

# Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil

*Fabiola Sulpino Vieira<sup>1</sup>*

**Como citar:** Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2): 149–56.

**Palavras-chave:** Política Nacional de Assistência Farmacêutica; assistência farmacêutica; financiamento em saúde; medicamentos; Brasil.

<sup>1</sup> Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento/SE. Correspondência: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, Sala 454 B, CEP 70058-900, Brasília, DF, Brasil. E-mail: [fabiasulpino@uol.com.br](mailto:fabiasulpino@uol.com.br)

No Brasil, o sistema público de saúde, chamado de Sistema Único de Saúde (SUS), é apontado como uma grande conquista da sociedade, tendo em vista o seu caráter de política estatal que promoveu ampla inclusão social. O SUS, criado pela Constituição Federal de 1988 (1) e institucionalizado pela Lei Orgânica da Saúde (2), é reconhecido em decorrência de seus princípios de universalidade e igualdade no atendimento e de integralidade das ações e serviços de saúde. A integralidade pressupõe que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser separadas; assim, as unidades prestadoras de serviço devem contemplar os vários graus de complexidade da assistência à saúde (3).

A assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica, também é área de atuação do SUS (2). A Política Nacional de Medicamentos (PNM) definiu a assistência farmacêutica como um “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade” (4). Marin et al. (5) esclarecem que, “(. . .) para o Brasil, o termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde”. Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde publicou o documento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que reforça a idéia de que a assistência farmacêutica é parte do cuidado à saúde individual ou coletiva, tendo no medicamento o insumo essencial, cujo acesso deve ser garantido com uso racional (6).

Esses marcos legais e a forma como a assistência farmacêutica foi incorporada ao SUS evidenciam a relevância dada a ela no âmbito da atenção à saúde. Entretanto, para que de fato as políticas estabelecidas pelo Estado sejam implementadas, é preciso que sejam assegurados os recursos necessários à execução das atividades e também que sua gestão seja eficaz, efetiva e eficiente. Neste artigo, descreve-se e discute-se a organização da assistência farmacêutica no SUS, analisando-se os avanços e desafios que se apresentam para que o direito à assistência terapêutica integral e farmacêutica seja garantido à população brasileira.

## ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Quando se fala da organização da assistência farmacêutica no setor público de saúde no Brasil, é preciso considerar que o seu modelo de gestão segue os mesmos moldes do modelo de gestão da saúde. Ini-

cialmente, é preciso fazer uma divisão entre a assistência farmacêutica ambulatorial (com dispensação de medicamentos diretamente aos pacientes para uso em suas residências) e a hospitalar (com dispensação de medicamentos para administração aos pacientes nos serviços de saúde). A assistência farmacêutica em âmbito ambulatorial é quase que exclusivamente exercida por instituições públicas estatais, ou seja, vinculadas às secretarias de saúde estaduais e municipais. Já a assistência farmacêutica em âmbito hospitalar é exercida primordialmente por instituições privadas prestadoras de serviços ao SUS. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a esfera administrativa de 58% do total de leitos de internação em hospitais especializados, hospitais gerais e hospitais-dia do SUS é privada. Aproximadamente 18% dos leitos desses hospitais são da esfera administrativa municipal, 19% da estadual e 4,5% da federal.<sup>2</sup>

No caso dos hospitais da esfera pública estatal, há os que são administrados diretamente pelo gestor estadual ou municipal e aqueles que são administrados indiretamente. A diferença que tal vínculo administrativo cria no tocante à assistência farmacêutica é que, quando os hospitais são administrados diretamente, a seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos são feitos pela secretaria de saúde tanto para os hospitais como para as unidades de saúde ambulatoriais. Para aqueles administrados indiretamente, todas essas etapas da assistência farmacêutica são separadas para os medicamentos utilizados nos hospitais ou nos serviços de saúde ambulatoriais. Em ambos os casos, os gestores devem se submeter às regras de aquisição de medicamentos do setor público brasileiro (7). Já os hospitais da esfera privada apresentam, geralmente, autonomia na administração de todas as etapas do ciclo da assistência farmacêutica, sem vínculo com outros serviços do SUS.

