao estimar a prevalência de uso de psicotrópicos em Campinas (SP). Os autores verificaram que os antidepressivos corresponderam 52,6% dos psicotrópicos usados, com destaque para a fluoxetina e amitriptilina como os fármacos mais usados.

O teste de regressão sugere que há associação com significância estatística e correlação positiva entre a variável gasto com a aquisição de

medicamento e a variável número de apresentações farmacêuticas, e relação inversa com o número de médicos. O número de apresentações farmacêuticas padronizadas pela RENAME e disponibilizada pelo município na atenção básica passou de 114 para 122 no período de 2011 a 2015, elevando, portanto, o gasto com medicamento.

Segundo Vieira (2007), entre os fatores relacionados à elevação no gastos com medicamentos está a ampliação das listas de medicamentos. Considerando que o MS publicará a cada dois anos as atualizações da RENAME, isto pode levar ao aumento nos gastos uma vez que novos medicamentos poderão ser incluídos ou substituídos.

Em seu estudo, Santos (2014) também verificou significância estatística com forte correlação positiva entre as variáveis gasto total do CBAF corrigido e número de apresentações farmacêuticas de medicamentos padronizados, de modo que parte do aumento dos gastos no município de Jaboatão dos Guararapes, PE, pode ser explicado por esta variável.

A RENAME é um parâmetro para a elaboração das listas de medicamentos locais e não invalida a necessidade de realizar todo o processo de seleção baseado em critérios epidemiológicos, eficácia, segurança e custo. A composição da relação de medicamentos local fortalece a descentralização da gestão, exigindo dos gestores a definição de prioridades e alocação eficaz de recursos humanos e financeiros, no sentido de fortalecer e qualificar o processo (MARGARINOS-TORRES et al., 2013; KARNIKOWSKI et al., 2017).

Quando bem direcionada, a seleção de medicamentos proporciona ganhos financeiros para o SUS, bem como para o acesso a medicamentos eficazes, seguros e custo-efetivos aos usuários do sistema, devendo ter uma concepção epidemiológica com os medicamentos prioritários para a saúde pública. Além disso, é o eixo orientador para as ações de planejamento e de organização da AF e requer a articulação entre diferentes atores, principalmente gestores e profissionais da saúde (KARNIKOWSKI et al., 2017).

Os estudos que tratam da seleção de medicamentos no Brasil são poucos, mas indicam ausência, por parte dos municípios, da adoção de lista de medicamentos essenciais, fator importante na gestão de recursos financeiros e no acesso a medicamentos essenciais para os usuários dos serviços de saúde. Assim, é escassa no país a estruturação da Comissão de Farmácia e Terapêutica

multidisciplinar, que incluía profissionais da saúde de diferentes níveis de atenção à saúde e da gestão (KARNIKOWSKI et al., 2017).

A correlação inversa entre gasto com aquisição de medicamentos e o número de médicos pode estar relacionada à melhora da gestão local da AF, quanto às boas práticas do uso racional de medicamentos, além da prática de consulta compartilhada entre os prescritores e os farmacêuticos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e uma melhoria na execução de ações de promoção à saúde. Do mesmo modo, o estudo de Cunha (2014) assinalou uma correlação negativa forte entre o número de médicos de família e gasto governamental per capita com medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica, que pode estar relacionada às diretrizes da Atenção Primária à Saúde, segundo a autora.

Pesquisas demonstram que o sistema de saúde organizado pela atenção primária reduz custos, em especial, quando dispõe de recursos adequados, pois a atenção realizada pelo médico generalista ou de família e comunidade demanda custos menores e resulta em menor uso de medicamentos (GIOVANELLA, 2012).

Como a atenção primária prioriza uma abordagem preventiva e de promoção à saúde, há um incentivo para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos na produção da saúde. A promoção à saúde traz como princípios: a concepção holística da saúde; a busca da equidade; intersectorialidade; participação social com valorização do conhecimento popular e respeito pelo local. Esses princípios pressupõem a construção de um novo processo de trabalho ancorado principalmente na mudança de atitude dos profissionais e na gestão participativa da comunidade (SUNDFELD, 2010).

Uma investigação sobre a atenção prestada a 10.608 adultos por grupos de 60 médicos de família e 245 internistas generalistas mostrou que os pacientes de médicos de família tinham gastos farmacêuticos mais baixos (STARFIELD, 2002). Outra pesquisa em Maryland indicou que os médicos de família foram mais cautelosos ao recomendar medicamentos anti-hipertensivos em casos de pressão arterial discretamente elevada, sendo mais favoráveis a alguns regimes não farmacológicos (STARFIELD, 2002).

Para melhorar o uso de medicamentos na atenção primária em países em desenvolvimento, a forma mais eficaz é a combinação de educação e supervisão dos profissionais de saúde, educação do consumidor e garantia de adequado

acesso a medicamentos apropriados. Porém, a adoção dessas estratégias, isoladamente, traz impacto limitado (WANNMACHER, 2010).

Dados do estudo de Santos (2013) demonstram que após as intervenções desenvolvidas pela AF no âmbito do uso racional de medicamentos, houve uma redução da quantidade de medicamentos prescritos, relacionada à melhora da qualidade da prescrição de medicamentos. Este indicador é resultado de investimento em capacitação dos profissionais no âmbito da gestão da AF e promoção do URM. Essas atividades representaram o principal produto de mudança que impactou na redução dos valores gastos com medicamentos.

Os resultados da curva ABC mostraram que os medicamentos usados no tratamento das doenças crônicas como os anti-hipertensivos, suplemento mineral (carbonato de cálcio + vitamina D), usado na osteoporose, hipoglicemiante oral e hipolipemiante representaram os itens de maior impacto nos gastos totais deflacionados.

Outros autores também observaram em seus estudos classes terapêuticas semelhantes na composição dos gastos. Silva e Caetano (2016) constataram que antidiabéticos, anti-hipertensivos e antiasmáticos responderam por 51,4% dos gastos com medicamentos na Secretária Municipal do Rio de Janeiro em 2012. Silva et al. (2014), identificaram a contribuição de três categorias: anti-infecciosos, sistema cardiovascular e sistema nervoso, os quais juntos responderam por quase 56% da distribuição dos gastos com medicamentos no município Rio de Janeiro entre 2002-2011.

Em Fortaleza, Chaves (2009) verificou que as classes terapêuticas com maiores gastos de acordo com o 2º nível ATC foram os antibacterianos (18,79%), antidiabéticos (9,5%) e anti-hipertensivos (8,6%). Arrais et al. (2005) ao investigar os determinantes do consumo de medicamentos pela população de Fortaleza, constatou que a variável doença crônica foi o maior preditor do consumo de medicamentos, de modo que as pessoas com patologias crônicas consumiram 2,1 vezes mais medicamentos que os que não possuíam tais patologias.

No Reino Unido quatro classes terapêuticas foram responsáveis por 25% no incremento dos gastos com medicamentos da atenção primária em 2002: antidiabéticos (33%); anti-hipertensivos (18%); antipsicóticos (32%) e hipoglicemiantes (23%) (VIEIRA, 2007). Devido às alterações demográficas ocorridas no Brasil, a estrutura etária populacional do país foi significativamente

modificada. A proporção de idosos é cada vez maior, sendo o grupo etário que apresentou as maiores taxas de crescimento populacional. Como consequência, há um aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis com maior consumo de medicamentos (CUNHA, 2014).

Dentre as DCNT, a osteoporose se configura como um sério problema de saúde para a população idosa, visto que sua prevalência é maior nesses indivíduos (CAMARGOS; BOMFIM, 2017). Essa enfermidade atinge principalmente as mulheres acima de 50 anos de idade, sendo responsável pelo aumento do risco de fraturas. Dados da América Latina apontam 12% a 18% de osteoporose em coluna vertebral e de 8% a 22% em fêmur proximal entre as mulheres nessa faixa etária. No entanto, pouco se sabe sobre a sua prevalência na população brasileira, bem como sobre a incidência de quedas e fraturas associadas e os custos relacionados a esses eventos (MALTA et al., 2011).

Em um estudo realizado no Recife com 627 mulheres com idade igual ou maior a 50 anos, a prevalência da osteoporose foi de 28,8% na coluna lombar e de 18,8% no colo do fêmur (BANDEIRA; CARVALHO, 2007). Outro estudo em São Paulo com 301 idosos com 70 ou mais anos de idade mostrou 22% a 33% de osteoporose entre as mulheres e 6% a 16% entre os homens (MALTA et al., 2011). Entre os fatores de risco que influenciam a prevalência e incidência de osteoporose está a baixa ingestão de cálcio e vitamina D, por isso a suplementação de cálcio e vitamina D é o tratamento padrão na prevenção de fraturas (BRASIL, 2014b).

Os gastos com medicamentos que atuam no aparelho cardiovascular estão entre os que causam grande impacto, condizente com a principal causa de internação hospitalar e de óbito no município, as doenças do aparelho circulatório. Alguns estudos nacionais apontam os medicamentos do aparelho cardiovascular como predominantes nos gastos ou na prescrição.

Colete et al. (2016), demonstraram que esse tipo de medicamento apresentou a maior frequência de utilização em todas as classes sociais. Costa C et al. (2017), também indicou que esses fármacos, em especial os anti-hipertensivos, são o grupo mais utilizado pelos usuários da atenção básica do país e dos 20 medicamentos mais utilizados, sete pertencem ao sistema cardiovascular. Ao analisar os custos para a assistência à saúde de portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade pública de saúde de referência em Recife/PE,

Marinho et al. (2011), observaram que os custos com medicamentos para diabetes e doenças cardiovasculares representaram 36% do total dos custos diretos.

O custo das internações por doenças cardiovasculares (DCV) é considerado o maior dentre as causas de internações hospitalares no Brasil. Com o envelhecimento populacional a tendência é o aumento da incidência de DCV e, conseqüentemente os seus custos de forma exponencial. Os custos diretos e indiretos das DCV no Brasil vêm aumentando nos últimos cinco anos (2010-2015), sendo esse aumento mais significativo nos custos dos medicamentos (88%) (SIQUEIRA et al., 2017).

Estimam-se em cerca de 36 milhões as mortes anuais pelas DCNT. O aumento crescente dessas enfermidades afeta, principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as desigualdades sociais. Essas doenças podem levar a incapacidades, ocasionando custos materiais diretos aos pacientes, ademais de uma importante repercussão financeira sobre o sistema de saúde, mortes prematuras, reduções da renda familiar e da produtividade (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013; SIQUEIRA et al., 2017).

O enfrentamento das DCNT passa pela governança de ações e políticas públicas voltadas para a prevenção e redução dos fatores de risco, acesso aos cuidados de saúde, organização da vigilância e monitoramento, além do enfrentamento dos determinantes sociais como a redução da pobreza e da desigualdade social. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 identificou que 45% da população adulta brasileira referiu ter pelo menos uma DCNT, sendo as mais frequentes a hipertensão, dor na coluna ou nas costas, diabetes, artrite ou reumatismo, depressão e bronquite ou asma (MALTA et al., 2017).

Os dados apresentados indicam que mesmo com o incremento de R\$ 1,00 no valor percapta a ser aplicado no CBAF a partir de 2013, o município e, principalmente, o estado apresentou um baixo desempenho no que tange aos repasses dos recursos. Ao examinar o comportamento de aspectos da AF em municípios paraibanos, Bruns et al. (2014), apontou como fatores que dificultam a efetivação das ações sistemáticas da AF o não repasse da contrapartida estadual em 20% dos municípios, como também a ausência de contrapartida municipal em 9,1% dos municípios. Esses indicadores mostram que as instâncias envolvidas não vêm assumindo as contrapartidas sob sua responsabilidade, conforme a legislação

vigente, trazendo prejuízos e transtornos para o sistema de saúde e para a população assistida.

