

Regionalização da assistência farmacêutica: uma estratégia para a garantia do abastecimento de medicamentos

Regionalization of pharmaceutical assistance: a strategy to guarantee availability of medicines

Homero Claudio Rocha Souza Filho¹

Farmacêutico. Especialista em Gestão Pública. Superintendente de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Renata Gomes de Alcântara

Farmacêutica. MBA Gestão em Saúde. Diretora de Medicamentos Estratégicos da Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.

Patrícia de Oliveira

Farmacêutica. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica; em Saúde da Família e em Saúde Pública. Diretora de Medicamentos de Alto Custo da Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Nivaldo Cesar de Souza Júnior

Farmacêutico. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica. Assessor da Diretoria de Medicamentos Básicos da Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.

Daniele de Sá Pedras

Bacharel em Direito. Pós-graduada em Gestão de Projetos. Assessora da Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.

Edvânia Ramos de Oliveira

Farmacêutica. Pós-graduada em Análises Clínicas. Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Eunice Germano Villela

Farmacêutica. Pós-graduada em Gestão da Assistência Farmacêutica. Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Resumo: *Objetivos:* Apresentar a Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF) desenvolvida no Estado de Minas Gerais. *Métodos:* Relato de experiência que pretende registrar as principais características da ERAF e os resultados obtidos. *Resultados:* Ampliação do elenco e do financiamento dos medicamentos básicos, redução de custos na aquisição desses itens, otimização dos prazos de entrega dos medicamentos nos municípios. No novo modelo de aquisição e distribuição de medicamentos adotados pelo Estado de Minas Gerais, o Estado passou a disponibilizar Atas de Registro de Preços para aquisição dos medicamentos básicos pelos municípios, permitindo o aprimoramento das ações relacionadas ao abastecimento de medicamentos. Na ERAF, foi disponibilizado aos municípios módulo específico no Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) e a tecnologia de distribuição direta do setor farmacêutico foi aproveitada, reduzindo drasticamente os problemas logísticos existentes até então. *Conclusões:* A disponibilidade de unidades farmacêuticas no novo modelo aumentou consideravelmente e foi alcançada uma economia na ordem de R\$17 milhões para os municípios que aderiram a ERAF. Tais dados demonstram que a ERAF se mostra como uma política pública capaz de ampliar a disponibilidade de medicamentos no SUS-MG, proporcionando uma aquisição mais eficiente de medicamentos nos municípios.

Palavras-chaves: Assistência farmacêutica; gestão em saúde; aquisição de medicamentos; distribuição de medicamentos.

Abstract: *Objectives:* To present the Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF) developed in the Brazilian state of Minas Gerais. *Methods:* Experience report that you want to record the main features of ERAF and the results obtained in this model. *Results:* The main results ERAF are the expansion of cast and financing of basic medicines, cost reduction in the purchase of these items, as well as optimization of delivery times of drugs in municipalities. In the new model of acquisition and distribution of medicines adopted by the Brazilian state of Minas Gerais, the State has made available Prices Registration Minutes for the acquisition of basic medicines by municipalities, allowing the improvement of the actions related to the supply of medicines. In ERAF, it was made available to municipalities specific module in the Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência (SIGAF) and direct distribution technology in the pharmaceutical industry was used, drastically reducing the existing logistical problems so far. *Conclusions:* It was found that the availability of pharmaceutical units in the new model has increased considerably and has achieved a saving of R\$ 17 million to municipalities that joined the ERAF. These data demonstrate that ERAF shown as a public policy designed to increase the availability of medicines in the Brazilian Public Health System, providing a more efficient medicines procurement in municipalities.

Keywords: Pharmaceutical care; health management; procurement of drugs; distribution of medicaments.