Ainda em relação à assistência farmacêutica em âmbito ambulatorial, com a descentralização administrativa das unidades de saúde da esfera federal e estadual para os municípios, os serviços farmacêuticos também passaram a ser executados, em sua maioria, pela esfera municipal. Os profissionais das secretarias municipais de saúde passaram a selecionar, programar, adquirir, armazenar, distribuir, prescrever e dispensar medicamentos. Esse processo ainda não está finalizado, dada a complexidade do SUS, composto administrativamente por 5 564 municípios, 26 estados, Distrito Federal e União. No seu início, a ampliação das responsabilidades das esferas sub-nacionais no fornecimento de medicamentos estimulou iniciativas estaduais para a estruturação da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, com a organização de programas no seu território (8).

Entretanto, mesmo com os avanços na assistência farmacêutica, muitos problemas persistem e comprometem a missão de garantir o acesso da população aos medicamentos e a racionalidade do uso. Araújo et al. (9) enfatizam que, nos dias de hoje, ainda permanece o vínculo do serviço farmacêutico com o modelo curativo, centrado na consulta médica e no pronto-atendimento, de tal forma que a farmácia apenas atende a essas demandas, tornando-se quase impraticável a atividade de orientação aos usuários.

Além disso, uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) evidenciou que a disponibilidade em estoque dos medicamentos principais foi de 73% nas unidades de saúde, 76% nas centrais de abastecimento farmacêutico municipais (CAF-M) e 77% nas estaduais (CAF-E), mostrando que mesmo os medicamentos essenciais não estavam disponíveis nos serviços (10). Somando-se a esse estudo, um trabalho realizado pelo Banco Mundial estimou que o gerenciamento da logística de medicamentos absorve cerca de 20% dos recursos financeiros da saúde, podendo ser uma importante causa de ineficiência e perda; a própria deficiência na qualidade dos serviços é muitas vezes atribuída a problemas de gestão e à ineficiência no uso dos recursos (11). Contudo, o resultado de maior impacto é provavelmente a constatação de que 90% dos municípios brasileiros apresentaram pelo menos um dos 15 problemas identificados por um órgão de controle da administração pública no que se refere à gestão da assistência farmacêutica, especialmente em relação a estoques: dos municípios com problemas de gestão, 70% não tinham controle de estoque ou apresentavam controle deficiente (12). Esses estudos revelam que ainda há um longo caminho a ser trilhado para que a assistência farmacêutica, pelo menos em âmbito ambulatorial, cumpra seu papel de modo satisfatório, o que implica garantir o acesso da população a medicamentos com uso racional.

### **Papel da relação nacional de medicamentos essenciais no SUS**

Apesar de muitos aspectos da política farmacêutica ainda precisarem de aprimoramento, alguns avanços ocorreram; dentre eles, destaca-se a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os governos adotem listas de medicamentos essenciais como política fundamental para a garantia de acesso das populações a medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos, voltados ao atendimento de suas doenças mais prevalentes e que estejam disponíveis em quantidades adequadas (13, 14). Atualmente, à medida que aumenta a demanda pela qualidade do cuidado à saúde, devido ao envelhecimento das populações, e também que se elevam os custos para garantir o acesso a medicamentos, a seleção de medicamentos essenciais tem sido apontada como relevante não só para os países em desenvolvimento, mas também para os desenvolvidos (15).

<sup>2</sup> Esses percentuais foram calculados com base em dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. Quantidade SUS por Esfera Administrativa segundo Tipo de Estabelecimento. Período: Set/2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leintbr.def>. Selecionar no TabNet: Linha: Tipo de Estabelecimento; Coluna: Esfera Administrativa; Conteúdo: Qtd SUS; Períodos Disponíveis: Set/2008. Acessado em 18 de agosto de 2009.