Corroborando com os resultados anteriores, Pontes et al. (2017), ao analisar o valor financeiro aplicado por habitante/ano em municípios brasileiros para aquisição de medicamentos do CBAF, também constatou que grande maioria dos municípios (73%) aplicou um valor per capita menor do que o mínimo recomendado e, desses, 47% possuem até 20 mil habitantes.

Segundo o autor, entre os fatores que podem explicar esse resultado estão a não aplicação da contrapartida estadual e/ou municipal; contrapartidas estadual e/ou municipal em desacordo com a pactuação e o modelo de gestão dos recursos, o qual deve ser pactuado na CIB. Além disso, os municípios com a gestão da AFB totalmente descentralizada aplicaram, em média, menos do que os municípios com gestão total ou parcialmente centralizada no estado e adquiriram itens acima do preço apresentado no BPS (Banco de Preços em Saúde).

Ao analisar os gastos com medicamentos do CBAF pelo município do Jaboatão dos Guararapes entre 2008 e 2013, Santos (2014) salientou um percentual médio do repasse das contrapartidas entre os entes federados de 78,42%. A autora sinalizou uma importante redução de 52,91% do repasse da contrapartida proveniente do Estado de Pernambuco no período de 2009 a 2012, bem como queda do repasse da União somada a do Município.

Para Oliveira et al. (2010), existem dois cenários no que tange à organização e ao financiamento da AF no SUS. De um lado, uma AF consolidada e estruturada por leis e portarias que favorece uma melhor organização e estruturação do serviço nos municípios. Por outro lado, há outra AF que enfrenta vários problemas de ordem organizacional e financeira que dificultam o acesso dos usuários aos medicamentos necessários para a sua terapêutica.

A estabilidade orçamentária do CBAF dos últimos anos, que não seguiu o aumento dos preços unitários de medicamentos da AB, e o não cumprimento da contrapartida financeira estadual e municipal, segundo as portarias vigentes, dificultam a compra de medicamentos de acordo com a demanda, gerando desabastecimento (DAVID et al., 2016). A defasagem financeira, principalmente por parte do gestor federal, responsável por mais de 50% do financiamento, ultrapassa 50% quando aplicado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (FALEIROS et al., 2017).

De acordo com Faleiros et al. (2017), além do congelamento dos valores financeiros destinados à AF, ocorre o completo esgotamento do modelo vigente de financiamento da AF. Em seu estudo, os resultados revelaram deficiências graves no financiamento e gestão dos recursos financeiros, destacando-se: pouca preocupação com a execução dos recursos públicos pela não aplicação por parte dos estados e municípios das respectivas contrapartidas; gastos para atendimento de demandas individuais em detrimento da coletividade e registro da maioria dos gestores de que os recursos destinados são insuficientes para cobrir necessidades e demandas da população, cenário ratificado pelo fato do principal incentivo financeiro da AF estar defasado em mais de 50% no seu valor, desde 2010.

Numa conjuntura de recursos finitos e demandas infinitas, a necessidade de uma gestão adequada dos recursos empregados na AF é imperativa (FALEIROS et al., 2017). Por isso, designar recursos de forma eficiente tem sido um desafio para os gestores no alcance da universalidade e integralidade da assistência. É importante frisar que o fraco desempenho em saúde é um obstáculo para o desenvolvimento econômico e social, já que reduz a renda do indivíduo, a empregabilidade, a capacidade de aprendizado da população e a expectativa de vida (MAZON et al., 2015).

A agenda do financiamento da saúde requer um pensamento mais refinado e cauteloso. Há que se pensar acerca da regulação do mercado de serviços de saúde; a regulação do complexo médico industrial; a justificativa para o subsídio estatal nos planos privados de saúde; a equidade na renúncia fiscal e muitas outras possibilidades que podem vir à baila e devem ser consideradas pelos sanitaristas (SANTOS et al., 2016).

Considerando que os municípios são os responsáveis diretos pela maior parte da compra de medicamentos da AB, há uma possível sobrecarga dessa esfera no que se refere ao financiamento destes medicamentos. Um possível indício da insuficiência de recursos é a morosidade da evolução dos valores per capita, pois desde 2009 não há reajuste nos valores repassados pela união (MATTOS, 2015). Além disso, o atual padrão de financiamento do CBAF é uniforme no país, baseando-se em um valor per capita, sem levar em consideração outros parâmetros que agreguem as particularidades dos municípios e estados. (COSTA K et al., 2017b).

Muitos municípios têm buscado nas aquisições por meio dos consórcios intermunicipais, uma alternativa para que o financiamento da AF na AB seja mais eficaz e seguro. Em município de Santa Catarina, um estudo mostrou que o uso de consórcio para aquisição de medicamentos reduziu o desabastecimento dos produtos, economizou recursos e, através do contrato por ata de registro de preço, possibilitou racionalizar melhor a utilização do orçamento (PONTES et al., 2017).

A adesão dos municípios do Paraná ao consórcio para a compra de medicamentos também reduziu custos, garantindo maior oferta de medicamentos e diminuição do desabastecimento do CBAF. Os preços pagos em 2008 para a aquisição dos medicamentos, já sob influência do consórcio, foram sistematicamente mais baixos que em 2007 (63% dos itens) (PONTES et al., 2017).

Sugere-se a continuidade da pesquisa para averiguar a qualidade do gasto, investigando as aquisições de medicamentos em relação às necessidades de saúde da população, além de uma análise da eficiência dos gastos de medicamentos, comparando-se o que foi adquirido com o consumido, estudos de acesso, de demanda reprimida, de perdas e qualidade das prescrições.

8 CONCLUSÃO

Os resultados apresentados mostraram uma importante oscilação nos gastos com a aquisição de medicamentos da AB no município do Recife e uma variação no volume de recursos financeiros aplicados, o qual foi inferior ao valor especificado pelas legislações vigentes no período do estudo, principalmente, pelo não cumprimento dos repasses das contrapartidas financeiras estadual e municipal. Por isso, é preciso considerar as possíveis consequências desse descompasso no desabastecimento e na garantia do acesso da população ao medicamento, apesar de não ser objeto desse estudo.

Mesmo a União sendo a maior financiadora de medicamentos e da estagnação dos valores per capita para aquisição dos mesmos, o município é o responsável direto pela provisão e compra dos medicamentos da AB, devendo assegurar a regularidade no seu suprimento para que a população tenha acesso no momento oportuno, uma vez que este nível de atenção é a principal porta de entrada no sistema de saúde e deve resolver a maioria dos problemas do seu território.

Diante da observação do crescimento dos gastos totais com a saúde do município e da não execução das pactuações, é essencial uma gestão eficiente da política de AF local para otimizar a alocação financeira e propiciar o abastecimento regular de medicamentos. A aplicação de estudos econômicos pode ser uma alternativa aos gestores para a tomada de decisão, no sentido de ajustar as necessidades de saúde ao custeio.

Para além do abastecimento regular, é necessária a orientação da população quanto ao uso correto do medicamento e a supervisão de sua utilização quando necessário, por meio de um serviço de clínica farmacêutica que compartilhe o cuidado com as equipes de saúde da família, pois a não adesão ao tratamento dispõe a gastos adicionais e indevidos ao sistema de saúde.

O estudo sinalizou que os medicamentos usados nas DCNT foram os que mais contribuíram nos gastos de aquisição. Considerando a dimensão e o impacto que essas doenças causam no sistema de saúde, a potencialização das ações de promoção à saúde e prevenção desenvolvidas na atenção primária pode ser uma medida que se traduza de forma positiva nos gastos com medicamentos.

Entre as variáveis estudadas, as análises indicaram que o número de apresentações farmacêuticas e o número de médico estão associados ao aumento dos gastos com a aquisição de medicamento do CBAF. Logo, é preciso considerar na seleção de medicamentos, além da relevância clínica e critérios de segurança e eficácia, a disponibilidade financeira do município para o CBAF. Também é importante fortalecer estratégias que qualifiquem a prescrição médica no sentido do uso racional de medicamentos uma vez que este fator pode influenciar decerto na eficiência dos gastos. Para tal, são necessárias mudanças na conduta de diversos agentes como os gestores, profissionais e usuários.

É importante destacar que este estudo evidenciou a magnitude dos gastos com a aquisição de medicamentos, apresentando como viés a não inclusão dos gastos com a aquisição de medicamentos da lista complementar, ou seja, medicamentos que não compõem a RENAME e são adquiridos com recursos próprios do município, o que pode levar a uma subestimação dos gastos.

Também não foram computadas entre as variáveis explicativas a consulta de enfermagem, cujos profissionais podem prescrever medicamentos conforme protocolos ou normativas técnicas estabelecidas pelo MS ou gestores locais, e os procedimentos de odontologia. Os resultados expressos podem agregar conhecimento à gestão municipal no sentido de estabelecer e repensar as prioridades na aquisição de medicamentos da atenção primária, direcionando a aplicação do capital financeiro.

REFERÊNCIAS

ÁLVARES, J. et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl 2:4s, 2017a.

ÁLVARES, J. et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2: 20s, set /2017b.

ARAÚJO, C. E. L.; GONCALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 953-963, mar/2017.

BARRETO, J. L.; GUIMARAES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, jun/2010.

BARRETO, M. N. S. C. et al. Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.413-424, jun/2015.

BARROS, R. D. et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 8s, set/2017.

BEVILACQUA, G.; FARIAS, M. R.; BLATT, C. R. Aquisição de medicamentos genéricos em município de médio porte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 583-589, jun/2011.

BOING, A. C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701. abr/2013.

BOING, A. C. et al. Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p.797-807, out / 2014.

BRASIL. Lei nº 8666, 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**, Brasília, 1993

BRASIL. Portaria GM/MS n. 3916, de 30 outubro 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998.

BRASIL. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 100 p.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007a, 186 p.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007c.

BRASIL. 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, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2011b.186 p.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 1.555, de 30 de julho de 2013. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.

BRASIL. 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, 2014a. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1).

BRASIL. Portaria n. 224, de 26 de março de 2014. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015a, 127 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015b, 133 p.

BRASIL. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2017a.

BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRUNS, S. F. et al. O modelo de ambiguidade-conflito como ferramenta de análise dos desafios da Assistência Farmacêutica em João Pessoa (PB). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 64-75, dez/2015.

BRUNS, S. F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 745-765, jun/2014.

CABRAL, T. V. O. et al. Gastos da Secretaria Municipal de Saúde com a Promoção da Assistência Farmacêutica: Vale do Ribeira. **Research, Society and Development**, v. 5, n. 1, p. 33-48, mai/2017.

CARVALHO I. P. A.; CARVALHO C. G. X.; LOPES J. M. C. Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-7, jan-mar/2015.

CASTRO, C. G. S. O. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 92 p

COSTA E. A. et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl 2, 5s, 2017.

COSTA, C. M. F. N. et al. Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl 2, 18s, 2017.

COSTA, K. S. et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl 2, 3s, 2017a.

COSTA, K. S. et al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 2s, 2017b.

CUNHA, C. R. **Gastos governamentais com medicamentos nos municípios brasileiros no período de 2009 a 2012**. Rio de Janeiro, 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz.

DAVID, G.; ANDRELINO, A.; BEGHIN, N. **Direito a medicamentos: avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do sistema único de saúde entre 2008 e 2015**. Brasília: INESC; 2016.

DUARTE, N. C. M. et al. Gestão de compras em um hospital de ensino terciário: um estudo de caso. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 1, p. 48-56, 2015.