¹ homerofilho@gmail.com

Gláucia Dias Gonçalves

Farmacêutica. Pós-graduada em Gestão da Assistência Farmacêutica. Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Isabela Maia Diniz

Farmacêutica. Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Josilene Pereira Costa

Farmacêutica. Pós-Graduada em Saúde Coletiva. Assessora da Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Laise Sofia de Macedo Rodrigues

Farmacêutica. Mestre em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Luiz Claudio Barroso Santos

Gestor Público. Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Maria Luiza Martins da Silva

Farmacêutica. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica, em Gestão de Saúde Pública, e em Regulação em Saúde no SUS. Assessora da Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Natália Dantas Barbosa Mascarenhas Vitor

Farmacêutica. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica. Assessora da Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.

Roberto de Castro

Farmacêutico. Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Samira do Nascimento Mateus Nunes Lyra

Farmacêutica. Especialista em Políticas Públicas. Assessora da Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, reafirma a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. As ações e serviços que integram o SUS são desenvolvidos com base nas diretrizes previstas na Constituição Federal, observando os princípios da universalidade, integralidade e equidade, entre outros. A partir desses princípios, o campo de atuação do SUS é definido, estabelecendo a assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica, como parte de seu campo de atuação.

O ‘Farmácia de Todos’ é o programa do Governo de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), criado para garantir a assistência farmacêutica desenvolvida no Estado. É por meio dele que os medicamentos do SUS chegam a todos os mineiros. O diferencial desse novo modelo de assistência farmacêutica no Estado é que os seus investimentos procuram abarcar ações para além do fornecimento de medicamentos aos usuários do SUS, contemplando, assim, ações voltadas à clínica e também ao apoio aos municípios.

Dentro desta perspectiva, a assistência farmacêutica é dividida em três componentes: ‘Básico’, ‘Especializado’ e ‘Estratégico’. Os componentes são estratégias de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento fármaco-terapêutico.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) visa à aquisição de medicamentos destinados à atenção primária à saúde. Os medicamentos são adquiridos por meio de recurso tripartite – federal, estadual e municipal – para o atendimento aos 853 municípios de Minas Gerais. A aquisição é subsidiada pela Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, que aprova as normas de financiamento e execução do componente.¹

Para garantia do acesso, o binômio “aquisição/distribuição” de medicamentos continua sendo um desafio a ser superado pelos gestores de saúde em todo o país, exigindo estratégias inovadoras para garantia do abastecimento de medicamentos à população nos municípios mineiros.

Em uma pesquisa a respeito das necessidades sociais atendidas pela assistência farmacêutica, Correr, Otuki e Soler² alertam que os problemas relacionados com a estrutura, organização, processos de gestão e gerenciais, comprometem o acesso aos medicamentos pelos usuários com a qualidade assegurada e na quantidade necessária para a efetividade do seu tratamento.

O objetivo desse estudo é relatar a experiência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais na implantação da estratégia de regionalização da Assistência Farmacêutica como um novo modelo de aquisição e distribuição de medicamentos no âmbito do SUS.

Métodos

O contexto de criação da Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF)

No início de 2015, com a mudança de gestão do governo do Estado, o diagnóstico realizado na assistência farmacêutica apontava para um modelo logístico excessivamente centralizado, de alto custo e baixa eficiência. O modelo consistia na centralização dos recursos financeiros dos municípios e da União para aquisição e distribuição pelo Estado, apresentando escala de compra desfavorável, elevado índice de desabastecimento, expressivo quantitativo de medicamentos vencidos, além dos atrasos de cronogramas de entrega de medicamentos em patamares inaceitáveis, o que reafirma a necessidade de aprimoramento dos métodos de planejamento, com o estabelecimento de estratégias que garantam o acesso e propiciem o uso racional de medicamentos.

O reflexo dessa situação nos municípios, beneficiários finais da política, apontava para uma realidade que devia ser encarada de maneira estratégica, pois o elenco e a quantidade de medicamentos eram insuficientes às necessidades da população, tendo os municípios que realizar aquisições complementares e na maioria das vezes ineficientes. Cabe mencionar, também, o constante desabastecimento enfrentado pelos municípios, o que culminava na insatisfação da população.