No caso do Brasil, mesmo antes da recomendação da OMS e da existência do SUS, o país já adotava listas de medicamentos que poderiam ser considerados essenciais. A partir de 1989, essa lista de medicamentos passou a ser denominada RENAME (16) e atualizada bianualmente (17). A adoção de tal relação tornou-se prioridade na política farmacêutica do país, e o Ministério da Saúde tem feito esforços para manter a comissão que seleciona os medicamentos e para atualizar as listas (4).

Contudo, ao contrário do que recomenda a OMS, a RENAME não é uma lista de oferta obrigatória nos serviços de saúde. Para o SUS, ela consiste em uma lista de referência que deve nortear a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos (18). Dessa forma, nem todos os medicamentos da RENAME têm financiamento definido no SUS. Os gestores utilizam a relação para preparar as listas de medicamentos financiáveis que fazem parte dos programas de assistência farmacêutica. Além disso, estados e municípios, devido a sua autonomia político-administrativa, também podem definir relações de medicamentos essenciais. Embora tal situação possa se justificar pelos diferentes perfis de morbimortalidade ao longo do território nacional, a variedade de listas acaba confundindo a sociedade sobre os medicamentos que encontrará nos serviços. Em certa medida, há prejuízo à uniformidade da atenção à saúde em um sistema que deveria ser único, já que em algumas localidades a oferta de medicamentos é ampliada mesmo para doenças já contempladas na relação nacional. Entretanto, apesar dessas dificuldades, a adoção dessa política é extremamente relevante. Espera-se que, em certo grau, a RENAME tenha um efeito indutor sobre a indústria farmacêutica, já que o setor público no Brasil é um dos grandes compradores nesse mercado e, portanto, a RENAME serve para sinalizar ao setor produtivo qual demanda deva ser suprida.

Outro aspecto inquestionável favorecido pela RENAME é o uso racional de medicamentos (19). Assim, o fato de os medicamentos da RENAME serem selecionados com base em critérios de eficácia, segurança e custo-efetividade faz com que algumas dimensões do uso racional sejam alcançadas. Tal situação por si só justifica a existência da relação, mesmo que seu papel seja apenas norteador da oferta, prescrição e dispensação de medicamentos, e que ela não seja uma lista de oferta obrigatória.

## FINANCIAMENTO FEDERAL E PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Tradicionalmente, o financiamento federal da assistência farmacêutica se dava através de programas constituídos com a finalidade de estabelecer um elenco de medicamentos a ser ofertado à população em âmbito ambulatorial. Ou seja: a lógica era garantir o acesso a medicamentos. Cada programa criado tinha regulamentação própria, com definição dos recursos de financiamento.

A conformação dos programas variava; eram constituídos para uma doença específica (como tuber-

culose, hanseníase ou Aids), para determinado nível de complexidade da atenção à saúde (atenção básica ou alta complexidade) ou para linhas de cuidado à saúde (saúde da mulher, saúde mental). Em 2007, o financiamento federal da assistência farmacêutica (bem como das demais ações e serviços de saúde) foi reorganizado pelo Ministério da Saúde (20). Nessa nova regulamentação, ainda que os programas continuassem existindo, inclusive os de assistência farmacêutica, o órgão categorizou os recursos federais da saúde em blocos de financiamento. Na prática, houve um agrupamento dos programas em componentes desses blocos de financiamento. Do ponto de vista da gestão, esse agrupamento facilitou a execução financeira por parte dos gestores do SUS.

O Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, destinado à aquisição de medicamentos para oferta à população, especialmente em serviços ambulatoriais do SUS, foi dividido em três componentes:

1. Componente Básico, para aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, por meio do repasse de recursos financeiros às secretarias municipais e/ou estaduais de saúde ou pela aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde (esse componente foi regulamentado posteriormente) (21).
2. Componente Estratégico, para financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos: a) controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; b) antirretrovirais do programa DST/Aids; c) sangue e hemoderivados; e d) imunobiológicos, sendo os medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde.
3. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS; até novembro de 2009, este componente era denominado Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Com a publicação da portaria GM/MS 2 981/2009 (22) que altera a portaria GM/MS nº 204/2007 (20), passou a ser denominado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Este componente é caracterizado pela busca da garantia de integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, com linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. O acesso aos medicamentos para as doenças contempladas é garantido mediante a pactuação do financiamento entre a União, estados, Distrito Federal e municípios. Alguns medicamentos são adquiridos diretamente pelo Ministério da Saúde; para outros há repasse federal às secretarias estaduais de saúde para aquisição e dispensação dos medicamentos; e, por fim, há medicamentos

sob a responsabilidade exclusiva dos estados, Distrito Federal e municípios.

Além do financiamento federal, estados e municípios devem alocar recursos próprios para a aquisição de medicamentos. Adicionalmente, no mesmo instrumento normativo, o Ministério da Saúde também definiu a alocação de recursos no Bloco de Financiamento da Gestão do SUS para a estruturação de serviços e a organização de ações de assistência farmacêutica.

O financiamento do acesso a medicamentos na atenção hospitalar ou a medicamentos utilizados para tratamento antineoplásico é feito segundo a lógica de procedimentos, de forma que os repasses feitos pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, para pagamento aos prestadores, está organizado na forma de “pacotes” que devem financiar uma série de serviços, conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (23).

A tabela 1 apresenta os Componentes do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica e os

principais programas que fazem parte deles, esclarecendo as responsabilidades de financiamento. Uma descrição mais detalhada dos programas de assistência farmacêutica pode ser obtida em uma publicação cujo objetivo é informar gestores de saúde sobre a operação da assistência farmacêutica no SUS (24).

## PROGRAMAS DO COMPONENTE BÁSICO

Em relação ao financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, na tabela 2 encontram-se discriminados os valores *per capita* que devem ser alocados para aquisição dos medicamentos dos programas constituintes e o valor estimado para o SUS em 2008, ainda válidos em 2010. Os principais programas são descritos a seguir.

### Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

De acordo com Cosendey (25), a versão preliminar desse programa foi criada em 1997 visando, em

**TABELA 1. Componentes do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, programas e responsabilidades dos entes federados, Brasil<sup>a</sup>**

Componentes e programas de assistência farmacêutica	Responsabilidade do financiamento
<b>Básico</b>	
Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (elenco de referência)	União, estados, Distrito Federal, municípios
Diabetes (insulinas)	União
Saúde da mulher (contraceptivos e insumos)	União
Diabetes (insumos)	Estados, Distrito Federal, municípios
<b>Estratégico</b>	
Tabagismo	União
Alimentação e nutrição	União
Controle de endemias	União
Tuberculose	União
Hanseníase	União
Malária	União
Leishmaniose	União
Doença de Chagas	União
Outras	União
Antirretrovirais (Programa DST/Aids)	União
Sangue e hemoderivados	União
Imunobiológicos	União
<b>Especializado</b>	União, estados, Distrito Federal, municípios

<sup>a</sup> Elaborada com base em portarias do Ministério da Saúde (20–22).

**TABELA 2. Valores definidos para o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, Brasil**

Componente básico	Reais (R\$) habitante/ano <sup>a</sup>				Valor total estimado SUS 2008 (R\$) <sup>b</sup>
	União	Estados	Municípios	Total SUS	
Elenco de referência	4,10	1,50	1,50	7,10	1 305 610 771,10
Insulinas	0,68	–	–	0,68	125 044 411,88
Contraceptivos e insumos	0,30	–	–	0,30	55 166 652,30
Insumos diabetes	–	0,30	0,30	0,60	110 333 304,60
<b>Total</b>	<b>5,08</b>	<b>1,80</b>	<b>1,80</b>	<b>8,68</b>	<b>1 596 155 139,88</b>

<sup>a</sup> Valores previstos na portaria MS/GM no° 3 237/2007 (21).