FALEIROS, D. R. et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl 2, 14s, 2017.

FARIA, L. R.; ALVES, C. A. On caring: preliminaries of a comparative study of primary health care in Brazil/Canada. **Saude soc**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 72-85, mar/2015.

FEITOSA, R. M. M. et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde soc**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 821-829, set/2016.

FERREIRA, J. B. B. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n.1, p. 45-56, mar/2014.

FIGUEIREDO, A. C. D. **Consumo e gastos com psicotrópicos no sistema único de saúde no estado de minas gerais: análise de 2011 a 2013**. Brasília, 2015. Dissertação (Mestrado). Programa de pós-graduação em saúde coletiva, UnB.

GARCIA, L. P. et al. **Dimensões do acesso a medicamentos no brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009**. Brasília: IPEA; 2013.

GARCIA, M. M.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. A. Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 221-233, jan/2017.

GAZOLA, S. **Construção de um modelo de regressão para avaliação de imóveis**. Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) -

Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012, 71p.

IBGE. *Censo 2010*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais_tab_uf_zip.shtm. Acesso em 06/15/2018.

IPEA. **Programas de Assistência Farmacêutica do Governo Federal: evolução recente das compras diretas de medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005 a 2008**. Brasília: IPEA, 2010.

LAPAO, L. V. et al. The role of Primary Healthcare in the coordination of Health Care Networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon region, Portugal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 713-724, mar/2017.

LEITE, R. S. et al. Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário. **Cad. saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 323-329, set/2016.

LUIZA, V. L. et al. Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 15s, nov/2016.

MANZINI, F. et al. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p.

MARGARINOS-TORRES, R. et al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3859-3868, set/2014.

MARIN, N. et al (Org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais de saúde**. Brasília: OPAS/OMS, 2003.

MATTOS, L. V. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Osvaldo Cruz.

MAZON, L. M.; MASCARENHAS, L. P. G.; DALLABRIDA, V. R. Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde soc**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 23-33, mar/2015.

MELO, D. O.; CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 235-244, jan/2017.

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

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.193 p.

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.spe, p.109-123, out/2014.

MENDONÇA, S. S.; ALBUQUERQUE, E. C. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 463-474, set/2014.

MENGUE, S. S. et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl 2, 4s, 2016.

NASCIMENTO, R. C. R. M. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 10s, set/2017.

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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p.3561-3567, nov/2010.

OLIVEIRA, M. A. et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 6s, 2016.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: Un marco para la acción colectiva - Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, nº 08, marzo de 2004. Disponível em <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4964s/s4964s.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2018

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Brasília: OPAS, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS) Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. Planejamento, Programação e Aquisição: prever para prover. Brasília: OPAS, 2016. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=1284&Itemid=423&limitstart=5. Acesso em: 01 de junho de 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839. Acesso em: 01 de junho de 2018.

OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 469p.

PEREIRA, R. M. Uso racional de medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da assistência farmacêutica - **Planejamento, programação e aquisição: prever para prover**. Brasília: OPAS/OMS, 2016.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; SOUZA, W. V. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 88-101, mar/2015.

PINTO, V. B. Uso racional de medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da assistência farmacêutica - **Armazenamento e distribuição: o medicamento também merece cuidados**. Brasília: OPAS/OMS, 2016.

POCAS, K. C.; FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 275-284, jun/2017.

PONTES, M. A. et al. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2453-2462, ago/2017.

PORTELA, A. S. et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 31, n.1, p. 09-14, 2010.

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Recife, 2014. 84p

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**, 2015.

SALAZAR, B. A.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 783-796, mar/2017.

SANTANA, R. S.; LUPATINI, E. O.; LEITE, S. N. Registro e incorporação de tecnologias no SUS: barreiras de acesso a medicamentos para doenças da pobreza? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, mai/2017.

SANTOS, A. O.; DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M. C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.1, p.1-3, jan/2016.

SANTOS, J. N. **Análise do gasto público com medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica do município do Jaboatão dos Guararapes: tendência 2008 a 2013**. Recife, 2014. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco.

SANTOS, M. M. H. **Desafios da assistência farmacêutica na saúde indígena em Pernambuco: uso racional de medicamentos e economicidade**. Recife, 2013. Tese (Doutorado em Inovação Terapêutica) – Centro de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Pernambuco.

SILVA, C. L.; ROTTA, C. V. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.11, n. 2, p. 333-345, ago-dez /2012.

SILVA, R. M; CAETANO, R. Gastos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil, com medicamentos: uma análise do período 2002-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1207-1218, jun/2014.

SILVA, D. O.; LIMA, E. S. O setor de saúde pública em Teresina: uma análise dos gastos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2003 a 2015. **J Bras Econ Saúde**, v. 9, n. 3, p. 282-291, 2017.

SILVA, R. M. et al. Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1421-1432, 2016.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, jun/2015.

SOUZA, G. S et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 7s, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1079-1097, dez / 2010.

TAVARES, N. L. et al. Free access to medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 7s, 2016.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 457-470, abr/2017.

VASCONCELOS, D. M. M. et al. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2609-2614, ago/2017.

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. **Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, 12).

VIEIRA, F. S.; MENDES, A. C. R. Evolução dos gastos com medicamentos: crescimento que preocupa. In: **VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde**, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 27, n. 2, p. 149-156, fev/2010.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p.187-199, abr-jun/2016.

VIEIRA, F. S. **Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016**. Brasília: IPEA; 2018.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 906-913, out/2011.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Saúde soc**, São Paulo, v. 22, n.1, p. 73-84, mar/2013.

WANNMACHER. L. **Uso Racional de Medicamentos**: Temas Seleccionados. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.

YAMAUTI, S. M.; BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L. C. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política de Nacional Assistência Farmacêutica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1648-1662, ago/2015.

APÊNDICE A – Distribuição dos itens A, conforme denominação genérica e subgrupo terapêutico da classificação ATC, 2011.

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACEUTICA	SUBGRUPO TERAPÊUTICO	GASTO ANUAL (R\$)
Budesonida	64 mcg	aerossol nasal	Preparações nasais	1.403.877,05
Dipropionato de beclometasona	50 mcg/dose	spray	Preparações nasais	974.602,05
Levodopa + benserazida	200 mg + 50 mg	comprimido	Antiparkinsonianos	954.782,86
Maleato de enalapril	10 mg	comprimido	Anti-hipertensivos	706.559,60
Budesonida	32 mcg	aerossol nasal	Preparações nasais	639.121,49
Carbonato de cálcio + vitamina D 3	500 mg de cálcio + 400 UI	comprimido	Suplementos minerais	603.878,22
Cefalexina	50 mg/mL	suspensão oral	Antibacterianos de uso sistêmico	600.323,17
Cloridrato de metformina	850 mg	comprimido	Antidiabéticos orais	558.288,34
Cefalexina	500 mg	comprimido	Antibacterianos de uso sistêmico	555.014,60
Levodopa + carbidopa	250 mg + 25 mg	comprimido	Antiparkinsonianos	538.452,41
Sinvastatina	40 mg	comprimido	Hipolipemiantes	473.483,89
Estriol	1 mg/g	creme vaginal	Hormônios sexuais	445.688,30

APÊNDICE B – Distribuição dos itens A, conforme denominação genérica e subgrupo terapêutico da classificação ATC, 2012.

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACEUTICA	SUBGRUPO TERAPÊUTICO	GASTO ANUAL (R\$)
Carbonato de calcio + vitamina D 3	500 mg de cálcio + 400 UI	comprimido	Suplementos minerais	2.149.201,83
Maleato de enalapril	10 mg	comprimido	Anti-hipertensivos	1.353.123,13
Sinvastatina	40 mg	comprimido	Hipolipemiantes	830.821,33
Cloridrato de fluoxetina	20 mg	comprimido	Antidepressivos	753.713,25
Cloridrato de metformina	850 mg	comprimido	Antidiabéticos	752.295,14
Dipropionato de beclometasona	50 mcg/dose	spray	Preparações nasais	573.874,29

APÊNDICE C – Distribuição dos itens A, conforme denominação genérica e subgrupo terapêutico da classificação ATC, 2013.

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACEUTICA	SUBGRUPO TERAPÊUTICO	GASTO ANUAL (R\$)
Carbonato de cálcio + vitamina D 3	500 mg de cálcio + 400 UI	comprimido	Suplementos minerais	2.099.119,99
Sinvastatina	40 mg	comprimido	Hipolipemiantes	1.563.301,38
Cloridrato de fluoxetina	20 mg	comprimido	Antidepressivos	1.067.853,60
Cloridrato de amitriptilina	25 mg	comprimido	Antidepressivos	1.021.314,13
Losartana potássica	50 mg	comprimido	Anti-hipertensivos	780.472,20
Cloridrato de metformina	850 mg	comprimido	Antidiabéticos	605.430,93
Budesonida	32 mcg	aerossol nasal	Preparações nasais	599.305,92
Gliclazida	30 mg	comprimido	Antidiabéticos orais	552.389,90
Valproato de sódio	250 mg	Comprimido	Antiepilepticos	547.479,12
Atenolol	100 mg	comprimido	Anti-hipertensivos	522.372,30

APÊNDICE D – Distribuição dos itens A, conforme denominação genérica e subgrupo terapêutico da classificação ATC, 2014.

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACEUTICA	SUBGRUPO TERAPÊUTICO	GASTO ANUAL (R\$)
Carbonato de cálcio + vitamina D 3	500 mg de cálcio + 400 UI	comprimido	Suplementos minerais	1.959.702,23
Sinvastatina	40 mg	comprimido	Hipolipemiantes	1.537.731,73
Maleato de enalapril	10 mg	comprimido	Anti-hipertensivos	1.401.812,85
Cloridrato de fluoxetina	20 mg	comprimido	Antidepressivos	1.085.054,80
Gliclazida	30 mg	comprimido	Antidiabéticos orais	944.046,12
Cloridrato de metformina	850 mg	comprimido	Antidiabéticos	918.089,38
Nitrato de miconazol	2%	creme vaginal		789.328,10
Losartana potássica	50 mg	comprimido	Anti-hipertensivos	774.446,69
Dipropionato de beclometasona	250 mcg/dose	Aerossol	Antiasmáticos	726.380,75
Cloridrato de amitriptilina	25 mg	comprimido	Antidepressivos	673.180,37
Carbamazepina	200 mg	comprimido	Antiepilepticos	602.696,47

APÊNDICE E – Distribuição dos itens A, conforme denominação genérica e subgrupo terapêutico da classificação ATC, 2015.

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACEUTICA	SUBGRUPO TERAPÊUTICO	GASTO ANUAL (R\$)
Carbonato de calcio + vitamina D 3	500 mg de cálcio + 400 UI	comprimido	Suplementos minerais	1.568.006,18
Losartana potássica	50 mg	comprimido	Anti-hipertensivos	1.117.766,68
Maleato de enalapril	10 mg	comprimido	Anti-hipertensivos	1.094.573,00
Cloridrato de metformina	850 mg	comprimido	Antidiabéticos	889.261,32
Sinvastatina	40 mg	comprimido	Hipolipemiantes	850.266,27
Gliclazida	30 mg	comprimido	Antidiabéticos orais	599.392,68
Benzilpenicilina benzatina	600.000 UI	pó para suspensão injetável	Antibacterianos de uso sistêmico	507.972,52
Fosfato sodico de prednisolona	3 mg/mL	solução oral	Corticóide de uso sistêmico	457.965,88
Omeprazol	20 mg	cápsula	Antiulcerosos	418.879,68
Cefalexina	50 mg/mL	suspensão oral	Antibacterianos de uso sistêmico	409.220,85
Hidroclotiazida	25 mg	Comprimido	Anti-hipertensivos	397.526,58
Dipropionato de beclometasona	250 mcg/dose	Aerossol	Antiasmáticos	388.473,36

APÊNDICE F – Gastos do município de Recife com aquisição medicamentos da atenção básica por programa de saúde, 2011.

