

## Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014

Pharmaceutical services in Rio de Janeiro Municipality, Brazil: development regarding selected aspects from 2008 to 2014

Rondineli Mendes da Silva <sup>1</sup>  
Nathalia Cano Pereira <sup>2</sup>  
Luiz Villarinho Pereira Mendes <sup>1</sup>  
Vera Lucia Luiza <sup>1</sup>

**Abstract** *This article aims to analyze the development of pharmaceutical services in the context of the primary health care (PHC) in the period 2008- 2014, focusing on selection, procurement and financing of medicines. A retrospective study was undertaken, using as data sources administrative documents of Rio de Janeiro Municipality Health Secretariat (SMS-RJ) as well as secondary database. We found a growth of numbers medicines offered for PHC of 57 items in 2008 to 222 in 2014. Actual spending on drugs paid by the city has grown 38% in the period, with a reversal from 2010, of the proportion of PHC related to tertiary care drugs, reaching 2.4 times in 2014, the year that public spending on medicines per capita of PHC was 9% greater than the value agreed between the three federal levels. It can be concluded that there have been important changes in pharmaceutical services in Rio de Janeiro Municipality in the period following the reform of PHC held in this territory, with increasing the conditions for therapeutic coverage and increased drug funding. The growth of per capita public spending on medicines above the agreed value raises the need to strengthen the rationalization of management measures.*

**Keywords** *Pharmaceutical services, Drugs, Health expenditures, Healthcare financing, Primary Health Care*

**Resumo** *Este artigo tem como objetivo analisar a evolução da assistência farmacêutica no contexto da atenção primária (APS) no período 2008-2014, com foco na seleção, financiamento e aquisição de medicamentos. Foi empreendido estudo retrospectivo que utilizou como fontes de dados documentos administrativos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), além de base de dados secundários. Encontrou-se ampliação da diversidade de itens ofertados para a APS de 57 em 2008 para 222 em 2014. O gasto real em medicamentos liquidado pela prefeitura cresceu 38% no período e houve inversão, a partir de 2010, da proporção de medicamento da APS em relação aos hospitalares, alcançando 2,4 vezes em 2014, ano em que o gasto público em medicamentos da APS per capita foi 9% maior que o valor pactuado entre os três entes federados. Pode-se concluir que houve mudanças importantes na assistência farmacêutica do município do Rio de Janeiro no período que sucedeu a reforma da APS realizada, com o aumento das condições com cobertura terapêutica e expansão do financiamento de medicamentos. O crescimento do gasto público per capita em medicamentos acima do valor pactuado suscita a necessidade de intensificar as medidas de racionalização gerencial.*

**Palavras-chave** *Assistência farmacêutica, Medicamentos, Gastos em saúde, Financiamento da saúde, Atenção primária à saúde*

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. rondinelisilva@ensp.fiocruz.br

<sup>2</sup> Assessoria Técnica da Subsecretaria Geral. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

## Introdução

A descentralização político-administrativa do SUS, com direção única em cada esfera de governo, foi concebida no Brasil com ênfase nos municípios, uma vez que se fazia necessário ampliar sua responsabilidade e capacidade de gestão municipalista<sup>1</sup>. Pretendia-se que isto, somado à universalidade, permitisse a ampliação do acesso da população à assistência terapêutica, incluindo a farmacêutica<sup>2-5</sup>.

Em 1998 foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM) que tem como propósitos a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional, e o acesso da população a medicamentos considerados essenciais<sup>6</sup>.

Entre as diretrizes estabelecidas na PNM, destacamos como de interesse a este artigo a “*reorientação da assistência farmacêutica*”, que se fundamenta na descentralização da gestão para os municípios no aprimoramento e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no avanço de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos<sup>7</sup>, tendo como objetivo orientar e responsabilizar os gestores locais quanto à pauta da AF.

Embora a publicação da PNM tenha sido um marco nacional para a AF, havia um notório descompasso entre a implementação efetiva desta e as demais políticas de saúde no nível municipal. Esforços regulatórios posteriores buscaram reduzir essa brecha, reafirmando a importância da AF para a resolubilidade das ações de saúde, o acesso a medicamentos como um direito e parte da Política Nacional de Saúde<sup>8</sup>, harmonizando o financiamento da AF nos blocos de financiamento do SUS<sup>1</sup> e esclarecendo os mecanismos da assistência farmacêutica integral e o papel da relação de medicamentos essenciais<sup>4,5</sup>.

A AF abarca um conjunto interligado e interdependente de atividades<sup>7,8</sup>, sendo a seleção, programação, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e uso de medicamentos as que ocorrem dentro do sistema de cuidado<sup>9</sup>.

Os mecanismos de financiamento do SUS, aspecto crítico para viabilização das ações, foram paulatinamente sendo aprimorados, com impacto direto nas atividades e gestão da AF. Além disso, a proposta do governo federal de investir na atenção primária como centro norteador da rede de atenção, fez com que a assistência farmacêutica básica (AFAB) entrasse de forma mais expressiva na agenda dos gestores.

Desde 1999, ano que inaugurou o financiamento da AFAB, os recursos ascenderam 391%

– de R\$ 2,00, aos valores atuais de R\$ 9,82 por habitante/ano<sup>10</sup>. O Ministério da Saúde (MS) tem desenvolvido diversos materiais de apoio com foco em ações de planejamento, seleção e compras de medicamentos, visando qualificar as ações técnicas, de caráter gerencial ou assistencial<sup>11</sup>.

A seleção de medicamentos visa definir, com base em evidências científicas, o elenco de medicamentos com os quais o poder público se compromete e deve orientar desde o planejamento da produção até a disponibilidade de produtos. É compreendida como ação técnico-assistencial, uma vez que é considerada base para o uso apropriado de medicamentos<sup>12</sup>.

As ações técnico-gerenciais envolvem etapas de caráter logístico e de gestão administrativa<sup>12</sup>.

A aquisição se constitui pelos procedimentos na qual se efetiva o processo de compra dos medicamentos definidos pela seleção, nos quantitativos e prazos estabelecidos pela programação, incluindo a qualidade e a manutenção regular do sistema de abastecimento. Na administração pública, está submetida a critérios próprios definidos na legislação que visam garantir a racionalidade financeira; concorrência dos fornecedores em igualdade de condições; probidade e transparência dos processos<sup>13</sup>.