<sup>b</sup> Com base na contagem e estimativa da população brasileira feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2007 (183 888 841 habitantes).

princípio, a proporcionar o acesso de populações menos assistidas dos municípios mais pobres do país a uma lista de 40 medicamentos essenciais. Chamava-se Programa Farmácia Básica. Para a maioria dos municípios, os medicamentos eram adquiridos e distribuídos centralizadamente pelo Ministério da Saúde. Somente havia repasse de recursos financeiros nos municípios, de acordo com o número de farmácias básicas existentes, para estados que possuíam laboratórios farmacêuticos públicos. Esses laboratórios produziam os medicamentos e os distribuíam para os seus municípios beneficiários do programa (25).

Com o avanço da descentralização do SUS, em 1999 o programa passou a se chamar Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e assumiu a configuração que se mantém até hoje (26). Passaram a fazer parte do programa todos os municípios que aderiam ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica. Além disso, o financiamento passou a ser tripartite, com a definição de valores *per capita* por ano a serem alocados pelas três esferas de governo. Os medicamentos passaram a ser adquiridos e distribuídos pelos gestores estaduais e municipais (27).

Atualmente, o programa é denominado Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde. O elenco de referência do programa é extraído da Rename e os valores *per capita* anuais que devem ser alocados pelas esferas de governo foram definidos em norma do Ministério da Saúde (21).

### Diabetes (medicamentos e insumos)

Os hipoglicemiantes orais foram inseridos no elenco de referência do Programa Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde. As insulinas humanas NPH e regular são adquiridas e fornecidas pelo Ministério da Saúde, enquanto a aquisição e a distribuição dos insumos complementares ao tratamento dos pacientes devem ser feitas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde (28).

### Saúde da Mulher

O programa está voltado à oferta de medicamentos e correlatos com finalidade contraceptiva. São fornecidos anticoncepcionais orais e injetáveis, diafragmas, dispositivos intrauterinos e preservativos masculinos (29).

### PROGRAMAS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO

De acordo com o Ministério da Saúde, são considerados estratégicos os medicamentos empregados no tratamento de doenças endêmicas que tenham protocolo de tratamento estabelecido e de doenças que tenham impacto socioeconômico (30). Os principais programas estratégicos são: tuberculose, hanseníase, meningite, malária, leishmaniose, tracoma, esquistossomose, filariose, doença de Chagas, DST/Aids, imunobiológicos, sangue e hemoderivados.

Dentro desse componente, destaca-se o Programa DST/AIDS, que prevê a oferta de antirretrovirais aos pacientes cadastrados. O programa tornou-se referência internacional pela universalização da atenção aos portadores de HIV/Aids, bem como pelo sucesso na redução da morbimortalidade por Aids no Brasil. Uma avaliação em relação à oferta de antirretrovirais aos usuários mostrou que o desempenho do programa é bom, embora existam deficiências em relação ao acesso a medicamentos para tratamento de doenças oportunistas (31).

### COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Em novembro de 2009, o Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional que integrava o componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional passou a ser denominado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos, com características, responsabilidades e formas de organização distintas:

Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade da União. Os critérios para definição dos medicamentos foram a) maior complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente; b) refratariedade ou intolerância à primeira ou à segunda linha de tratamento; c) medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente; d) medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade dos estados e Distrito Federal. São os que apresentam: a) menor complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente em relação aos elencados no Grupo 1; b) refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento.

Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade dos municípios e Distrito Federal, constantes na Rename vigente e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas (22). O componente responde pelo maior gasto com medicamentos do Ministério da Saúde (46%).

### FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

Esse programa, independente dos outros componentes descritos até aqui, foi criado em 2004 com a finalidade de ampliar o acesso aos medicamentos essenciais, ofertando medicamentos para tratamento das doenças mais prevalentes no país (32). Diferentemente dos programas citados anteriormente, o acesso aos medicamentos da lista desse programa está condicionado ao desembolso direto pelos cidadãos de parte dos custos de fornecimento. Os medicamentos da Far-

**TABELA 3. Estimativa de recursos alocados para aquisição de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde em 2008, por componente de financiamento definido nacionalmente, especialmente para uso ambulatorial, Brasil**

Componente	Estimativa de recursos alocados em 2008 (R\$)			
	União <sup>a</sup>	Estados <sup>b</sup>	Municípios <sup>c</sup>	SUS
Básico	893 867 530,89	330 999 913,80	330 999 913,80	1 555 867 358,49
Elenco de referência (Assistência Farmacêutica na Atenção Básica)	893 867 530,89	275 833 261,50	275 833 261,50	
Insulinas (Diabetes)				
Contraceptivos e insumos (Saúde da Mulher)				
Insumos diabetes (Diabetes)		55 166 652,30	55 166 652,30	
Estratégico	1 775 572 620,73	–	–	1 775 572 620,73
Tabagismo	131 434 358,35	–	–	
Alimentação e nutrição		–	–	
Controle de endemias		–	–	
Tuberculose		–	–	
Hanseníase		–	–	
Malária		–	–	
Leishmaniose		–	–	
Doença de Chagas		–	–	
Outras		–	–	
Antirretrovirais (Programa DST/Aids)	604 892 619,69	–	–	
Sangue e hemoderivados	233 795 500,83	–	–	
Imunobiológicos	805 450 141,86	–	–	
Dispensação Excepcional	2 298 944 351,08	1 350 173 666,51	–	3 649 118 017,59
Total				6 980 557 996,81

<sup>a</sup> Elaborado com base em valores liquidados em ações do Orçamento da União que financiam a aquisição de medicamentos. Disponível em: [http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento\\_senado/SigaBrasil](http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado/SigaBrasil). Acessado em 18 de agosto de 2009.

<sup>b</sup> Valores estimados com base nos recursos *per capita* definidos pela portaria GM/MS 3 237 (21) o Componente Básico e projeção de gasto estadual com o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional correspondente ao cofinanciamento de 37% do valor total do programa (24). Este componente passou a ser denominado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em novembro de 2009 (22), com a publicação da portaria GM/MS 2 981/2009, que altera a portaria GM/MS 204/2007 (20).

<sup>c</sup> Valores estimados com base nos recursos *per capita* definidos pela Portaria GM/MS 3 237/2007 para o Componente Básico (21).

mácia Popular são dispensados a preço de custo, em uma rede própria de farmácias ou em farmácias e drogarias parceiras da rede privada. No primeiro caso, os medicamentos são adquiridos em laboratórios públicos ou privados e distribuídos às farmácias por meio de uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Já no segundo caso, de parceria com a rede privada, o mecanismo utilizado é o de copagamento. Esse mecanismo prevê que o governo federal pode subsidiar até 90% do preço do medicamento, de forma que o cidadão complementa a diferença desse valor.

Como já comentado, os programas destinam-se à oferta de medicamentos para uso ambulatorial, em sua maioria. A tabela 3 apresenta uma estimativa de recursos alocados na aquisição de medicamentos pelo SUS em 2008, excluídos os recursos alocados pelo governo federal no Programa Farmácia Popular do Brasil.

O gasto do Ministério da Saúde com esses programas foi superior a R\$ 4,9 bilhões em 2008. Quando se acrescenta a estimativa de alocação por parte de estados e municípios, chega-se ao valor estimado para o SUS de quase R\$ 7 bilhões com a aquisição de medicamentos para uso ambulatorial. Tal situação tem evidenciado a escalada do gasto federal com medicamentos nos últimos anos, com o aumento de sua participação no gasto total do Ministério da Saúde (33).