ASMA/ RINITE					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Brometo de ipratropio	0,25 mg/mL	solução inalatória	14.250	0,45	6.412,50
Budesonida	32 mcg	aerossol nasal	35.246	13,64	480.755,44
Budesonida	64 mcg	aerossol nasal	43.655	24,19	1.056.014,45
Cloreto de sódio	0,9%	solução nasal	126.839	0,26	32.978,14
Dipropionato de beclometasona	50 mcg/dose	spray	43.925	16,69	733.108,25
Dipropionato de beclometasona	50 mcg/dose	aerossol	505	24,06	12.150,30
Dipropionato de beclometasona	250 mcg/dose	aerossol	8.098	21,00	170.058,00
Fosfato sodico de prednisolona	3 mg/mL	solução oral	15.556	2,96	46.045,76
Maleato de dexclorfeniramina	2 mg	comprimido	265.343	0,01	2.653,43
Maleato de dexclorfeniramina	0,4 mg/mL	solução oral	221.059	0,70	154.741,30
Sulfato de salbutamol	100 mcg	aerossol oral	19.668	3,10	60.970,80
Total do programa					2.755.888,37
CLIMATÉRIO					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Alendronato de sódio	70 mg	comprimido	166.565	0,40	66.626,00
Carbonato de calcio + vitamina D3	500 mg de cálcio + 400 UI	comprimido	908.490	0,50	454.245,00
Estriol	1 mg/g	creme vaginal	45.925	7,30	335.252,50
Total do programa					856.123,50
CARDIOVASCULAR					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Acido acetilsalicílico	100 mg	comprimido	9.313.170	0,01	93.131,70
Atenolol	100 mg	comprimido	2.025.333	0,02	40.506,66
Atenolol	50 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Besilato de anlodipino	10 mg	comprimido	13.546.380	0,02	270.927,60
Besilato de anlodipino	5 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Carvedilol	12,5 mg	comprimido	277.662	0,08	22.212,96
Cloridrato de amiodarona	200 mg	comprimido	60.797	0,08	4.863,76
Cloridrato de propranolol	40 mg	comprimido	6.303.395	0,01	63.033,95
Cloridrato de verapamil	80 mg	comprimido	36.550	0,04	1.462,00
Digoxina	0,25 mg	comprimido	70.946	0,02	1.418,92
Dinitrato de isossorbida	5 mg	comprimido sublingual	9.280	0,02	185,60
Espironolactona	25 mg	comprimido	156.879	0,08	12.550,32
Furosemida	40 mg	comprimido	1.248.077	0,02	24.961,54

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Hidroclorotiazida	25 mg	comprimido	25.308.724	0,01	253.087,24
Losartana potássica	50 mg	comprimido	9.906.037	0,03	297.181,11
Maleato de enalapril	10 mg	comprimido	26.574.163	0,02	531.483,26
Metildopa	500 mg	comprimido	267.055	0,10	26.705,50
Mononitrato de isossorbida	10 mg	comprimido	48.176	0,02	963,52
Varfarina sódica	5 mg	comprimido	78.540	0,08	6.283,20
Total do programa					1.650.958,84
CLÍNICO					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Aciclovir	50 mg/g	creme	15.188	0,63	9.568,44
Aciclovir	200 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Acido fólico	5 mg	comprimido	987.645	0,01	9.876,45
Albendazol	400 mg	comprimido	164.257	0,11	18.068,27
Albendazol	40 mg/mL	suspensão oral	0	0,00	0,00
Alopurinol	300 mg	comprimido	122.300	0,07	8.561,00
Amoxicilina	500 mg	cápsula	1.613.750	0,16	258.200,00
Amoxicilina	50 mg/mL	pó para suspensão oral	167.575	1,11	186.008,25
Amoxicilina + clavulanato de potássio	500 mg + 125 mg	comprimido	61.749	3,22	198.831,78
Amoxicilina + clavulanato de potássio	50 mg/mL + 12,5 mg/mL	suspensão oral	15.531	5,06	78.586,86
Azitromicina	500 mg	comprimido	250.509	0,91	227.963,19
Azitromicina	40 mg/mL	pó para suspensão oral	14.784	2,24	33.116,16
Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 UI	pó para suspensão injetável	152.405	0,69	105.159,45
Benzilpenicilina benzatina	600.000 UI	pó para suspensão injetável	41.321	0,52	21.486,92
Benzoilmetronidazol	40 mg/mL	suspensão oral	23.605	0,94	22.188,70
Cefalexina	500 mg	comprimido	2.783.261	0,15	417.489,15
Cefalexina	50 mg/mL	suspensão oral	98.812	4,57	451.570,84
Cetoconazol	2%	xampu	15.934	2,71	43.181,14
Claritromicina	500 mg	comprimido	36.153	0,50	18.076,50
Cloridrato de ciprofloxacino	500 mg	comprimido	582.843	0,06	34.970,58
Cloridrato de metoclopramida	10 mg	comprimido	155.660	0,02	3.113,20
Cloridrato de metoclopramida	4 mg/mL	solução oral	13.393	0,23	3.080,39
Cloridrato de prometazina	25 mg	comprimido	490.152	0,02	9.803,04
Cloridrato de ranitidina	150 mg	comprimido	1.934.610	0,04	77.384,40
Cloridrato de tiamina	300 mg	comprimido	20.540	0,11	2.259,40
Dexametasona	0,1%	creme	243.510	0,46	112.014,60

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Dipirona	500 mg	comprimido	480.780	0,03	14.423,40
Dipirona	500 mg/mL	solução oral	139.811	0,33	46.137,63
Estolato de eritromicina	500 mg	comprimido	10.955	0,14	1.533,70
Estolato de eritromicina	50 mg/mL	suspensão oral	0	0,00	0,00
Fluconazol	150 mg	cápsula	18.435	0,12	2.212,20
Hidroxido de alumínio	61,5 mg/mL	suspensão oral	290	1,08	313,20
Hidroxido de alumínio + hidroxido de magnésio	60 mg/mL + 40 mg/mL	suspensão oral	72.997	0,93	67.887,21
Ibuprofeno	600 mg	comprimido	4.569.176	0,05	228.458,80
Ibuprofeno	50 mg/mL	solução oral	0	0	0,00
Levotiroxina sódica	100 mcg	comprimido	437.300	0,06	26.238,00
Levotiroxina sódica	50 mcg	comprimido	826.035	0,06	49.562,10
Metronidazol	400 mg	comprimido	132.945	0,05	6.647,25
Metronidazol	250 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Metronidazol	10%	gel vaginal	112.717	1,20	135.260,40
Nistatina	100.000 UI/mL	suspensão oral	12.579	1,28	16.101,12
Nitrato de miconazol	2%	creme vaginal	62.312	0,96	59.819,52
Nitrofurantoina	100 mg	cápsula	0	0,00	0,00
Oleo mineral puro		óleo	80.904	1,07	86.567,28
Omeprazol	20 mg	cápsula	6.051.116	0,03	181.533,48
Paracetamol	200 mg/mL	solução oral	154.184	0,36	55.506,24
Paracetamol	500 mg	comprimido	1.735.480	0,02	34.709,60
Permetrina	1%	loção	29.613	0,80	23.690,40
Permetrina	5%	loção	19.041	2,24	42.651,84
Prednisona	20 mg	comprimido	479.090	0,17	81.445,30
Prednisona	5 mg	comprimido	317.967	0,02	6.359,34
Propiltiouracila	100 mg	comprimido	18.200	0,42	7.644,00
Sais para reidratação oral	cloreto de sódio, glicose anidra, cloreto de potássio, citrato de sódio di-hidratado	pó	288.292	0,30	86.487,60
Sulfadiazina de prata	1%	creme	2.023	7,36	14.889,28
Sulfadiazina	500 mg	comprimido	46.053	0,08	3.684,24
Sulfametoxazol + trimetoprima	40 mg/mL + 8 mg/mL	suspensão oral	80.624	1,11	89.492,64
Sulfametoxazol + trimetoprima	400 mg + 80 mg	comprimido	582.389	0,04	23.295,56
Sulfato ferroso	5 mg/mL	xarope	180	1,89	340,20
Sulfato ferroso	25 mg/mL	solução oral	19.918	0,39	7.768,02
Sulfato ferroso	40 mg	comprimido	1.512.665	0,02	30.253,30
Total do programa					3.781.471,56
DIABETES					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Cloridrato de metformina	850 mg	comprimido	13.998.390	0,03	419.951,70
Glibenclamida	5 mg	comprimido	9.999.675	0,01	99.996,75

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Gliclazida	30 mg	comprimidoa	4.028.950	0,04	161.158,00
Total do programa					681.106,45
DISLIPIDEMIA					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Sinvastatina	40 mg	comprimido	5.088.010	0,07	356.160,70
Total do programa					356.160,70
TOXOPLASMOSE					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Espiramicina	500 mg	comprimido	448	1,79	801,92
Total do programa					801,92
PARKINSON					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Levodopa + benserazida	100 mg + 25 mg	cápsula	65.010	1,27	82.562,70
Levodopa + benserazida	200 mg + 50 mg	comprimido	420.000	1,71	718.200,00
Levodopa + carbidopa	250 mg + 25 mg	comprimido	3.115.622	0,13	405.030,86
Total do programa					1.205.793,56
SAÚDE MENTAL					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Carbamazepina	20 mg/mL	suspensão oral	19.058	7,40	141.029,20
Carbamazepina	200 mg	comprimido	5.442.624	0,04	217.704,96
Carbonato de lítio	300 mg	comprimido	1.123.086	0,07	78.616,02
Cloridrato de amitriptilina	25 mg	comprimido	6.941.851	0,02	138.837,02
Cloridrato de biperideno	2 mg	comprimido	1.877.728	0,05	93.886,40
Cloridrato de clomipramina	25 mg	comprimido	205.300	0,08	16.424,00
Cloridrato de clorpromazina	100 mg	comprimido	2.784.939	0,07	194.945,73
Cloridrato de clorpromazina	25 mg	comprimido	572.479	0,06	34.348,74
Cloridrato de fluoxetina	20 mg	cápsula	2.306.536	0,04	92.261,44
Decanoato de haloperidol	50 mg/mL	solução injetável	10.557	1,61	16.996,77
Diazepam	10 mg	comprimido	4.260.795	0,02	85.215,90
Fenitoina sódica	100 mg	comprimido	396.845	0,04	15.873,80
Fenobarbital	100 mg	comprimido	1.108.240	0,05	55.412,00
Fenobarbital	4%	solução oral	8.401	1,52	12.769,52
Haloperidol	1 mg	comprimido	125.180	0,04	5.007,20
Haloperidol	5 mg	comprimido	4.762.670	0,03	142.880,10
Haloperidol	2 mg/mL	solução oral	1.367	1,35	1.845,45
Valproato de sódio	250 mg	comprimido	974.525	0,25	243.631,25
Valproato de sódio	50 mg/mL	xarope	10.613	1,98	21.013,74

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Valproato de sódio	500 mg	comprimido	71.500	0,45	32.175,00
Total do programa					1.640.874,24
Total anual					12.929.179,14

APÊNDICE G – Gastos do município de Recife com aquisição de medicamentos da atenção básica por programa de saúde, 2012.