Em uma consulta realizada pela Superintendência de Assistência Farmacêutica da SES-MG aos municípios mineiros em 2015, 78% responderam que não consideravam efetiva a distribuição de medicamentos realizada pela SES-MG. Além disso, 89% dos municípios afirmaram realizar compras adicionais para abastecer as farmácias municipais.

Estratégia de regionalização da assistência farmacêutica

Frente à situação diagnosticada, o Governo do Estado propôs a Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF), um novo modelo de aquisição e distribuição de medicamentos em Minas

Gerais. Assim, em 19 de agosto de 2015, a Comissão Intergestores Bipartite do SUS/MG aprovou a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.164, que estabelece as normas de financiamento e execução do CBAF no âmbito do SUS-MG. Tal proposta consiste na cooperação técnica aos municípios na aquisição de medicamentos, com distribuição direta pelo setor farmacêutico.³

Por meio da ERAF, o Estado passou a disponibilizar Atas de Registro de Preço para aquisição de medicamentos e insumos nos municípios, com redução de custos, ampliação de elenco e financiamento, além da otimização dos prazos de entrega. Seguem abaixo as principais características dessa estratégia:

- Ampliação do elenco de medicamentos básicos disponíveis de 145 para até 340 itens;
 - Ampliação da oferta da contrapartida financeira em R\$0,99 por habitante/ano para os municípios que aderiram à estratégia;
 - Ampliação do quantitativo de medicamentos disponível aos municípios;
 - Fornecimento de alternativa para aquisição de forma satisfatória nos municípios;
 - Ajuste da escala de compra por meio de lotes regionais nos processos licitatórios;
- Manutenção do processo licitatório no Estado, com participação dos municípios;
- Utilização da estrutura logística consolidada do setor farmacêutico, com distribuição direta pelo fornecedor;
 - Disponibilização do módulo da “Regionalização da Assistência Farmacêutica” no Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF);
 - Fomento para desenvolvimento econômico regional: Territórios de Desenvolvimento;
 - Entrega direta pelos fornecedores aos municípios que ainda não aderiram à Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica.

Aderiram à ERAF 261 municípios que, juntos, representam mais de 10 milhões de habitantes, cerca de 50% da população mineira. Na ERAF, o estado foi dividido em cinco regiões independentes, com o objetivo de ajustar a escala de aquisição, ampliar a concorrência e gerar atratividade para regiões que eventualmente não teriam processos licitatórios bem-sucedidos pela sua condição de desenvolvimento econômico e distância dos maiores centros produtores. É importante destacar esse último aspecto, pois a sua utilização revela a aplicação prática do princípio da equidade do SUS.

Resultados

Dentre as principais dificuldades enfrentadas pela SES-MG ao assumir a nova gestão em 2015, o modelo logístico adotado até então resultava em constantes atrasos na entrega dos medicamentos aos municípios, trazendo prejuízos ao seguimento do tratamento medicamentoso, o que ampliava a insatisfação da população e trazia descrédito nos serviços prestados pelo SUS.

Como resultado qualitativo da ERAF, já é possível constatar o achatamento dos prazos de disponibilidade de medicamentos. No modelo centralizado, o processo – da licitação até a entrega dos medicamentos aos municípios – levava cerca de 218 dias. Por meio da ERAF, os itens passaram a ser entregues em até 135 dias, mostrando a redução de pelo menos 83 dias nesse processo. Para os itens que já possuíam Ata de Registro de Preços homologada, a entrega aos municípios foi reduzida de 128 dias, no modelo centralizado, para 45 dias, na ERAF, reafirmando o achatamento dos prazos na entrega final dos medicamentos aos municípios.