Vale a pena destacar que, em relação aos recursos financeiros da assistência farmacêutica no governo federal, em 2008, uma quantia equivalente a 0,17% foi

alocada para apoio à estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS. Pelas dificuldades de gestão já apontadas neste artigo (16, 18), está claro que esses recursos estão aquém do necessário, mesmo que o Ministério da Saúde desempenhe apenas papel indutor da melhoria de sua qualidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS avançou consideravelmente nos últimos anos na organização de programas com a finalidade de garantir o acesso da população a medicamentos. Entretanto, tal modelo engendra uma série de dificuldades para a população e órgãos de controle da administração pública quanto à informação de quais medicamentos podem ser encontrados e em quais condições são prescritos e dispensados nos serviços de saúde do SUS. Soma-se a essa dificuldade o fato de que a Rename tem caráter norteador ao invés de obrigatório quanto à disponibilidade dos medicamentos.

Outro aspecto relevante é que, ainda que os programas federais especifiquem as responsabilidades de cada esfera de governo no seu financiamento, há uma lacuna na oferta de medicamentos para atendimento à população nos serviços de média complexidade em saúde. Como existe uma indefinição sobre a responsabilidade de financiamento em relação a esses medicamentos, comumente nenhum gestor assume o compromisso com a oferta, prejudicando a integralidade da assistência terapêutica.

Essas questões apontam para a necessidade de reestruturação do modelo de financiamento da assistência farmacêutica no SUS. Seria importante dispor de uma lista única de medicamentos financiados, contendo indicação da esfera administrativa responsável pela oferta, além de discussão e redefinição da participação de cada uma delas no gasto total do SUS com medicamentos.

É imprescindível discutir um modelo de financiamento e organização da assistência farmacêutica que se oriente pela lógica da regionalização da atenção à saúde, pois se os pacientes de um município são referenciados para atendimento em determinada especialidade em outro município, o acesso aos medicamentos precisa também ser garantido conforme o acesso aos serviços de saúde. Isso implica em discutir mecanismos de financiamento fundamentados em fluxos assistenciais, e não apenas com base na população adstrita a determinado território.

Outro aspecto fundamental é a alocação de recursos para a qualificação da gestão da assistência farmacêutica, pois se os serviços não funcionam de forma satisfatória, alocar mais recursos em medicamentos implica aumentar as perdas, devido à ineficiência no gerenciamento dos serviços. Para tanto, faz-se necessário contratar farmacêuticos e pessoal auxiliar, profissionalizar os trabalhadores por meio da educação permanente e investir na estruturação dos serviços, oferecendo instalações adequadas e equipamentos, além de sistemas informatizados apropriados.

## SYNOPSIS

### Pharmaceutical assistance in the Brazilian public health care system

*This article deals with the organization of pharmaceutical assistance within the Brazilian Public Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) by analyzing the progress made so far and the challenges that still must be faced to ensure the right to universal therapeutic and pharmaceutical coverage in Brazil. Among the improvements, the article discusses the National List of Essential Drugs and its role to guide the supply, prescription, and dispensing of drugs within SUS. The structure of federal funding and the existing pharmaceutical programs are described, as well as the responsibilities of the Federal Government, states, and municipalities concerning allocation of financial resources. Despite the progress made, the model of access to SUS drugs has not been successful in securing universal therapeutic assistance. It is essential to consider a type of funding and organization of pharmaceutical assistance that is driven by a notion of regionalization, with financing based on health care flows rather than on the population circumscribed to a given territory. It is also essential to qualify pharmaceutical management by hiring pharmacists and support personnel, professionalizing workers, and setting up facilities with appropriate information systems and equipment.*