ASMA/ RINITE					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Brometo de ipratropio	0,25 mg/mL	solução inalatória	6.641	0,45	2.988,45
Budesonida	32 mcg	aerossol nasal	7.433	13,64	101.386,12
Budesonida	64 mcg	aerossol nasal	9.727	24,19	235.296,13
Cloreto de sódio	0,9%	solução nasal	18.330	0,26	4.765,80
Dipropionato de beclometasona	50 mcg/dose	spray	25.458	18,00	458.244,00
Dipropionato de beclometasona	50 mcg/dose	aerossol	4.150	24,33	100.969,50
Dipropionato de beclometasona	250 mcg/dose	aerossol	16.380	21,60	353.808,00
Fosfato sodico de prednisolona	3 mg/mL	solução oral	74.157	3,97	294.403,29
Maleato de dexclorfeniramina	2 mg	comprimido	387.860	0,01	3.878,60
Maleato de dexclorfeniramina	0,4 mg/mL	solução oral	140.605	0,60	84.363,00
Sulfato de salbutamol	100 mcg	aerossol oral	12.371	3,21	39.710,91
Total do programa					1.679.813,80
CLIMATÉRIO					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Alendronato de sódio	70 mg	comprimido	101.568	0,30	30.470,40
Carbonato de calcio + vitamina D3	500 mg de cálcio + 400 UI	comprimido	2.724.060	0,63	1.716.157,80
Estriol	1 mg/g	creme vaginal	2.181	6,90	15.048,90
Total do programa					1.761.677,10
CARDIOVASCULAR					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Acido acetilsalicílico	100 mg	comprimido	5.263.732	0,01	52.637,32
Atenolol	100 mg	comprimido	2.379.161	0,03	71.374,83
Atenolol	50 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Besilato de anlodipino	10 mg	comprimido	1.220.288	0,02	24.405,76
Besilato de anlodipino	5 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Carvedilol	12,5 mg	comprimido	1.158.840	0,06	69.530,40
Cloridrato de amiodarona	200 mg	comprimido	204.780	0,07	14.334,60
Cloridrato de propranolol	40 mg	comprimido	2.638.790	0,01	26.387,90
Cloridrato de verapamil	80 mg	comprimido	982.770	0,04	39.310,80
Digoxina	0,25 mg	comprimido	565.566	0,02	11.311,32
Dinitrato de isossorbida	5 mg	comprimido sublingual	258.267	0,02	5.165,34
Espironolactona	25 mg	comprimido	633.763	0,07	44.363,41
Furosemida	40 mg	comprimido	3.608.575	0,02	72.171,50

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Hidroclorotiazida	25 mg	comprimido	10.886.074	0,01	108.860,74
Losartana potássica	50 mg	comprimido	12.577.214	0,03	377.316,42
Maleato de enalapril	10 mg	comprimido	18.008.025	0,06	1.080.481,50
Metildopa	500 mg	comprimido	781.550	0,12	93.786,00
Mononitrato de isossorbida	10 mg	comprimido	1.872.012	0,02	37.440,24
Varfarina sódica	5 mg	comprimido	62.330	0,08	4.986,40
Total do programa					2.133.864,48
CLÍNICO					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Aciclovir	50 mg/g	creme	11.009	0,65	7.155,85
Aciclovir	200 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Acido fólico	5 mg	comprimido	408.650	0,01	4.086,50
Albendazol	400 mg	comprimido	113.250	0,11	12.457,50
Albendazol	40 mg/mL	suspensão oral	0	0,00	0,00
Alopurinol	300 mg	comprimido	5.400	0,07	378,00
Amoxicilina	500 mg	cápsula	410.631	0,07	28.744,17
Amoxicilina	50 mg/mL	pó para suspensão oral	82.347	1,13	93.052,11
Amoxicilina + clavulanato de potássio	500 mg + 125 mg	comprimido	129.351	0,56	72.436,56
Amoxicilina + clavulanato de potássio	50 mg/mL + 12,5 mg/mL	suspensão oral	3.250	4,30	13.975,00
Azitromicina	500 mg	comprimido	85.593	0,30	25.677,90
Azitromicina	40 mg/mL	pó para suspensão oral	3.704	2,42	8.963,68
Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 UI	pó para suspensão injetável	41.476	0,69	28.618,44
Benzilpenicilina benzatina	600.000 UI	pó para suspensão injetável	6.786	0,52	3.528,72
Benzoilmetronidazol	40 mg/mL	suspensão oral	5.513	0,97	5.347,61
Cefalexina	500 mg	comprimido	569.692	0,16	91.150,72
Cefalexina	50 mg/mL	suspensão oral	31.144	5,34	166.308,96
Cetoconazol	2%	xampu	7.286	2,54	18.506,44
Claritromicina	500 mg	comprimido	67.777	0,64	43.377,28
Cloridrato de ciprofloxacino	500 mg	comprimido	50.903	0,06	3.054,18
Cloridrato de metoclopramida	10 mg	comprimido	16.673	0,02	333,46
Cloridrato de metoclopramida	4 mg/mL	solução oral	2.619	0,23	602,37
Cloridrato de prometazina	25 mg	comprimido	1.756.638	0,02	35.132,76
Cloridrato de ranitidina	150 mg	comprimido	349.410	0,04	13.976,40
Cloridrato de tiamina	300 mg	comprimido	14.733	0,10	1.473,30
Dexametasona	0,1%	creme	113.297	0,51	57.781,47

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Dipirona	500 mg	comprimido	2.615.564	0,04	104.622,56
Dipirona	500 mg/mL	solução oral	87.588	0,31	27.152,28
Estolato de eritromicina	500 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Estolato de eritromicina	50 mg/mL	suspensão oral	500	2,89	1.445,00
Fluconazol	150 mg	cápsula	9.492	0,12	1.139,04
Hidroxido de alumínio	61,5 mg/mL	suspensão oral	0	0,00	0,00
Hidroxido de alumínio + hidroxido de magnésio	60 mg/mL + 40 mg/mL	suspensão oral	39.238	0,81	31.782,78
Ibuprofeno	600 mg	comprimido	1.841.311	0,05	92.065,55
Ibuprofeno	50 mg/mL	solução oral	0	0	0,00
Levotiroxina sódica	100 mcg	comprimido	50.360	0,06	3.021,60
Levotiroxina sódica	50 mcg	comprimido	359.470	0,07	25.162,90
Metronidazol	400 mg	comprimido	9.691	0,05	484,55
Metronidazol	250 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Metronidazol	10%	gel vaginal	7.479	0,95	7.105,05
Nistatina	100.000 UI/mL	suspensão oral	11.102	1,38	15.320,76
Nitrato de miconazol	2%	creme vaginal	94.088	1,00	94.088,00
Nitrofurantoina	100 mg	cápsula	0	0,00	0,00
Oleo mineral puro		óleo	17.099	1,18	20.176,82
Omeprazol	20 mg	cápsula	2.350.832	0,03	70.524,96
Paracetamol	200 mg/mL	solução oral	79.015	0,29	22.914,35
Paracetamol	500 mg	comprimido	1.376.600	0,02	27.532,00
Permetrina	1%	loção	22.870	0,70	16.009,00
Permetrina	5%	loção	2.679	1,61	4.313,19
Prednisona	20 mg	comprimido	56.163	0,05	2.808,15
Prednisona	5 mg	comprimido	8.678	0,02	173,56
Propiltiouracila	100 mg	comprimido	8.180	0,43	3.517,40
Sais para reidratação oral	cloreto de sódio, glicose anidra, cloreto de potássio, citrato de sódio di-hidratado	pó	92.636	0,28	25.938,08
Sulfadiazina de prata	1%	creme	2.204	8,24	18.160,96
Sulfadiazina	500 mg	comprimido	6.940	0,08	555,20
Sulfametoxazol + trimetoprima	40 mg/mL + 8 mg/mL	suspensão oral	826	0,79	652,54
Sulfametoxazol + trimetoprima	400 mg + 80 mg	comprimido	191.878	0,07	13.431,46
Sulfato ferroso	5 mg/mL	xarope	10.370	1,70	17.629,00
Sulfato ferroso	25 mg/mL	solução oral	33.102	0,39	12.909,78
Sulfato ferroso	40 mg	comprimido	1.893.745	0,02	37.874,90
Total do programa					1.434.630,80
DIABETES					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Cloridrato de metformina	850 mg	comprimido	15.017.868	0,04	600.714,72
Glibenclamida	5 mg	comprimido	8.094.315	0,01	80.943,15
Gliclazida	30 mg	comprimido	8.677.643	0,03	260.329,29

Total do programa					941.987,16
DISLIPIDEMIA					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Sinvastatina	40 mg	comprimido	7.371.318	0,09	663.418,62
Total do programa					663.418,62
TOXOPLASMOSE					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Espiramicina	500 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Total do programa					0,00
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
FITOTERAPIA					
Espinheira santa		cápsula	45.520	0,3	13.656,00
Guaco		xarope	18.968	2,12	40.212,16
Total do programa					53.868,16
PARKINSON					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Levodopa + benserazida	100 mg + 25 mg	cápsula	8.190	1,27	10.401,30
Levodopa + benserazida	200 mg + 50 mg	comprimido	101.840	1,71	174.146,40
Levodopa + carbidopa	250 mg + 25 mg	comprimido	112.413	0,13	14.613,69
Total do programa					199.161,39
SAÚDE MENTAL					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Carbamazepina	20 mg/mL	suspensão oral	3.095	7,40	22.903,00
Carbamazepina	200 mg	comprimido	3.352.518	0,06	201.151,08
Carbonato de lítio	300 mg	comprimido	102.484	0,06	6.149,04
Cloridrato de amitriptilina	25 mg	comprimido	3.130.984	0,07	219.168,88
Cloridrato de biperideno	2 mg	comprimido	2.281.091	0,05	114.054,55
Cloridrato de clomipramina	25 mg	comprimido	56.660	0,11	6.232,60
Cloridrato de clorpromazina	100 mg	comprimido	2.123.226	0,07	148.625,82
Cloridrato de clorpromazina	25 mg	comprimido	722.139	0,06	43.328,34
Cloridrato de fluoxetina	20 mg	cápsula	4.629.593	0,13	601.847,09
Decanoato de haloperidol	50 mg/mL	solução injetável	8.042	1,73	13.912,66
Diazepam	10 mg	comprimido	2.953.081	0,02	59.061,62
Fenitoina sódica	100 mg	comprimido	346.600	0,05	17.330,00
Fenobarbital	100 mg	comprimido	1.872.177	0,04	74.887,08
Fenobarbital	4%	solução oral	2.871	1,15	3.301,65
Haloperidol	1 mg	comprimido	104.155	0,03	3.124,65
Haloperidol	5 mg	comprimido	1.545.566	0,02	30.911,32
Haloperidol	2 mg/mL	solução oral	2.987	1,35	4.032,45

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Valproato de sódio	250 mg	comprimido	638.828	0,25	159.707,00
Valproato de sódio	50 mg/mL	xarope	12.266	1,76	21.588,16
Valproato de sódio	500 mg	comprimido	37.482	0,44	16.492,08
Total do programa					1.767.809,07
Total anual					10.636.230,58

APÊNDICE H – Gastos do município de Recife com aquisição de medicamentos da atenção básica por programa de saúde, 2013.