Um dos reflexos da política centralizada de abastecimento de medicamentos era a quantidade insuficiente de medicamentos nos municípios, gerando a necessidade de aquisições complementares que, na maioria das vezes, se mostravam ineficientes. No contexto de avaliação quantitativa, no modelo centralizado, destaca-se a dificuldade do Estado em cumprir integralmente o quantitativo solicitado pe-

los municípios. Em 2015, no modelo centralizado, foram solicitadas pelos municípios 1.726.061.438 (um bilhão setecentos e vinte e seis milhões sessenta e um mil e quatrocentos e trinta e oito) unidades farmacêuticas. Dessas, foram atendidas 1.122.122.871 (um bilhão cento e vinte e dois milhões cento e vinte e dois mil e oitocentos e setenta e uma) unidades, o que demonstra uma considerável diferença – de cerca de 35% – de execução entre a quantidade solicitada pelos municípios e o real atendimento pelo Estado, naquele ano. Tal resultado evidencia a ineficiência no atendimento aos municípios, acarretando certamente na necessidade de aquisições complementares pela administração municipal. Conclui-se, então, que, no modelo centralizado, o Estado era um simples distribuidor de medicamentos, sem atender efetiva e eficazmente a real necessidade da população.

Em um recorte dos quantitativos solicitados em 2015 e 2016, apenas pelos municípios que aderiram à ERAF, é possível confirmar a corrente prática de aquisições complementares pelos municípios. Com a ERAF implantada em 2016, a quantidade solicitada foi de 2.164.297.628 (dois bilhões cento e sessenta e quatro milhões duzentos e noventa e sete mil e seiscentos e vinte e oito) unidades farmacêuticas, uma variação de 323% frente à solicitação de 669.375.138 (seiscentos e sessenta e nove milhões trezentos e setenta e cinco mil e cento e trinta e oito) unidades farmacêuticas em 2015, pressupondo-se que o gargalo estabelecido pela centralização da logística foi superado e a expectativa é de que a totalidade do solicitado aos fornecedores seja distribuído aos municípios, utilizando-se a estrutura logística já consolidada do mercado farmacêutico.

Ainda é importante destacar que a tendência é que esse crescimento seja majorado, tendo em vista o andamento das licitações para itens que foram desertos e fracassados, bem como insumos e medicamentos fitoterápicos.

Outra análise que merece destaque é o comparativo entre as quantidades solicitadas nos dois modelos dos cinco medicamentos mais utilizados no Estado de Minas Gerais (Tabela 1).

Tabela 1. Quantidade solicitada (em unidades farmacêuticas) dos cinco medicamentos mais utilizados no Estado, no modelo centralizado, no total do Estado, em 2015, e no novo modelo regionalizado, em 261 municípios, em 2016.

Medicamento	Modelo centralizado (Estado, 2015)	Modelo regionalizado (261 mun., 2016)	Varição (%)
Omeprazol 20mg	60.136.864	142.137.099	236
Losartana potássica 50mg	40.217.100	138.762.583	345
Hidroclorotiazida 25mg	34.065.500	131.115.739	385
Ácido acetilsalicílico 100mg	21.738.000	98.645.019	454
Metformina cloridrato 850mg	21.586.000	98.420.374	456

Fonte: SES/MG. Elaborado pelos autores.

Verifica-se um incremento de até 456% no quantitativo solicitado dos itens mais demandados no Estado, permitindo inferir que a ERAF tem atuado nas necessidades não atendidas no modelo anterior, ampliando diretamente no acesso aos medicamentos no SUS.

Nota-se que os medicamentos mais utilizados no Estado de Minas Gerais são destinados ao tratamento da hipertensão e do diabetes, que decorre da alta prevalência das doenças crônicas no país. Por outro lado, merece ser objeto de avaliação a utilização do omeprazol 20mg, que aparece como o medicamento mais demandado no Estado de Minas Gerais.

Para os mesmos itens, foi realizada a comparação entre valor unitário descrito na Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) e o valor unitário obtido com a ERAF (Tabela 2).

Essa comparação permite observar a variação de até 2.519% entre o valor unitário registrado na tabela CMED e o valor unitário obtido por meio da ERAF, o que reafirma a economicidade da estratégia aos cofres públicos.