Em que pese as diferentes políticas em curso e o expressivo avanço obtido pelos municípios brasileiros nos últimos anos na provisão do acesso a medicamentos<sup>14</sup>, ainda há muitos desafios para implantação efetiva da AFAB no nível local<sup>14-16</sup>. Além disso, o gerenciamento das atividades relacionadas à AF tem sido motivo de preocupação para gestores, gerentes e profissionais que atuam na área, não apenas em função da totalidade dos recursos financeiros envolvidos, como também pela magnitude das ações e serviços que demanda. A adoção de várias medidas nem sempre têm conduzido a resultados efetivos em virtude da possível falta de adequação dos meios e de ferramentas, das dificuldades administrativas e financeiras e da pouca capacidade gerencial e operacional<sup>9,15</sup>.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) vem implementando, desde o ano de 2009, uma reforma técnica e gerencial da atenção primária em saúde (APS), o que se expressa, por exemplo, na expansão de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 3,5% em 2008, a menor entre as capitais brasileiras, para cerca de 40% em 2013<sup>17</sup>. O modelo proposto é baseado no compromisso da equipe multiprofissional, entendendo a saúde em seu conceito ampliado. Os serviços farmacêuticos

têm importantes implicações nos resultados em saúde no que concerne à garantia de acesso e de uso apropriado de medicamentos de qualidade, assim como na sustentabilidade gerencial, por seu potencial de contribuir na racionalização dos custos.

Este artigo tem como objetivo analisar a evolução da assistência farmacêutica no contexto da atenção primária em saúde no município do Rio de Janeiro no período 2008-2014, com foco no financiamento, seleção e aquisição de medicamentos.

## Método

Trata-se de estudo longitudinal, retrospectivo, com base em dados secundários de fontes tanto de acesso livre quanto internas da administração municipal do Rio de Janeiro, buscando caracterizar a organização técnico-administrativa da assistência farmacêutica local, no período 2008-2014. Assim, é considerado o ano anterior à reforma da APS no município. A escolha dos aspectos e dados analisados foi orientada, ademais da disponibilidade e viabilidade de acesso, pela sensibilidade, dentro do escopo da AFAB, às mudanças ocorridas no período de interesse.

A SMS-RJ é responsável por formular e executar a política municipal de saúde, sendo composta por cinco Subsecretarias, das quais duas lidam mais especificamente com a rede de atenção. A Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE) responde, dentre outros, por uma extensa rede de hospitais próprios, com distintos níveis de complexidades. A Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde (SUBPAV) organiza a APS, com unidades básicas de saúde (Clínicas de Família, Policlínicas, Centros de Saúde). Passa por um importante processo de expansão para aumento da cobertura da ESF, o que é realizado por meio de contratação de Organizações Sociais (OS). A organização da saúde é descentralizada para dez distritos sanitários denominados Áreas de Planejamento, que possuem estrutura organizacional chamada Coordenação de Áreas de Planejamento (CAP), que gerencia as ações de promoção e assistência à saúde no nível da APS, em áreas de abrangência constituídas por agrupamentos de bairros, por meio de territorialização<sup>18</sup>.

Apesar de ainda não constar formalmente no organograma municipal, a SMS-RJ possui um corpo técnico na forma de assessoria no nível central (NAF-RJ), que responde pela política,

organização e difusão das ações de Assistência Farmacêutica nos diferentes níveis da atenção à saúde. A gestão da AF no Município do Rio de Janeiro é organizada de forma hierarquizada e descentralizada nas CAP, que possuem núcleos regionais dedicados às atividades de Assistência Farmacêutica (NAF-regional), compartilhando com a gestão central e local responsabilidades específicas<sup>19</sup>.

Para obtenção dos dados referentes à seleção de medicamentos, foram utilizadas as versões da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME-Rio) disponibilizadas por meio de acesso livre, em publicações do Diário Oficial do Município, disponível em sítio eletrônico da SUBPAV<sup>20</sup>.

O elenco de medicamentos especificamente disponível para a atenção primária da SMS-RJ entre 2008-2014 tomou por base as planilhas eletrônicas de pedido de medicamentos, que servem de parâmetro de abastecimento às unidades básicas, tendo como referência o mês de janeiro, considerando a possibilidade de inclusão ou exclusão de itens ao longo de cada ano. Os medicamentos foram classificados segundo grupos farmacológicos, de acordo com o sistema anatômico terapêutico químico ou ATC (*anatomical therapeutic chemical*), conforme a versão mais atual da REMUME-Rio, de 2013<sup>20</sup>.

Dados relacionados ao financiamento da assistência farmacêutica, a partir dos valores gastos com a aquisição de medicamentos, foram obtidos no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), adaptando-se metodologia empregada por Vieira e Zucchi<sup>21</sup>.

O caminho utilizado para a busca no SIOPS<sup>22</sup> foi: Dados informados > Municípios > Consulta de um ou mais códigos contábeis, por categoria econômica, para um município, por ano ou por série histórica. Os parâmetros utilizados para a obtenção de dados para todos os anos analisados foram: “Município: Rio de Janeiro”; “Tipo: Despesa”; “Pasta: Despesa Adm Direta – Saúde”; “Fase: Liquidada”; “Fase: Empenhada”; “Classificação: todos os códigos cujo título continha a palavra medicamentos”. Para este último, ressaltase que se optou por utilizar unicamente o código “3.3.3.90.30.09.00 - medicamentos” uma vez que este compreende as despesas em todos os anos analisados, e nas raras exceções em que foram identificadas despesas em mais de um código para o mesmo ano, os valores estavam repetidos.

O ciclo de compras do setor público envolve não só o procedimento licitatório, mas também outras fases da despesa, que são as etapas de empenho, liquidação e pagamento<sup>23</sup>. O empenho

requer dotação prévia orçamentária necessária para liquidação do compromisso assumido, processada quando a administração recebe o objeto do empenho, seguindo da emissão da ordem de pagamento dos materiais fornecidos<sup>24</sup>.