ASMA/ RINITE					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Brometo de ipratropio	0,25 mg/mL	solução inalatória	18.654	0,55	10.259,70
Budesonida	32 mcg	aerossol nasal	35.359	14,29	505.280,11
Budesonida	64 mcg	aerossol nasal	27.969	13,74	384.294,06
Cloreto de sódio	0,9%	solução nasal	79.656	0,39	31.065,84
Dipropionato de beclometasona	50 mcg/dose	spray	3.372	19,67	66.327,24
Dipropionato de beclometasona	50 mcg/dose	aerossol	1.588	22,64	35.952,32
Dipropionato de beclometasona	250 mcg/dose	aerossol	13.895	21,60	300.132,00
Fosfato sodico de prednisolona	3 mg/mL	solução oral	41.792	4,66	194.750,72
Maleato de dexclorfeniramina	2 mg	comprimido	396.800	0,02	7.936,00
Maleato de dexclorfeniramina	0,4 mg/mL	solução oral	152.714	0,78	119.116,92
Sulfato de salbutamol	100 mcg	aerossol oral	25.310	3,62	91.622,20
Total do programa					1.746.737,11
CLIMATÉRIO					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Alendronato de sódio	70 mg	comprimido	238.876	0,27	64.496,52
Carbonato de calcio + vitamina D3	500 mg de cálcio + 400 UI	comprimido	3.339.220	0,53	1.769.786,60
Estriol	1 mg/g	creme vaginal	35.066	7,32	256.683,12
Total do programa					2.090.966,24
CARDIOVASCULAR					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Acido acetilsalicílico	100 mg	comprimido	7.000.980	0,01	70.009,80
Atenolol	100 mg	comprimido	4.404.167	0,10	440.416,70
Atenolol	50 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Besilato de anlodipino	10 mg	comprimido	7.052.657	0,03	211.579,71
Besilato de anlodipino	5 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Carvedilol	12,5 mg	comprimido	1.922.480	0,07	134.573,60
Cloridrato de amiodarona	200 mg	comprimido	191.990	0,12	23.038,80
Cloridrato de propranolol	40 mg	comprimido	3.568.690	0,01	35.686,90
Cloridrato de verapamil	80 mg	comprimido	136.035	0,04	5.441,40
Digoxina	0,25 mg	comprimido	289.190	0,03	8.675,70
Dinitrato de isossorbida	5 mg	comprimido sublingual	9.390	0,02	187,80
Espironolactona	25 mg	comprimido	907.480	0,08	72.598,40
Furosemida	40 mg	comprimido	1.199.072	0,02	23.981,44
Hidroclorotiazida	25 mg	comprimido	9.713.857	0,01	97.138,57

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Losartana potássica	50 mg	comprimido	16.450.575	0,04	658.023,00
Maleato de enalapril	10 mg	comprimido	7.644.608	0,02	152.892,16
Metildopa	500 mg	comprimido	1.025.094	0,13	133.262,22
Mononitrato de isossorbida	10 mg	comprimido	887.283	0,03	26.618,49
Varfarina sódica	5 mg	comprimido	67.600	0,08	5.408,00
Total do programa					2.099.532,69
CLÍNICO					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Aciclovir	50 mg/g	creme	15.295	1,13	17.283,35
Aciclovir	200 mg	comprimido	421.370	0,25	105.342,50
Acido fólico	5 mg	comprimido	1.761.460	0,01	17.614,60
Albendazol	400 mg	comprimido	697.630	0,22	153.478,60
Albendazol	40 mg/mL	suspensão oral	0	0,00	0,00
Alopurinol	300 mg	comprimido	94.260	0,09	8.483,40
Amoxicilina	500 mg	cápsula	2.061.611	0,06	123.696,66
Amoxicilina	50 mg/mL	pó para suspensão oral	169.250	1,22	206.485,00
Amoxicilina + clavulanato de potássio	500 mg + 125 mg	comprimido	173.275	0,56	97.034,00
Amoxicilina + clavulanato de potássio	50 mg/mL + 12,5 mg/mL	suspensão oral	31.625	4,58	144.842,50
Azitromicina	500 mg	comprimido	342.515	0,37	126.730,55
Azitromicina	40 mg/mL	pó para suspensão oral	10.841	2,45	26.560,45
Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 UI	pó para suspensão injetável	85.754	0,69	59.170,26
Benzilpenicilina benzatina	600.000 UI	pó para suspensão injetável	20.496	0,59	12.092,64
Benzoilmetronidazol	40 mg/mL	suspensão oral	11.578	1,35	15.630,30
Cefalexina	500 mg	comprimido	687.516	0,15	103.127,40
Cefalexina	50 mg/mL	suspensão oral	60.662	5,28	320.295,36
Cetoconazol	2%	xampu	24.267	2,41	58.483,47
Claritromicina	500 mg	comprimido	44.982	0,78	35.085,96
Cloridrato de ciprofloxacino	500 mg	comprimido	1.112.625	0,14	155.767,50
Cloridrato de metoclopramida	10 mg	comprimido	143.250	0,02	2.865,00
Cloridrato de metoclopramida	4 mg/mL	solução oral	23.742	0,34	8.072,28
Cloridrato de prometazina	25 mg	comprimido	2.452.089	0,03	73.562,67
Cloridrato de ranitidina	150 mg	comprimido	87.314	0,03	2.619,42
Cloridrato de tiamina	300 mg	comprimido	54.800	0,19	10.412,00
Dexametasona	0,1%	creme	170.473	0,53	90.350,69
Dipirona	500 mg	comprimido	3.218.800	0,05	160.940,00

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Dipirona	500 mg/mL	solução oral	132.867	0,30	39.860,10
Estolato de eritromicina	500 mg	comprimido	69.300	0,31	21.483,00
Estolato de eritromicina	50 mg/mL	suspensão oral	0	0,00	0,00
Fluconazol	150 mg	cápsula	199.332	0,16	31.893,12
Hidroxido de alumínio	61,5 mg/mL	suspensão oral	0	0,00	0,00
Hidroxido de alumínio + hidroxido de magnésio	60 mg/mL + 40 mg/mL	suspensão oral	68.666	0,94	64.546,04
Ibuprofeno	600 mg	comprimido	3.159.270	0,06	189.556,20
Ibuprofeno	50 mg/mL	solução oral	0	0	0,00
Levotiroxina sodica	100 mcg	comprimido	666.584	0,10	66.658,40
Levotiroxina sodica	50 mcg	comprimido	937.625	0,08	75.010,00
Metronidazol	400 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Metronidazol	250 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Metronidazol	10%	gel vaginal	75.524	1,48	111.775,52
Nistatina	100.000 UI/mL	suspensão oral	16.869	1,45	24.460,05
Nitrato de miconazol	2%	creme vaginal	470	1,13	531,10
Nitrofurantoina	100 mg	cápsula	0	0,00	0,00
Oleo mineral puro		óleo	74.691	1,43	106.808,13
Omeprazol	20 mg	cápsula	7.159.870	0,04	286.394,80
Paracetamol	200 mg/mL	solução oral	83.491	0,35	29.221,85
Paracetamol	500 mg	comprimido	2.170.460	0,03	65.113,80
Permetrina	1%	loção	14.758	0,70	10.330,60
Permetrina	5%	loção	22.009	2,26	49.740,34
Prednisona	20 mg	comprimido	894.100	0,08	71.528,00
Prednisona	5 mg	comprimido	514.980	0,04	20.599,20
Propiltiouracila	100 mg	comprimido	24.840	0,44	10.929,60
Sais para reidratação oral	cloreto de sódio, glicose anidra, cloreto de potássio, citrato de sódio di-hidratado	pó	186.008	0,27	50.222,16
Sulfadiazina de prata	1%	creme	3.319	10,00	33.190,00
Sulfadiazina	500 mg	comprimido	24.057	0,09	2.165,13
Sulfametoxazol + trimetoprima	40 mg/mL + 8 mg/mL	suspensão oral	9.696	1,13	10.956,48
Sulfametoxazol + trimetoprima	400 mg + 80 mg	comprimido	235.772	0,05	11.788,60
Sulfato ferroso	5 mg/mL	xarope	457	1,70	776,90
Sulfato ferroso	25 mg/mL	solução oral	32.741	0,43	14.078,63
Sulfato ferroso	40 mg	comprimido	3.247.524	0,04	129.900,96
Total do programa					3.665.545,27
DIABETES					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Cloridrato de metformina	850 mg	comprimido	12.761.104	0,04	510.444,16
Glibenclamida	5 mg	comprimido	1.839.172	0,01	18.391,72
Gliclazida	30 mg	comprimido	7.762.080	0,06	465.724,80
Total do programa					994.560,68

DISLIPIDEMIA					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Sinvastatina	40 mg	comprimido	10.983.610	0,12	1.318.033,20 1.318.033,20
Total do programa					
TOXOPLASMOSE					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Espiramicina	500 mg	comprimido	2.608	2,71	7.067,68
Total do programa					7.067,68
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
FITOTERAPIA					
Espinheira santa		cápsula	0	0,00	0,00
Guaco		xarope	434	2,12	920,08
Total do programa					920,08
PARKINSON					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Levodopa + benserazida	100 mg + 25 mg	cápsula	8.080	1,27	10.261,60
Levodopa + benserazida	200 mg + 50 mg	comprimido	231.069	1,68	388.195,92
Levodopa + carbidopa	250 mg + 25 mg	comprimido	145.079	0,22	31.917,38
Total do programa					430.374,90
SAÚDE MENTAL					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Carbamazepina	20 mg/mL	suspensão oral	11.903	6,20	73.798,60
Carbamazepina	200 mg	comprimido	6.030.148	0,07	422.110,36
Carbonato de lítio	300 mg	comprimido	729.579	0,08	58.366,32
Cloridrato de amitriptilina	25 mg	comprimido	7.175.658	0,12	861.078,96
Cloridrato de biperideno	2 mg	comprimido	2.944.720	0,05	147.236,00
Cloridrato de clomipramina	25 mg	comprimido	243.820	0,40	97.528,00
Cloridrato de clorpromazina	100 mg	comprimido	2.233.868	0,09	201.048,12
Cloridrato de clorpromazina	25 mg	comprimido	516.276	0,09	46.464,84
Cloridrato de fluoxetina	20 mg	cápsula	4.501.584	0,20	900.316,80
Decanoato de haloperidol	50 mg/mL	solução injetável	22.116	3,79	83.819,64
Diazepam	10 mg	comprimido	4.075.224	0,02	81.504,48
Fenitoína sódica	100 mg	comprimido	488.845	0,06	29.330,70
Fenobarbital	100 mg	comprimido	2.336.136	0,04	93.445,44
Fenobarbital	4%	solução oral	5.842	1,36	7.945,12
Haloperidol	1 mg	comprimido	175.028	0,04	7.001,12
Haloperidol	5 mg	comprimido	3.340.414	0,03	100.212,42
Haloperidol	2 mg/mL	solução oral	1.419	1,62	2.298,78
Valproato de sódio	250 mg	comprimido	1.648.516	0,28	461.584,48

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Valproato de sodio	50 mg/mL	xarope	21.108	1,65	34.828,20
Valproato de sodio	500 mg	comprimido	117.915	0,44	51.882,60
Total do programa					3.761.800,98
Total anual					16.108.471,15

APÊNDICE I – Gastos do município de Recife com aquisição de medicamentos da atenção básica por programa de saúde, 2014.