É importante atentar que as aquisições realizadas pelos municípios têm sido objeto de atuação pelo Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE), uma vez que os preços praticados eram maiores que os valores discriminados na tabela CMED. Assim, a ERAF também tem auxiliado os municí-

pios no cumprimento das normas relacionadas às aquisições públicas.

Por meio da análise dos preços atuais praticados nos municípios mineiros na aquisição de medicamentos básicos e dos valores homologados pelo Estado, pode-se verificar a vantagem financeira da ERAF para os municípios. Seguem considerações referentes a essa análise:

- Trezentos e dezenove (319) lotes do processo licitatório foram informados pelo TCE e continham valores praticados nos municípios a serem comparados;
- Os valores comparados consistem em valores unitários;
- Como as compras municipais referiam-se a períodos em que o reajuste anual de preços ainda não havia sido aplicado, para os valores unitários municipais foi acrescido o reajuste anual de preços de até 12,5% para todas as categorias de medicamentos;
- Os valores unitários utilizados consistem na média de todos os valores registrados na base de dados do TCE para aquela região.

Do montante de 319 lotes, 73% dos lotes homologados pelo Estado têm vantagem na compra estadual comparados aos valores praticados nos municípios (Tabela 3).

Tabela 2. Quantidade solicitada (em unidades farmacêuticas), valores unitários CMED e com a estratégia de regionalização (ERAF) e valores totais CMED e regionalizado (em reais) 2016.

Medicamento	Quantidade solicitada	Valor unitário		Valor total		Variação	
		CMED	ERAF	CMED	ERAF	Em valores	%
Omeprazol 20mg	142.137.099	0,8465	0,0336	120.316.516,14	4.775.806,53	115.540.709,61	2.519
Losartana potássica 50mg	138.762.583	0,4476	0,0340	62.114.757,57	4.717.927,82	57.396.829,75	1.317
Hidroclorotiazida 25mg	131.115.739	0,1394	0,0159	18.281.904,54	2.084.740,25	16.197.164,29	877
Ácido acetilsalicílico 100mg	98.645.019	0,0389	0,0232	3.837.291,24	2.285.677,27	1.551.613,97	168
Metformina cloridrato 850mg	98.420.374	0,1424	0,0549	14.010.140,24	5.403.278,53	8.606.861,71	259

Fonte: SES/MG. Elaborado pelos autores

Tabela 3. Número e proporção de lotes com condição de vantagem nas aquisições realizadas pelo Estado e pelos municípios, em 2016.

Condição de aquisição	Número de lotes	%
Estado-vantajosa	232	73
Município-vantajosa	87	27
Total geral	319	100

Fonte: SES/MG. Elaborado pelos autores.

É importante destacar que, para os lotes de aquisição mais vantajosa pelos municípios, o Centro de Serviços Compartilhados (CSC) da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG) tem atuado junto aos fornecedores registrados para a redução dos preços homologados.

Por fim, quando aplicado o valor unitário mais vantajoso para o município – sejam os lotes de menor valor praticados por ele e informados pelo TCE, ou sejam os lotes de menor valor homologados pelo Estado – a diferença financeira estimada entre o volume adquirido a preços municipais e os preços mais vantajosos revelam uma economia da ordem de R\$17 milhões para os municípios que aderiam a ERAF (Tabela 4).

Seguindo a tendência da grande maioria de lotes mais vantajosos na aquisição do Estado, a licitação de lotes fracassados e desertos, e a atuação do CSC para a negociação de preços, é importante destacar que a tendência é que essa economia seja ampliada de maneira expressiva.

Nesse sentido, o novo modelo revela a economia nas aquisições realizadas, podendo ser efetivadas tanto em processos licitatórios municipais – caso os preços praticados por ele sejam menores – como pelas Atas de Registro de Preços disponibilizadas pelo Estado – caso esses preços sejam os mais vantajosos. Tal situação era impossível no modelo anterior, já que os recursos financeiros eram totalmente centralizados no Estado.