**Key words:** National policy of pharmaceutical assistance; pharmaceutical assistance; financing, health; pharmaceutical preparations; Brazil.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil, Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal/Subsecretaria de Edições Técnicas; 2007.
2. Brasil. Lei 8 080/1990. Disponível em: [planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acessado em 18 de agosto de 2008.
3. Brasil, Ministério da Saúde. ABC do SUS. Doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
5. Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Brasília: Opas/OMS; 2003. Disponível em: [portal.arquivos/pdf/af\\_gerentes\\_municipais.pdf](http://portal.arquivos/pdf/af_gerentes_municipais.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
6. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 338/2004. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol\\_cns338.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Aquisição de medicamentos para a assistência farmacêutica no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: [portal2.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aquisicao\\_de\\_medicamentos\\_para\\_a\\_assistencia\\_farmacautica\\_no\\_sus.pdf](http://portal2.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aquisicao_de_medicamentos_para_a_assistencia_farmacautica_no_sus.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
8. Cosendey MAE, Bermudez JAZ, Reis ALA, Silva HF, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cad Saude Publica*. 2000;16(1):171-82.
9. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(Sup):611-7.
10. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: OPAS; 2005. Disponível em: [opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE\\_ASF\\_REM\\_1205.pdf](http://opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_ASF_REM_1205.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
11. Banco Mundial. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. Washington: Banco Mundial; 2007. Disponível em: [site.resources.worldbank.org/BRAZIL/INPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf](http://site.resources.worldbank.org/BRAZIL/INPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/19GovernancaSUSport.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
12. Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(2):91-100.
13. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS — 4. Selección de medicamentos esenciales. Ginebra: OMS; 2002.
14. Peña JP. Marco lógico para la selección de medicamentos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2000;16(2):177-85.
15. Hogerzeil HV. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. *BMJ*. 2004;329(7475):1169-72.
16. Brasil, Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais — Rename 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais — Rename 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
18. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 2 012/2008. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2012\\_24\\_09\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2012_24_09_2008.html). Acessado em 18 de agosto de 2009.

19. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime), Acción Internacional para la Salud (AIS-LAC). O que é uso racional de medicamentos. São Paulo: Sobravime; 2001.
20. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 204/2007. Disponível em: [dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm). Acessado em 18 de agosto de 2009.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 3 237/2007. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliacao\\_portaria3237\\_afb.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliacao_portaria3237_afb.pdf). Acessado em 18 Ago 2009.
22. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2 981/2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981\\_26\\_11\\_2009\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep.html). Acessado em 13 de fevereiro de 2010.
23. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2 848/2007. Disponível em: [dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2848.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2848.htm). Acessado em 18 de agosto de 2009.
24. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Progesterones. Livro 7: Assistência farmacêutica no SUS. Brasília: Conass; 2007. Disponível em: [bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progesterones\\_livro7.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progesterones_livro7.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
25. Cosendey MAE. Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. Rio de Janeiro; 2000. Disponível em: [teses.cict.fiocruz.br/pdf/cosendeymaed.pdf](http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/cosendeymaed.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
26. Brasil, Ministério da Saúde. Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica: o que é e como funciona. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: [bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/incentivo\\_assit\\_farm.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/incentivo_assit_farm.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
27. Brasil, Ministério da Saúde. Política Federal de Assistência Farmacêutica: 1990 a 2002. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: [bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit\\_fed\\_assist\\_farm.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
28. Ministério da Saúde. Medicamentos e insumos para diabetes. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29944&janela=2](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29944&janela=2). Acessado em 13 de janeiro 2009.
29. Ministério da Saúde. Saúde da Mulher. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29995](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29995). Acessado em 13 de janeiro de 2009.
30. Ministério da Saúde. Programas estratégicos. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25311](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25311). Acessado em 13 de janeiro 2009.
31. Portela MC, Lotrowska M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. Rev Saude Publica. 2006;40(Supl):70-9.
32. Brasil, Ministério da Saúde. Farmácia Popular do Brasil. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1095](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1095). Acessado em 19 de agosto de 2009.
33. Vieira FS, Mendes ACR. Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo\\_gasto\\_medicamentos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_gasto_medicamentos.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.

---

Manuscrito recebido em 15 de janeiro de 2009.  
Aceito em versão revisada em 21 de agosto de 2009.