Foi necessário utilizar diferentes estratégias visando estimar os valores empregados na aquisição de medicamentos para uso na APS, uma vez que os relatórios dos SIOPS não distinguem o lócus dos gastos com medicamentos (se rede básica ou hospitalar). Foram levantados os valores de entrada de medicamentos por aquisição da rede hospitalar da SMS-RJ, tendo como fonte de dados o Sistema de Gestão de Materiais (SIGMA), que controla todos os bens adquiridos e armazenados nas unidades do Município de Rio de Janeiro<sup>25</sup>. Após, os valores liquidados obtidos no SIOPS foram subtraídos dos gastos com aquisição dos hospitais, permitindo obter uma *proxy* do gasto com medicamentos na APS.

Esses dois componentes de gastos com compras de medicamentos alimentaram uma um banco de dados no software Excel®, também utilizado para as análises, que envolveu o cálculo de frequências simples, médias e distribuições percentuais.

Foram realizadas estimativas de gastos médio por habitante e por consultas realizadas na APS no âmbito municipal. Os cálculos de gasto *per capita* foram feitos pela divisão das despesas da SMS-RJ com as compras na APS pela população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O gasto médio por consulta foi também calculado pela razão entre os gastos com aquisição de medicamentos na APS pelo conjunto de consultas apuradas no Sistema de Informação ambulatorial (SIASUS) da esfera municipal que apresentam potencial de geração de prescrição de medicamentos.

A amplitude do período analisado requereu a atualização monetária dos valores, que foram corrigidos pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), obtidos diretamente no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)<sup>26</sup> permitindo compará-los a dezembro de 2014.

O estudo respeitou as orientações da Resolução CNS 466/2012, tendo sido obtida autorização da instituição para acesso aos dados administrativos não disponíveis em bases de dados de acesso livre.

## Resultados

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME-Rio) está em sua terceira versão, sendo as anteriores de 2004 e 2008<sup>20</sup> e, assim como estas, é formalizada por resolução da SMS-RJ. Contém 386 princípios ativos (excetuando-se os produtos médicos, imunobiológicos e saneantes), totalizando 676 especialidades farmacêuticas, distribuídas em 14 grupos anatômicos (ATC). O documento que a apresenta não informa comissão multidisciplinar formal responsável pela definição do elenco, mas ter sido fruto do trabalho do NAF-RJ em conjunto com as gerências de linhas de cuidado da Superintendência de Atenção Primária à Saúde vinculada à SUBPAV, assim como pela avaliação das assessorias técnicas da SUBHUE. É relatado o esforço de convergência com a RENAME, alcançada em 90% dos itens<sup>20</sup>.

A versão atualizada da REMUME-Rio 2013 não está acessível no sítio eletrônico da SMS-RJ<sup>27</sup>, (busca realizada em diferentes momentos de agosto 2015), para acesso pelos munícipes, porém é disponível no sítio da SUBPAV, onde é requerido cadastro, dificultando o acesso aos usuários em geral. Este sítio disponibiliza também um formulário para que os profissionais possam solicitar atualização da REMUME. Adicionalmente, foi criada ferramenta de consulta eletrônica, pela web, às monografias dos medicamentos da REMUME-Rio coincidentes com o Formulário Terapêutico Nacional 2010<sup>28</sup>.

A partir das REMUME e seguindo as normas ministeriais vigentes de financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica<sup>29</sup>, são coordenadas pelo NAF-RJ, em conjunto com as gerências das linhas de cuidado, as listas disponíveis para os diferentes níveis de atenção.

O elenco disponível para a APS passou de 57 em 2008 para 222 especialidades farmacêuticas em 2014. Os maiores incrementos ocorreram nos anos de 2011, 2012 e 2009, quando foram incorporados, respectivamente 75, 46 e 45 especialidades farmacêuticas. No ano de 2011 houve importante revisão no elenco de medicamentos da saúde mental e antibióticos ofertados para a APS. Em 2012, ampliou-se a oferta de fitoterápicos assim como de antiparkinsonianos, entre outros itens (Quadro 1). Em 2009 iniciou-se a reforma da APS no município, o que explica o primeiro grande aumento da oferta de itens.

**Quadro 1.** Evolução da quantidade de medicamentos ofertados para a atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil, no período 2008-2014.

Ano	Especialidades farmacêuticas fornecidas na APS	Grupos farmacológicos incorporados (Número de itens)*
2008	57	-
2009	102	antiácidos, preparações para tratamento de úlceras pépticas e flatulência, agentes para distúrbios funcionais gastrointestinais, antidiarreicos e agentes anti-inflamatórios/anti-infecciosos gastrointestinais, fármacos usados em diabetes (3), preparações antianêmicas (4), bloqueadores dos canais de cálcio, hormônios sexuais e moduladores do sistema genital (4), terapia tireoidiana (3), antibacterianos para uso sistêmico (4), antimicóticos para uso sistêmico, preparações antigota, sistema nervoso, analgésicos, antiepiléticos (4), drogas antiparkinsonianas, psicodélicos (4), psicoanalépticos (3), antiparasitários, anti-helmínticos, ectoparasiticidas, anti-histamínicos para uso sistêmico (2), oftalmológicos e outros produtos terapêuticos
2010	116	agentes para distúrbios funcionais gastrointestinais, agentes redutores do lipídio sérico (hipolipemiantes), antissépticos e desinfetantes, anti-infecciosos ginecológicos, hormônios sexuais e moduladores do sistema genital, antibacterianos para uso sistêmico (2), antivirais para uso sistêmico, produtos anti-inflamatórios, analgésicos, antiepiléticos (6), psicodélicos, psicoanalépticos, antiasmáticos, anti-histamínicos para uso sistêmico, fitoterápicos (2)
2011	183	agentes para distúrbios funcionais gastrointestinais (3), antissépticos e desinfetantes, hormônios sexuais e moduladores do sistema genital (2), antibacterianos para uso sistêmico (9), antivirais para uso sistêmico, produtos anti-inflamatórios, analgésicos, antiepiléticos (4), psicodélicos (13), psicoanalépticos (3), antiasmáticos (4), anti-histamínicos para uso sistêmico (2)
2012	213	antiácidos, preparações para tratamento de úlceras pépticas e flatulência, antidiarreicos e agentes anti-inflamatórios/anti-infecciosos gastrointestinais, fármacos usados em diabetes, vitaminas, agentes antitrombóticos, terapia cardíaca, diuréticos, vasodilatadores periféricos, agentes com ação no sistema renina-angiotensina, antifúngicos para uso dermatológico (3), emolientes e protetores, preparações antiacne para uso tópico, corticoides para uso sistêmico, antibacterianos para uso sistêmico (2), antivirais para uso sistêmico, antiepiléticos, drogas antiparkinsonianas (4), psicodélicos (4), outros fármacos para o sistema nervoso, anti-helmínticos (2), ectoparasiticidas, preparações nasais, antiasmáticos (2), anti-histamínicos para uso sistêmico (3), oftalmológicos (4), fitoterápicos (5)
2013	222	agentes beta-bloqueadores, antibacterianos para uso sistêmico, antivirais para uso sistêmico (3), agentes imunossupressores, sistema nervoso (2), anti-asmáticos
2014	222	Não houve inclusões