ASMA/ RINITE					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Brometo de ipratropio	0,25 mg/mL	solução inalatória	33.276	0,59	19.632,84
Budesonida	32 mcg	aerossol nasal	22.776	14,29	325.469,04
Budesonida	64 mcg	aerossol nasal	37.740	7,71	290.975,40
Cloreto de sódio	0,9%	solução nasal	67.860	0,43	29.179,80
Dipropionato de beclometasona	50 mcg/dose	spray	8.374	16,77	140.431,98
Dipropionato de beclometasona	50 mcg/dose	aerossol	1.735	26,02	45.144,70
Dipropionato de beclometasona	250 mcg/dose	aerossol	25.005	26,24	656.131,20
Fosfato sódico de prednisolona	3 mg/mL	solução oral	46.440	4,60	213.624,00
Maleato de dexclorfeniramina	2 mg	comprimido	708.892	0,06	42.533,52
Maleato de dexclorfeniramina	0,4 mg/mL	solução oral	183.530	0,72	132.141,60
Sulfato de salbutamol	100 mcg	aerossol oral	29.099	3,30	96.026,70
Total do programa					1.991.290,78
CLIMATÉRIO					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Alendronato de sódio	70 mg	comprimido	283.007	0,29	82.072,03
Carbonato de cálcio + vitamina D3	500 mg de cálcio + 400 UI	comprimido	4.425.440	0,40	1.770.176,00
Estriol	1 mg/g	creme vaginal	28.611	6,91	197.702,01
Total do programa					2.049.950,04
CARDIOVASCULAR					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Ácido acetilsalicílico	100 mg	comprimido	14.384.013	0,01	143.840,13
Atenolol	100 mg	comprimido	3.532.659	0,03	105.979,77
Atenolol	50 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Besilato de anlodipino	10 mg	comprimido	8.887.118	0,04	355.484,72
Besilato de anlodipino	5 mg	comprimido	0	0,00	0,00
Carvedilol	12,5 mg	comprimido	1.852.424	0,06	111.145,44
Cloridrato de amiodarona	200 mg	comprimido	404.410	0,12	48.529,20
Cloridrato de propranolol	40 mg	comprimido	6.477.006	0,01	64.770,06
Cloridrato de verapamil	80 mg	comprimido	484.225	0,05	24.211,25
Digoxina	0,25 mg	comprimido	1.132.317	0,03	33.969,51
Dinitrato de isossorbida	5 mg	comprimido sublingual	30.870	0,02	617,40
Espironolactona	25 mg	comprimido	648.025	0,07	45.361,75
Furosemida	40 mg	comprimido	3.184.827	0,03	95.544,81
Hidroclorotiazida	25 mg	comprimido	19.118.258	0,02	382.365,16

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Losartana potassica	50 mg	comprimido	17.488.715	0,04	699.548,60
Maleato de enalapril	10 mg	comprimido	42.208.036	0,03	1.266.241,08
Metildopa	500 mg	comprimido	1.383.935	0,14	193.750,90
Mononitrato de isossorbida	10 mg	comprimido	223.629	0,13	29.071,77
Varfarina sodica	5 mg	comprimido	132.295	0,08	10.583,60
Total do programa					3.611.015,15
CLÍNICO					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Aciclovir	50 mg/g	creme	15.435	1,13	17.441,55
Aciclovir	200 mg	comprimido	90.867	0,25	22.716,75
Acido folico	5 mg	comprimido	1.354.020	0,01	13.540,20
Albendazol	400 mg	comprimido	571.049	0,22	125.630,78
Albendazol	40 mg/mL	suspensão oral	0	0,00	0,00
Alopurinol	300 mg	comprimido	142.800	0,11	15.708,00
Amoxicilina	500 mg	cápsula	2.207.239	0,06	132.434,34
Amoxicilina	50 mg/mL	pó para suspensão oral	60.443	1,90	114.841,70
Amoxicilina + clavulanato de potassio	500 mg + 125 mg	comprimido	304.120	0,52	158.142,40
Amoxicilina + clavulanato de potassio	50 mg/mL + 12,5 mg/mL	suspensão oral	11.330	4,83	54.723,90
Azitromicina	500 mg	comprimido	94.299	0,37	34.890,63
Azitromicina	40 mg/mL	pó para suspensão oral	17.374	2,26	39.265,24
Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 UI	pó para suspensão injetável	57.539	4,53	260.651,67
Benzilpenicilina benzatina	600.000 UI	pó para suspensão injetável	15.464	3,69	57.062,16
Benzoilmetronidazol	40 mg/mL	suspensão oral	17.390	1,60	27.824,00
Cefalexina	500 mg	comprimido	3.564.819	0,15	534.722,85
Cefalexina	50 mg/mL	suspensão oral	17.427	5,25	91.491,75
Cetoconazol	2%	xampu	31.945	3,20	102.224,00
Claritromicina	500 mg	comprimido	120.991	0,74	89.533,34
Cloridrato de ciprofloxacino	500 mg	comprimido	468.065	0,14	65.529,10
Cloridrato de metoclopramida	10 mg	comprimido	81.246	0,02	1.624,92
Cloridrato de metoclopramida	4 mg/mL	solução oral	5.676	0,34	1.929,84
Cloridrato de prometazina	25 mg	comprimido	2.386.120	0,02	47.722,40
Cloridrato de ranitidina	150 mg	comprimido	1.541.988	0,07	107.939,16
Cloridrato de tiamina	300 mg	comprimido	11.050	0,12	1.326,00
Dexametasona	0,1%	creme	295.376	0,51	150.641,76
Dipirona	500 mg	comprimido	4.927.176	0,05	246.358,80

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Dipirona	500 mg/mL	solução oral	201.356	0,35	70.474,60
Estolato de eritromicina	500 mg	comprimido	51.110	0,31	15.844,10
Estolato de eritromicina	50 mg/mL	suspensão oral	0	0,00	0,00
Fluconazol	150 mg	cápsula	98.227	0,16	15.716,32
Hidroxido de alumínio	61,5 mg/mL	suspensão oral	0	0,00	0,00
Hidroxido de alumínio + hidroxido de magnésio	60 mg/mL + 40 mg/mL	suspensão oral	30.677	1,08	33.131,16
Ibuprofeno	600 mg	comprimido	2.670.860	0,06	160.251,60
Ibuprofeno	50 mg/mL	solução oral	0	0	0,00
Levotiroxina sodica	100 mcg	comprimido	578.129	0,11	63.594,19
Levotiroxina sodica	50 mcg	comprimido	891.508	0,09	80.235,72
Metronidazol	400 mg	comprimido	475.910	0,54	256.991,40
Metronidazol	250 mg	comprimido	1.377.316	0,27	371.875,32
Metronidazol	10%	gel vaginal	186.858	1,53	285.892,74
Nistatina	100.000 UI/mL	suspensão oral	18.405	1,60	29.448,00
Nitrato de miconazol	2%	creme vaginal	154.998	4,60	712.990,80
Nitrofurantoina	100 mg	cápsula	0	0,00	0,00
Oleo mineral puro		óleo	13.117	1,43	18.757,31
Omeprazol	20 mg	cápsula	12.004.623	0,04	480.184,92
Paracetamol	200 mg/mL	solução oral	100.588	0,42	42.246,96
Paracetamol	500 mg	comprimido	1.826.685	0,03	54.800,55
Permetrina	1%	loção	16.292	0,83	13.522,36
Permetrina	5%	loção	26.360	2,26	59.573,60
Prednisona	20 mg	comprimido	341.349	0,08	27.307,92
Prednisona	5 mg	comprimido	185.676	0,04	7.427,04
Propiltiouracila	100 mg	comprimido	3.140	0,44	1.381,60
Sais para reidratação oral	cloreto de sódio, glicose anidra, cloreto de potássio, citrato de sódio di-hidratado	pó	119.545	0,32	38.254,40
Sulfadiazina de prata	1%	creme	4.776	12,94	61.801,44
Sulfadiazina	500 mg	comprimido	6.600	0,11	726,00
Sulfametoxazol + trimetoprima	40 mg/mL + 8 mg/mL	suspensão oral	34.494	0,93	32.079,42
Sulfametoxazol + trimetoprima	400 mg + 80 mg	comprimido	523.808	0,05	26.190,40
Sulfato ferroso	5 mg/mL	xarope	0	0,00	0,00
Sulfato ferroso	25 mg/mL	solução oral	110.020	0,48	52.809,60
Sulfato ferroso	40 mg	comprimido	3.491.381	0,03	104.741,43
Total do programa					5.634.168
DIABETES					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Cloridrato de metformina	850 mg	comprimido	16.585.987	0,05	829.299,35
Glibenclamida	5 mg	comprimido	10.929.488	0,02	218.589,76
Gliclazida	30 mg	comprimido	9.474.953	0,09	852.745,77
Total do programa					1.900.635

DISLIPIDEMIA					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Sinvastatina	40 mg	comprimido	11.575.125	0,12	1.389.015,00
Total do programa					1.389.015,00
TOXOPLASMOSE					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Espiramicina	500 mg	comprimido	9.672	2,27	21.955,44
Total do programa					21.955,44
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
FITOTERAPIA					
Espinheira santa		cápsula	0	0,00	0,00
Guaco		xarope	0	0,00	0,00
Total do programa					0,00
PARKINSON					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Levodopa + benserazida	100 mg + 25 mg	cápsula	436.256	1,24	540.957,44
Levodopa + benserazida	200 mg + 50 mg	comprimido	72.097	1,04	74.980,88
Levodopa + carbidopa	250 mg + 25 mg	comprimido	104.225	0,24	25.014,00
Total do programa					640.952,32
SAÚDE MENTAL					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Carbamazepina	20 mg/mL	suspensão oral	8.995	5,82	52.350,90
Carbamazepina	200 mg	comprimido	6.805.108	0,08	544.408,64
Carbonato de lítio	300 mg	comprimido	1.024.171	0,08	81.933,68
Cloridrato de amitriptilina	25 mg	comprimido	7.600.949	0,08	608.075,92
Cloridrato de biperideno	2 mg	comprimido	3.068.943	0,09	276.204,87
Cloridrato de clomipramina	25 mg	comprimido	38.360	0,40	15.344,00
Cloridrato de clorpromazina	100 mg	comprimido	2.670.598	0,12	320.471,76
Cloridrato de clorpromazina	25 mg	comprimido	3.598.208	0,11	395.802,88
Cloridrato de fluoxetina	20 mg	cápsula	6.534.115	0,15	980.117,25
Decanoato de haloperidol	50 mg/mL	solução injetável	5.401	3,79	20.469,79
Diazepam	10 mg	comprimido	5.108.278	0,03	153.248,34
Fenitoina sódica	100 mg	comprimido	1.155.310	0,06	69.318,60
Fenobarbital	100 mg	comprimido	2.776.750	0,04	111.070,00
Fenobarbital	4%	solução oral	6.357	2,98	18.943,86
Haloperidol	1 mg	comprimido	165.474	0,05	8.273,70
Haloperidol	5 mg	comprimido	4.560.957	0,04	182.438,28
Haloperidol	2 mg/mL	solução oral	2.063	1,92	3.960,96
Valproato de sódio	250 mg	comprimido	1.354.684	0,23	311.577,32

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Valproato de sodio	50 mg/mL	xarope	4.920	1,55	7.626,00
Valproato de sodio	500 mg	comprimido	191.962	0,42	80.624,04
Total do programa					4.242.260,79
Total anual					21.481.242,54

APÊNDICE J – Gastos do município de Recife com aquisição de medicamentos da atenção básica por programa de saúde, 2015.