Tabela 4. Valores totais (em reais) dos quantitativos anuais de medicamentos adquiridos pelos preços praticados nos municípios e pelos preços vantajosos da ERAF e economia anual projetada para os municípios participantes da ERAF.

Preços	Valor total do quantitativo anual de medicamentos adquiridos (em reais)
Praticados nos municípios	136.937.999,76
ERAF	119.842.409,02
Economia anual projetada para os municípios participantes da ERAF	17.095.590,74

Fonte: Elaborada pelos autores

Discussão

Diante do exposto, reiteramos a importância em garantir o acesso aos medicamentos pela população, como prerrogativa da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Medidas neste sentido trazem progressos na utilização de medicamentos, efetivando ações que tenham resultados concretos na qualidade de vida da população, garantindo integralidade da assistência farmacêutica.

Conforme demonstram os dados, a disponibilidade de unidades farmacêuticas no novo modelo aumentou consideravelmente, o que expressa uma real possibilidade de aquisição de medicamentos que atenda à necessidade da população do território municipal. Além disso, por meio da análise dos preços atuais praticados nos municípios mineiros na aquisição de medicamentos básicos, foi possível apontar a economicidade do modelo, bem como os medicamentos e territórios que devem investir no sentido da redução dos preços unitários homologados.

A economia na ordem de R\$17 milhões para os municípios que aderiram à ERAF e o grande potencial de crescimento dessa estratégia são os principais motivadores para a ampliação do modelo aos demais municípios do Estado, especialmente nos tempos atuais, nos quais políticas públicas arraigadas de eficiência são tão necessárias.

O achatamento dos prazos de entrega dos medicamentos aos municípios produz grande impacto nos serviços prestados, reduzindo o estoque armazenado nas unidades e a possibilidade de perda desses produtos. Deve-se atentar, também, para os benefícios diretos aos cidadãos, com a garantia de acesso e o alcance de resultados positivos no seguimento medicamentoso.

A ERAF tem como objetivo reajustar o papel do gestor estadual na assistência farmacêutica desenvolvida em Minas Gerais, uma vez que o modelo anterior era excessivamente centralizado e o Estado ocupava-se da responsabilidade dos municípios no processo de abastecimento de medicamentos. Por outro lado, não poderia ser realizada apenas a simples descentralização da aquisição de medicamentos, sem o apoio necessário para a execução pelos municípios. Assim, por meio da ERAF, o Estado de Minas Gerais cumpre seu papel constitucional como regulador das políticas públicas, trazendo para o município o protagonismo que lhe é de direito.

Conclusões

Apesar dos esforços para a consolidação da assistência farmacêutica no SUS, o aprimoramento das atividades desempenhadas pela SES/MG é indispensável para o alcance da melhoria na qualidade dos serviços de assistência farmacêutica prestados aos usuários. Nesse contexto, torna-se necessário implementar estratégias que permitam a garantia do abastecimento dos medicamentos, acesso e uso racional pela população.

O novo modelo de aquisição e distribuição de medicamentos traz como benefícios, para os municípios, o equacionamento do problema logístico instalado; adaptação às realidades regionais; desenvolvimento dos arranjos econômicos regionais; ajuste da escala de compra e ampliação da concorrência, e fortalecimento do Estado como indutor da Política Estadual de Assistência Farmacêutica.

Sendo assim, a Estratégia da Regionalização da Assistência Farmacêutica se mostrou como uma política pública capaz de ampliar a disponibilidade de medicamentos no SUS-MG, proporcionando uma aquisição mais eficiente de medicamentos nos municípios.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, 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 República Federativa do Brasil 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html Acesso em 20 set 2016.
2. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev PanAmazônica Saúde 2011; 2 (3):41-49.
3. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.164, de 19 de agosto de 2015. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico do Bloco da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS-MG. [on line] 2015. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%202164.pdf> Acesso em 20 set 2016.

Recebido em 21/09/2016.

Aceito para publicação em 28 /10 /2016.