\* Quando nenhum número é indicado significa que apenas 1 item foi incluído na classe terapêutica.

Essa iniciativa foi acompanhada da decisão de lotar farmacêuticos em todas as unidades de APS. Dada a decisão de descentralização de alguns atendimentos de doenças tratáveis com

medicamentos do Componente Estratégico da AF (tuberculose e hanseníase) para toda a rede da APS, assim como de crônicas não transmissíveis, como exemplo a asma, os medicamentos

passaram a ser também dispensados em todas as unidades. Esse elenco contém produtos que, assim como os de saúde mental, requerem controle especial conforme norma federal<sup>30</sup>. Este processo pode gerar alguns conflitos, tendo em vista que muitas vezes os farmacêuticos não assumem a responsabilidade técnica frente ao Conselho Regional de Farmácia, requisito para a guarda e dispensação de medicamentos controlados.

A relação de produtos é apresentada aos farmacêuticos responsáveis pela AF que atuam nos diferentes pontos de cuidado por meio da planilha eletrônica de pedido de medicamento, disponibilizada por intermediação no Núcleo de Assistência Farmacêutica regional das CAP (NAF-regional), que também informam sempre que o elenco é atualizado e, portanto, nova planilha está disponível. Esta contém apenas os medicamentos adquiridos pela SMS-RJ, sendo os do Componente Estratégico da AF solicitados pelos formulários próprios definidos pelo MS, segundo as especificidades de cada programa.

Durante todo o período analisado, a programação seguiu sendo uma responsabilidade do NAF-RJ e operada anualmente, embasando a orçamentação para o exercício seguinte. Sempre que algum novo item é incorporado, a programação correspondente é feita pelo NAF em conjunto com os profissionais da linha de cuidado pelo método epidemiológico, que tem como base, o total estimado de casos a serem tratados num determinado período e a posologia padrão ou a mais utilizada segundo referências técnicas.

Os recursos financeiros são cobertos pelo valor pactuado dentro do Componente Básico da AF, que pode ser acrescido de cobertura pelo tesouro municipal para além da sua parcela mínima estabelecida nas normas ministeriais.

Aprovada a programação pela SUBPAV, é instruído o processo de aquisição por registro de preço, operado por pregão eletrônico. As especificações são pré-definidas no catálogo de materiais da Secretaria Municipal de Administração, cujo grupo dos medicamentos é coordenado pelo NAF-RJ, que também se encarrega pelo parecer técnico, observando cumprimento das especificações, validade de registro do medicamento e certificado de boas práticas de fabricação por linha de produção da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Quanto ao financiamento, observou-se aumento real nos valores aplicados à compra de medicamentos no município considerando ambos, tanto empenhado (24%) quanto liquidado (38%) entre 2008-2014 (Gráfico 1), sendo o

maior crescimento, de 37%, verificado no ano de 2011 em relação a 2010. A liquidação média dos valores empenhados dentro do mesmo ano foi de 82% (DP = 5%) sem uma tendência clara ao longo dos anos.

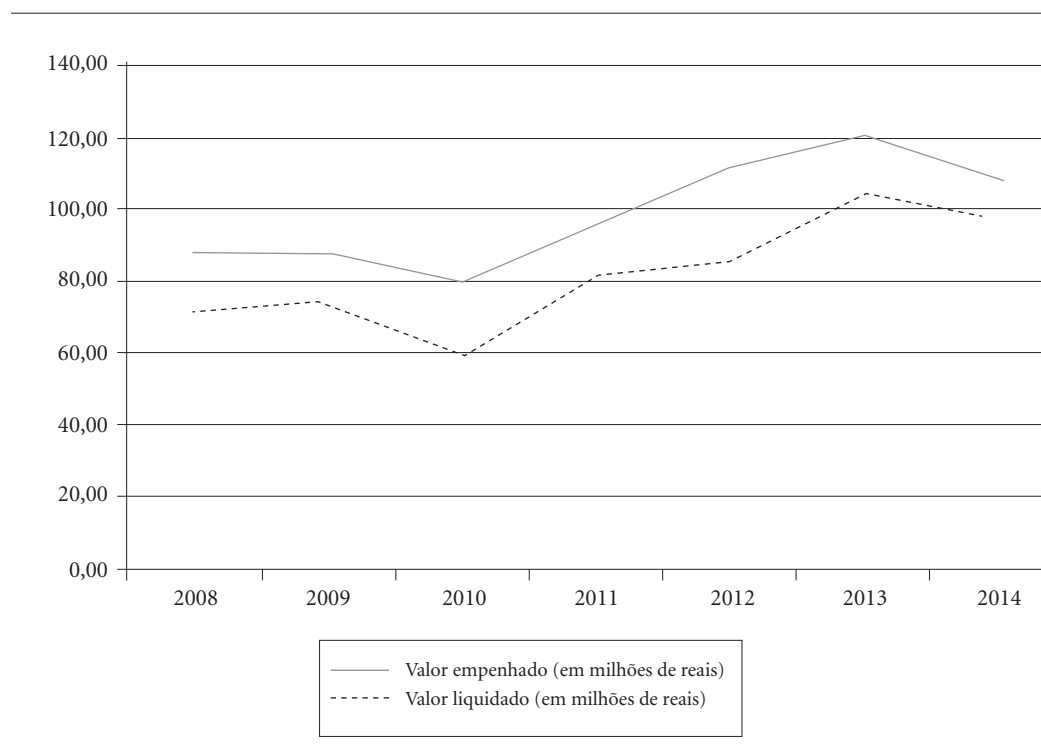
O gasto com medicamentos da APS apresentou crescimento de 128% no período estudado, contra 29% de redução na despesa com medicamentos hospitalares. Representou 76% em relação ao gasto com os fármacos dirigidos ao ambiente hospital em 2008, passando para 244% em 2014 (Tabela 1).