ASMA/ RINITE					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Brometo de ipratropio	0,25 mg/mL	solução inalatória	10.336	0,52	5.374,72
Budesonida	32 mcg	aerossol nasal	28.219	12,88	363.460,72
Budesonida	64 mcg	aerossol nasal	27.056	10,65	288.146,40
Cloreto de sodio	0,9%	solução nasal	81.001	0,50	40.500,50
Dipropionato de beclometasona	50 mcg/dose	spray	4.093	27,12	111.002,16
Dipropionato de beclometasona	50 mcg/dose	aerossol	4.850	27,71	134.393,50
Dipropionato de beclometasona	250 mcg/dose	aerossol	23.862	16,28	388.473,36
Fosfato sodico de prednisolona	3 mg/mL	solução oral	86.572	5,29	457.965,88
Maleato de dexclorfeniramina	2 mg	comprimido	418.255	0,07	29.277,85
Maleato de dexclorfeniramina	0,4 mg/mL	solução oral	146.112	0,69	100.817,28
Sulfato de salbutamol	100 mcg	aerossol oral	33.623	4,50	151.303,50
Total do programa					2.070.715,87
CLIMATÉRIO					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Alendronato de sodio	70 mg	comprimido	245.660	0,33	81.067,80
Carbonato de calcio + vitamina D3	500 mg de cálcio + 400 UI	comprimido	6.030.793	0,26	1.568.006,18
Estriol	1 mg/g	creme vaginal	25.337	6,50	164.690,50
Total do programa					1.813.764,48
CARDIOVASCULAR					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Acido acetilsalicilico	100 mg	comprimido	11.683.900	0,01	116.839,00
Atenolol	100 mg	comprimido	2.086.946	0,03	62.608,38
Atenolol	50 mg	comprimido	378.577	0,02	7.571,54
Besilato de anlodipino	10 mg	comprimido	5.096.731	0,03	152.901,93
Besilato de anlodipino	5 mg	comprimido	221.500	0,02	4.430,00
Carvedilol	12,5 mg	comprimido	1.668.368	0,07	116.785,76
Cloridrato de amiodarona	200 mg	comprimido	144.047	0,31	44.654,57
Cloridrato de propranolol	40 mg	comprimido	4.949.985	0,01	49.499,85
Cloridrato de verapamil	80 mg	comprimido	264.337	0,04	10.573,48
Digoxina	0,25 mg	comprimido	257.225	0,04	10.289,00
Dinitrato de isossorbida	5 mg	comprimido sublingual	265.714	0,21	55.799,94
Espironolactona	25 mg	comprimido	824.220	0,07	57.695,40
Furosemida	40 mg	comprimido	2.431.732	0,02	48.634,64
Hidroclorotiazida	25 mg	comprimido	19.876.329	0,02	397.526,58

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Losartana potassica	50 mg	comprimido	27.944.167	0,04	1.117.766,68
Maleato de enalapril	10 mg	comprimido	27.364.325	0,04	1.094.573,00
Metildopa	500 mg	comprimido	698.041	0,16	111.686,56
Mononitrato de isossorbida	10 mg	comprimido	43.537	0,15	6.530,55
Varfarina sodica	5 mg	comprimido	191.305	0,07	13.391,35
Total do programa					3.479.758,21
CLÍNICO					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Aciclovir	50 mg/g	creme	13.588	1,42	19.294,96
Aciclovir	200 mg	comprimido	347.191	0,09	31.247,19
Acido folico	5 mg	comprimido	2.043.903	0,01	20.439,03
Albendazol	400 mg	comprimido	458.301	0,28	128.324,28
Albendazol	40 mg/mL	suspensão oral	43.600	0,84	36.624,00
Alopurinol	300 mg	comprimido	104.800	0,11	11.528,00
Amoxicilina	500 mg	cápsula	3.353.168	0,07	234.721,76
Amoxicilina	50 mg/mL	pó para suspensão oral	161.030	1,35	217.390,50
Amoxicilina + clavulanato de potassio	500 mg + 125 mg	comprimido	275.970	0,51	140.744,70
Amoxicilina + clavulanato de potassio	50 mg/mL + 12,5 mg/mL	suspensão oral	3.021	4,83	14.591,43
Azitromicina	500 mg	comprimido	219.915	0,33	72.571,95
Azitromicina	40 mg/mL	pó para suspensão oral	12.004	2,07	24.848,28
Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 UI	pó para suspensão injetável	28.237	9,00	254.133,00
Benzilpenicilina benzatina	600.000 UI	pó para suspensão injetável	104.953	4,84	507.972,52
Benzoilmetronidazol	40 mg/mL	suspensão oral	9.688	1,45	14.047,60
Cefalexina	500 mg	comprimido	1.424.066	0,17	242.091,22
Cefalexina	50 mg/mL	suspensão oral	76.205	5,37	409.220,85
Cetoconazol	2%	xampu	23.587	2,84	66.987,08
Claritromicina	500 mg	comprimido	30.826	0,74	22.811,24
Cloridrato de ciprofloxacino	500 mg	comprimido	431.085	0,13	56.041,05
Cloridrato de metoclopramida	10 mg	comprimido	110.394	0,04	4.415,76
Cloridrato de metoclopramida	4 mg/mL	solução oral	18.223	0,34	6.195,82
Cloridrato de prometazina	25 mg	comprimido	3.165.193	0,06	189.911,58
Cloridrato de ranitidina	150 mg	comprimido	334.186	0,07	23.393,02
Cloridrato de tiamina	300 mg	comprimido	46.710	0,08	3.736,80
Dexametasona	0,1%	creme	159.808	0,61	97.482,88
Dipirona	500 mg	comprimido	3.371.461	0,05	168.573,05

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Dipirona	500 mg/mL	solução oral	75.108	0,36	27.038,88
Estolato de eritromicina	500 mg	comprimido	53.660	0,31	16.634,60
Estolato de eritromicina	50 mg/mL	suspensão oral	0	0,00	0,00
Fluconazol	150 mg	cápsula	138.243	0,16	22.118,88
Hidroxido de alumínio	61,5 mg/mL	suspensão oral	0	0,00	0,00
Hidroxido de alumínio + hidroxido de magnésio	60 mg/mL + 40 mg/mL	suspensão oral	58.858	1,16	68.275,28
Ibuprofeno	600 mg	comprimido	2.978.764	0,07	208.513,48
Ibuprofeno	50 mg/mL	solução oral	32.175	1,9	61.132,50
Levotiroxina sodica	100 mcg	comprimido	1.001.822	0,11	110.200,42
Levotiroxina sodica	50 mcg	comprimido	1.126.895	0,10	112.689,50
Metronidazol	400 mg	comprimido	19.328	0,54	10.437,12
Metronidazol	250 mg	comprimido	161.137	0,27	43.506,99
Metronidazol	10%	gel vaginal	43.861	1,52	66.668,72
Nistatina	100.000 UI/mL	suspensão oral	18.680	1,51	28.206,80
Nitrato de miconazol	2%	creme vaginal	72.863	4,60	335.169,80
Nitrofurantoina	100 mg	cápsula	16.462	0,17	2.798,54
Oleo mineral puro		óleo	61.246	1,50	91.869,00
Omeprazol	20 mg	cápsula	10.471.992	0,04	418.879,68
Paracetamol	200 mg/mL	solução oral	245.282	0,42	103.018,44
Paracetamol	500 mg	comprimido	2.901.730	0,04	116.069,20
Permetrina	1%	loção	34.331	1,04	35.704,24
Permetrina	5%	loção	3.378	2,05	6.924,90
Prednisona	20 mg	comprimido	561.313	0,09	50.518,17
Prednisona	5 mg	comprimido	287.599	0,05	14.379,95
Propiltiouracila	100 mg	comprimido	5.089	0,45	2.290,05
Sais para reidratação oral	cloreto de sódio, glicose anidra, cloreto de potássio, citrato de sódio di-hidratado	pó	233.920	0,37	86.550,40
Sulfadiazina de prata	1%	creme	4.700	15,39	72.333,00
Sulfadiazina	500 mg	comprimido	52.467	0,11	5.771,37
Sulfametoxazol + trimetoprima	40 mg/mL + 8 mg/mL	suspensão oral	9.866	0,98	9.668,68
Sulfametoxazol + trimetoprima	400 mg + 80 mg	comprimido	148.974	0,05	7.448,70
Sulfato ferroso	5 mg/mL	xarope	0	0,00	0,00
Sulfato ferroso	25 mg/mL	solução oral	24.262	0,92	22.321,04
Sulfato ferroso	40 mg	comprimido	2.387.402	0,03	71.622,06
Total do programa					5.248.099,94
DIABETES					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Cloridrato de metformina	850 mg	comprimido	14.821.022	0,06	889.261,32
Glibenclamida	5 mg	comprimido	9.320.320	0,02	186.406,40
Gliclazida	30 mg	comprimido	4.994.939	0,12	599.392,68
Total do programa					1.675.060,40

DISLIPIDEMIA					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Sinvastatina	40 mg	comprimido	9.447.403	0,09	850.266,27
Total do programa					850.266,27
TOXOPLASMOSE					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Espiramicina	500 mg	comprimido	14.714	2,43	35.755,02
Total do programa					35.755,02
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
FITOTERAPIA					
Espinheira santa		cápsula	26.945	0,27	7.275,15
Guaco		xarope	40.550	1,80	72.990,00
Total do programa					80.265,15
PARKINSON					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Levodopa + benserazida	100 mg + 25 mg	cápsula	33.630	1,26	42.373,80
Levodopa + benserazida	200 mg + 50 mg	comprimido	541.748	0,50	270.874,00
Levodopa + carbidopa	250 mg + 25 mg	comprimido	72.097	0,19	13.698,43
Total do programa					326.946,23
SAÚDE MENTAL					
Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Carbamazepina	20 mg/mL	suspensão oral	15.863	5,39	85.501,57
Carbamazepina	200 mg	comprimido	2.876.297	0,07	201.340,79
Carbonato de lítio	300 mg	comprimido	599.203	0,08	47.936,24
Cloridrato de amitriptilina	25 mg	comprimido	5.897.132	0,04	235.885,28
Cloridrato de biperideno	2 mg	comprimido	1.573.866	0,13	204.602,58
Cloridrato de clomipramina	25 mg	comprimido	84.021	0,16	13.443,36
Cloridrato de clorpromazina	100 mg	comprimido	1.631.141	0,12	195.736,92
Cloridrato de clorpromazina	25 mg	comprimido	222.402	0,13	28.912,26
Cloridrato de fluoxetina	20 mg	cápsula	3.858.317	0,06	231.499,02
Decanoato de haloperidol	50 mg/mL	solução injetável	12.363	3,73	46.113,99
Diazepam	10 mg	comprimido	1.999.789	0,03	59.993,67
Fenitoína sódica	100 mg	comprimido	166.160	0,06	9.969,60
Fenobarbital	100 mg	comprimido	1.973.838	0,07	138.168,66
Fenobarbital	4%	solução oral	2.709	2,64	7.151,76
Haloperidol	1 mg	comprimido	64.439	0,07	4.510,73
Haloperidol	5 mg	comprimido	2.744.270	0,04	109.770,80
Haloperidol	2 mg/mL	solução oral	2.136	1,75	3.738,00
Valproato de sódio	250 mg	comprimido	1.979.403	0,17	336.498,51
Valproato de sódio	50 mg/mL	xarope	19.826	1,74	34.497,24

Denominação genérica	Concentração	Forma farmacêutica	Quant	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Valproato de sodio	500 mg	comprimido	237.837	0,40	95.134,80
Total do programa					2.090.405,78
Total anual					17.671.037,35

ANEXO



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Joelma Farias de Oliveira**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver pesquisa no Gerência Geral de Assistência Farmacêutica, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**Avaliação dos gastos com medicamentos utilizados na atenção básica do Recife (2011 - 2015)**", sendo orientada por Maira Galdino da Rocha Pitta.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 26 de junho de 2017.

Atenciosamente,

Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Dantas Torres Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na
Saúde/UGES/DEGTES/SESAU
Matrícula 99 986-8