As compras de medicamentos são operadas pela Administração Direta da SMS-RJ por sistema de registro de preços (RP) desde os anos 90. Em 2007, iniciou-se realização de pregões presenciais com RP, passando a ser eletrônico em 2010. Há pelo menos 10 anos, conta com processos distintos de aquisição, um para abastecimento das unidades básicas e outro para a rede hospitalar. O primeiro, operado centralizadamente na SMS-RJ, tem entrega no almoxarifado central, a fim de facilitar o controle e a aplicação de recursos na AFAB, possuindo rubrica orçamentária (Programa de Trabalho) específica. O outro certame transcorre também dentro do nível central da SMS-RJ, sendo o suprimento das entregas efetuadas de forma descentralizada pelos fornecedores às unidades hospitalares, que gerenciam e executam seus próprios orçamentos<sup>31</sup>.

Quando verificada a evolução de gasto *per capita* em medicamentos tanto em relação ao total de consultas quanto à população, constata-se aumento importante na segunda e incremento mais discreto na primeira. Isto sugere que o esforço de ampliação no financiamento de medicamentos foi proporcional à expansão da cobertura da APS. Isto é mais evidente quando considerado o valor pactuado para os medicamentos da APS. Até 2012, o gasto municipal em medicamentos por consulta era maior que o estabelecido e a despesa *per capita* menor e, desde então, com o aumento das consultas realizadas, ambos valores de despesa são maiores que o valor pactuado (Gráfico 2).

## Discussão

Este artigo analisou aspectos técnico-administrativos selecionados da assistência farmacêutica na atenção primária do Rio de Janeiro. Cabe reiterar que esta foi uma opção de recorte para este estudo, que em absoluto significa deixar de reconhecer a importância dos aspectos técnico-clínicos



**Gráfico 1.** Evolução dos valores empenhados e liquidados na compra de medicamentos pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2008-2014.

OBS: Valores corrigidos pelo IPCA à 31 de dezembro 2014.

Fonte: Elaboração dos autores com base no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

da AF, nem de que estes possam ter deixado de receber esforços relevantes ou de ter apresentado avanços no município.

Analisados a seleção de medicamentos, o financiamento e o armazenamento de medicamentos em recorte temporal que incluiu desde o ano anterior à reforma da APS no município até o ano de 2014, observaram-se mudanças importantes. Ainda que a análise aqui empreendida não permita falar de causalidade, menos ainda da direcionalidade, ficou patente que alterações observáveis nos aspectos analisados da AF parecem ter acompanhado as mudanças na organização geral da APS.

Em consonância com a recomendação nacional<sup>4</sup>, a REMUME-Rio tem contemplado medicamentos para todos os níveis de cuidado desde sua primeira versão. Da mesma forma, tem buscado deixar claro para qual nível cada medicamento está disponível.

É fator positivo o esforço do município de formular seu elenco de medicamentos essenciais, sobretudo ratificando o compromisso de forne-

cimento de cada item dentro do SUS. Estudo de representatividade nacional encontrou que poucos municípios brasileiros formulam suas listas de medicamentos essenciais e poucos gestores tem clareza de sua utilidade<sup>32</sup>.

A versão da REMUME vigente no momento da apresentação deste artigo não contou com uma comissão multidisciplinar formal para sua confecção. No entanto, relata articulação da equipe de AF com profissionais encarregados da gestão do cuidado. Ainda que este processo indique o esforço de mobilização de conhecimento multiprofissional para a definição do elenco, a não explicitação nominal do conjunto de participantes do processo prejudica seu comprometimento e a transparência, tendo em vista o risco potencial de conflito de interesses.

Estudo sobre a percepção de gestores estaduais e municipais no Brasil mostrou que poucos divulgam suas listas de medicamentos essenciais em fácil acesso em seus sítios eletrônicos, da minoria que as tem definidas e formalizadas<sup>33</sup>. No Brasil, se por um lado o processo vem se estrutu-

**Tabela 1.** Despesas com aquisição de medicamentos pela Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro 2008-2014.

Ano	Valor empenhado (em milhões de reais)	Evolução percentual do valor empenhado ano a ano	Valor liquidado (em milhões de reais)	Evolução percentual do valor liquidado ano a ano	Liquidado/empenhado
2008	86,76	-	70,33	-	81%
2009	86,97	0%	73,33	4%	84%
2010	78,58	-10%	58,09	-21%	74%
2011	94,70	21%	79,76	37%	84%
2012	111,00	17%	84,47	6%	76%
2013	119,46	8%	103,17	22%	86%
2014	107,55	-10%	97,41	-6%	91%
Média (DP)	97,56 (13,92)	4,00% (12,00%)	80,94 (14,50)	7,00% (19%)	82,00% (5%)

Ano	Gastos medicamentos de uso hospitalar (em milhões de reais)	Gasto APS (em milhões de reais)	Medicamentos APS/Hospitais
2008	40,06	30,27	0,8
2009	36,36	36,96	1,0
2010	27,71	30,38	1,1
2011	27,18	52,58	1,9
2012	25,45	59,02	2,3
2013	27,34	75,82	2,8
2014	28,32	69,08	2,4
Média (DP)	30,35 (5,14)	50,59 (17,16)	1,8 (0,74)

Obs.: Valores monetários corrigidos a dezembro de 2014 pelo IPCA

Legenda: APS = atenção primária em saúde; DP = desvio padrão; IPCA = Índice de Preços ao Consumidos Amplo.

rando continuamente no nível nacional, o mesmo não ocorre nos demais níveis de uma forma geral<sup>34,35</sup>. Estados e municípios não precisam necessariamente estabelecer suas listas locais, podem assumir como orientadora a lista nacional. No entanto, dada a diversidade do país, é bastante razoável que o façam, sobretudo nos grandes municípios, que concentram grande diversidade de problemas, de oferta de serviços e de estruturação da rede de saúde. Uma vez que decidam estabelecer suas próprias listas, devem garantir a qualidade e transparência de sua metodologia. O êxito da lista está ligado à natureza participativa do processo de seleção, multiprofissional, com representantes de diferentes saberes em campos como a farmacologia clínica, farmacocinética, mercado farmacêutico, e epidemiologia, e seu sucesso está bastante ligado à sua legitimidade com os profissionais de saúde, sobretudo prescritores, e sua divulgação entre os mesmos<sup>34</sup>.

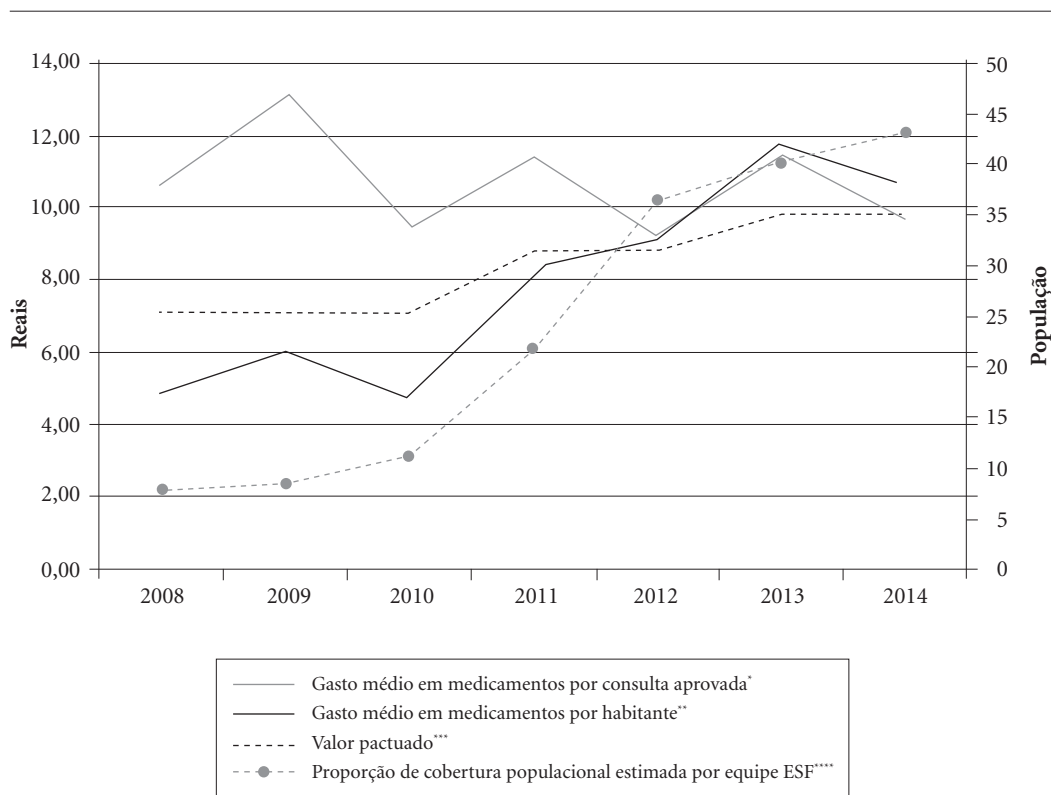
Assim, sem desmerecer as iniciativas de divulgação da lista aos profissionais da APS e a possibilidade facilitada de consulta eletrônica ao formulário terapêutico, a divulgação mais siste-

mática da REMUME-Rio, incluído o acesso pela sociedade, assim como pelos profissionais que não atuam na APS, apresentam-se como oportunidades de melhoria a serem implementadas.

Fica evidente o crescimento da oferta qualitativa de itens para a APS, com a inclusão não apenas de novas apresentações de medicamentos já existentes, mas também da cobertura de novos agravos. Isto convergiu com a decisão da ampliação da carteira de serviços<sup>35</sup> e assunção pela APS de cuidados antes reservados à unidades de referência ou mesmo do nível secundário de atenção. Igualmente, trouxe a necessidade de ampliar a incorporação de profissionais farmacêuticos nas equipes das unidades, ensejando a oferta de serviços por esses profissionais. Isto é bastante importante, tendo em vista as evidências de que a eficiente gestão técnica dos processos logísticos dos medicamentos, assim como o envolvimento desses profissionais no cuidado, contribuem para a promoção do uso apropriado de medicamentos propiciando melhorias na APS<sup>36</sup>.

A SMS-RJ possui histórico de êxito na etapa de aquisição, tanto que teve sua experiência rela-





**Gráfico 2.** Gasto médio por consulta aprovada e por habitante com medicamentos adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde em valores corrigidos a dezembro 2014 pelo IPCA, Município do Rio de Janeiro, 2008-2014.

Fonte: \* Consideradas as consultas aprovadas na esfera municipal do Rio de Janeiro, computadas nas seguintes classificações: Procedimento: 0301010013 (consulta ao paciente curado de tuberculose (tratamento supervisionado)), 0301010021 (consulta c/ identificação de casos novos de tuberculose), 0301010030 (consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico)), 0301010056 (consulta médica em saúde do trabalhador), 0301010064 (consulta médica em atenção básica), 0301010080 (consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura), 0301010099 (consulta para avaliação clínica do fumante), 0301010110 (consulta pré-natal), 0301010129 (consulta puerperal), 0301010137 (consulta/atendimento domiciliar), 0301010145 (primeira consulta de pediatria ao recém-nascido); \*\* Estimativas de população do IBGE para o Tribunal de Contas da União levantadas no SIOPS; \*\*\* valores mínimos de financiamento das Portarias GM/MS 176/99, 2.084/05, 3.237/07, 4.217/10 e 1.555/13; \*\*\*\* valores extraídos em levantamento no portal do Departamento de Atenção Básica do MS<sup>37</sup>.

tada no relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito de medicamentos em 1999, que destacou a obtenção de grandes descontos de preços pelo uso do seu poder de compra<sup>38</sup>. Estudo mais recente comparativo dos valores de aquisição no período 2000-2012 de treze medicamentos para o tratamento da hipertensão, diabetes, asma e rinite demonstrou que a SMS-RJ tem realizado suas compras a preços inferiores aos obtidos pela Secretaria de Estado do Rio de Janeiro, e em muitos casos, semelhantes ou menores aos pesquisados no Banco de Preços em Saúde<sup>39</sup>.

As dificuldades de liquidação de despesas de insumos no setor público estão, dentre outros motivos, geralmente ligadas às entregas realiza-

das pelos fornecedores muito próximo ao final do exercício financeiro ou situações de não integralidade da entrega pelos fornecedores segundo as especificações e determinações contratuais, gerando a eventual não comprovação do fornecimento dentro do mesmo exercício financeiro<sup>40</sup>.

A literatura relata expansão no financiamento em medicamentos em todo o Brasil. Vieira e Zucchi<sup>21</sup> registram aumento de 314% das transferências federais a municípios para a aquisição de medicamentos no período 2005-2009, com valor médio anual de 53%. Cabe a sinalização de que Silva e Caetano<sup>41</sup>, tomando como fonte o registro dos repasses do MS no Fundo Nacional de Saúde, observou aumento de apenas 27% entre 2008-

2014 no repasse federal aos municípios para financiamento do Componente Básico da AF.

Voltando a Vieira e Zucchi<sup>21</sup>, o mesmo estudo encontrou aumento médio no crescimento da aplicação de recursos próprios do tesouro municipal bem mais modesto no mesmo período, da ordem de 22,7%.

A elevação de 38% dos valores liquidados observados no município do Rio no financiamento de medicamentos entre 2008-2014, com elevação média anual de 7%, pode ser considerada expressiva, em que pese decréscimo de 21% entre 2009-2010, mas recuperando ascensão de 37% no biênio 2010-2011. Tendo como referência o SIOPS, o gasto liquidado com aquisição de medicamentos como proporção das despesas municipais totais em saúde liquidadas em valores correntes, foi de 2,4%, em média, com oscilações e redução média de 11,5% ao longo do período analisado. Estudo<sup>10</sup> para o mesmo município, cobrindo período entre 2002-2011, mostrou proporção média um pouco maior (2,8%), indicando que o gasto com medicamento não acompanhou o aumento nos valores do gasto público municipal total em saúde.

Observamos evolução do financiamento da AFAB acima do crescimento para os medicamentos hospitalares, tendo a inversão da tendência sido posterior ao ano de reforma da APS. Esta razão dos medicamentos da APS em relação aos hospitalares era de 0,8 vezes em 2008 e passou a 2,4 vezes em 2014. Nossos achados convergem com os de Silva e Caetano<sup>10</sup>, sinalizando a sustentabilidade da tendência encontrada. Isto é relevante, uma vez que a decisão alocativa reflete concretamente as prioridades de gestão.

Encontramos aumento dos gastos médio em medicamentos da APS por habitante, em curva de crescimento com comportamento bastante semelhante à da cobertura por equipe ESF (Gráfico 2), tendo esses valores passado, respectivamente de R\$ 3,88 e 7,9% em 2008 para R\$ 10,70 e 43,1% em 2014. Isto repercutiu em que o gasto do município do Rio ultrapassou o valor pactuado *per capita* a partir de 2013.

Claro, foi bastante positivo o aumento de cobertura pela ESF. Faz-se relevante, no entanto, sinalizar a importância de viabilizar e garantir o crescimento proporcional do aporte dos recursos de apoio, ademais de iniciativas racionalizadoras de sua gestão. O incremento das despesas com medicamentos acima do valor pactuado para a APS nas normas ministeriais aponta riscos para a sustentabilidade financeira no cenário de cobertura crescente pela ESF, que se encontrava ainda abaixo da meta de 48% para o ano de 2014<sup>42</sup>.

Existem medidas para melhorar o consumo e o uso de medicamentos<sup>43</sup>. O município do Rio de Janeiro já vem no esforço de implementação de várias delas, como sinalizam Pereira et al.<sup>9</sup>. Vale destaque para a iniciativa de implementação de indicadores, entre os quais o gasto médio por receita atendida. No entanto, os sistemas informatizados são implementados de forma independente por cada OS contratada e a inclusão das unidades que alimentam a informação de forma plena aconteceu, e ainda acontece, de forma heterogênea, impossibilitando o uso desses dados no presente estudo para o período total de interesse.

A intensificação de tais medidas é fundamental para potencializar o avanço da expansão da ESF neste território.

Como limitações, cabe sinalizar que o estudo foi realizado com bases de dados secundárias, elaboradas com o propósito gerencial que as motivou e diferentes dos propósitos deste estudo. Ademais, a fidedignidade dos dados está fora da governabilidade dos autores. A escolha dos aspectos, assim como dos dados utilizados, foi também determinada pela disponibilidade. Apesar da APS no município contar com um amplo painel de indicadores, estes se referem apenas ao período a partir de 2009 e sua implantação vem sendo incremental, não permitindo ainda um panorama completo da AF no nível municipal no período de interesse deste artigo.

Trata-se de um estudo realizado em um único município, de grande porte, o que limita a generalização dos achados. No entanto, é razoável acreditar que muitos dos achados se reproduzam em outros cenários nacionais.

A elevação do gasto público *per capita* em medicamentos acima do valor pactuado suscita a necessidade de intensificar medidas de racionalização gerencial, aprimorando o acesso qualificado e uso apropriado de medicamentos pela população, além de possível insuficiência nos valores a serem aplicados no financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Cabe ressaltar a importância de que novos estudos sejam feitos aprofundando os aspectos abordados aqui, mas também, contemplando o relevante conjunto de ações técnico-assistenciais da assistência farmacêutica. Sobretudo, é importante aprimorar o desenvolvimento de indicadores de monitoramento que permitam conhecer a evolução no alcance dos resultados da AF em termos de seus grandes objetivos finais, de acesso com qualidade e uso apropriado de medicamentos.

Pode-se concluir que houve mudanças importantes na assistência farmacêutica do muni-

cípio do Rio de Janeiro no período que sucedeu a reforma da atenção primária realizada neste território em todas as ações estudadas. Houve aumento qualitativo da oferta de medicamentos, ampliando o escopo de condições cobertas e crescimento do financiamento, com inversão da relação de despesa entre medicamentos da APS e hospitalares.

## Colaboradores

RM Silva, NC Pereira e VL Luiza participaram da concepção e delineamento, redação, montagem e análise do banco de dados e revisão do artigo, LVP Mendes contribuiu com a redação, montagem e análise do banco de dados e revisão do artigo.

## Referências

1. Brasil, Governo Federal. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
2. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):204-211.
3. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):401-412.
4. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2011; 29 abr.
5. Brasil. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
6. Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev Saude Publica* 2007; 41(2):214-222.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União* 1998; 31 out.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União* 2004; 7 maio.
9. Pereira NC, Luiza VL, Cruz MM. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. *Saúde Debate* 2015; 39(105):451-468.
10. Silva RM, Caetano R. Gastos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil, com medicamentos: uma análise do período 2002-2011. *Cad Saude Publica* 2014; 30(6):1207-1218.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS; 2009.
12. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machados-Santos S. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS, OMS; 2003.
13. Bevilacqua G, Farias MR, Blatt CR. Aquisição de medicamentos genéricos em município de médio porte. *Rev Saude Publica* 2011; 45(3):583-589.
14. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Assistência farmacêutica no SUS*. Brasília: CONASS; 2011.
15. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas PS, Costa KS, Luiza VL. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde Em Debate* 2014; 38(n. esp.):109-123.
16. 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.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família 2012. [acessado 2015 set 15]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php).
18. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2010-2013. [acessado 2015 set 15]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4130215/PLANO-MUNICIPALDESAUDE20102013.pdf>
19. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica 2011. [acessado 2015 set 15]. Disponível em: [http://subpav.org/download/assfarm/assfarm\\_Diretrizes\\_AF\\_na\\_SMSDC\\_SUBPAV.pdf](http://subpav.org/download/assfarm/assfarm_Diretrizes_AF_na_SMSDC_SUBPAV.pdf)

20. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMU-ME-Rio) 2013. [acessado 2015 set 12]. Disponível em: <http://subpav.org/download/assfarm/REMUME-RIO%202013.pdf>
21. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saude Soc* 2013; 22(1):73-84.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). [acessado 2015 set 26]. Disponível em: <http://portalsau-de.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>
23. Fenili RR. *Gestão de Materiais*. Brasília: ENAP; 2015.
24. Brasil. Portal da Transparência do Governo Federal. [acessado 2015 set 15]. Disponível em: <http://www.portaldatransparencia.gov.br/glossario/>
25. Rio de Janeiro. Manual de Operação do SIGMA 2008. [acessado 2015 set 15]. Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/317751/DLFE-190811.pdf/Manual\\_Sigma\\_Gestao\\_Estoques\\_17102008.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/317751/DLFE-190811.pdf/Manual_Sigma_Gestao_Estoques_17102008.pdf)
26. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) - Ipeadata Macroeconômico. [acessado 2015 set 10]. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br>
27. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. [acessado 2015 ago 22]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms>
28. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV). [acessado 2015 ago 26]. Disponível em: <http://subpav.org/index.php>
29. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 1555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 31 jul.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União* 1998; 31 dez.
31. Rio de Janeiro. Tribunal de Contas do Município (TCM-RJ). *Auditoria Operacional TCM-RJ/PROMO-EX - Estratégia de Saúde da Família*. Rio de Janeiro: TCM; 2009.
32. Magarinos-Torres R, Pepe VLE, Oliveira MA, Osorio-de-Castro CGS. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. *Cien Saude Colet* 2014; 19(9):3859-3868.
33. Weber D, Bueno CS, Steiger LL, Oliveira KR. Seleção de medicamentos: uma visão do processo em quatro municípios do Rio Grande do Sul - RS. *Rev Bras Farm* 2010; 91(3):141-148.
34. Magarinos-Torres R, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS. Estruturação da assistência farmacêutica: plano de ação para a seleção de medicamentos essenciais. *Cad Saude Coletiva* 2013; 21(2):188-196.
35. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. *Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: SMSDC; 2011.
36. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saude* 2011; 2(3):41-49.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. [acessado 2015 set 12]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)
38. Brasil. Câmara dos Deputados. Relatório da CPI – Medicamentos. Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar os reajustes de preços e a falsificação de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios. Brasília: Câmara dos Deputados; 2000.
39. Zaire C, Silva RMM, Hasenclever L. Aquisições no âmbito do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: o caso dos programas de atenção básica. *Cad Desenvol Flum* 2013; (3):62-85.
40. Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde. Apresentação das dificuldades enfrentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde na aquisição de medicamentos 2014. [acessado 2015 set 21]. Disponível em: <http://www.conass.org.br>
41. Silva RM, Caetano R. Gastos com repasses no financiamento da assistência farmacêutica básica e Programa Aqui Tem Farmácia Popular pelo Ministério da Saúde entre 2006-2014 Anais do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva 2015. [acessado 2015 set 15]. Disponível em: [http://www.saudecoletiva.org.br/anais/index\\_int.php?id\\_trabalho=4322&ano=&ev=#menuanais](http://www.saudecoletiva.org.br/anais/index_int.php?id_trabalho=4322&ano=&ev=#menuanais)
42. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017. [acessado 2015 set 12]. Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf)
43. Laing RO, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. *Health Policy Plan* 2001; 16(1):13-20.

Artigo apresentado em 10/11/2015

Aprovado em 07/01/2016

Versão final apresentada em 09/01/2016