



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
BACHARELADO EM FARMÁCIA**

MILLENA CONCEIÇÃO PALMEIRA

**ANÁLISE ECONÔMICA DA AQUISIÇÃO MUNICIPAL DE
MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA ATRAVÉS DO SISTEMA
DE REGISTRO DE PREÇO COMPARTILHADO**

SALVADOR

2024

MILLENA CONCEIÇÃO PALMEIRA

**ANÁLISE ECONÔMICA DA AQUISIÇÃO MUNICIPAL DE
MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA ATRAVÉS DO SISTEMA
DE REGISTRO DE PREÇO COMPARTILHADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Universidade do Estado da Bahia como requisito para o título de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. MSc. Marcelo Ney de Jesus Paixão.

SALVADOR
2024

MILLENA CONCEIÇÃO PALMEIRA


**ANÁLISE ECONÔMICA DA AQUISIÇÃO MUNICIPAL DE
MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA ATRAVÉS DO SISTEMA
DE REGISTRO DE PREÇO COMPARTILHADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Universidade do Estado da Bahia como requisito para o título de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. MSc. Marcelo Ney de Jesus Paixão.

Aprovado em: 07 de Janeiro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 MARCELO NEY DE JESUS PAIXAO
Data: 07/01/2025 14:20:07-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Orientador: Prof. Mestre Marcelo Ney de Jesus Paixão -

Universidade do Estado da Bahia- UNEB



Ana Patrícia Pascoal Queiroz - Universidade do Estado da Bahia- UNEB



Maria Isabel Silva Soares- Universidade do Estado da Bahia- UNEB

Salvador

2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a DEUS, pois esteve comigo em todos os momentos, não me deixando desistir da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, pelas bênçãos, pelas lutas e vitórias, por minha vida, por minha respiração, pelo que ainda há de vir, por todas às vezes que pensei estar só e Ele me dizia: “ei, eu tô aqui!” Todo o meu ser é grato a ti! Só nós dois sabemos toda a história e o que tive que enfrentar para estar aqui... mas só você sabe o futuro! Por isso eu confio! Amém!

Agradeço também à minha família, pelo suporte que tem me dado em todos esses anos; à minha mãe, por ter me dado a vida e se esforçado para que eu crescesse bem; agradeço especialmente à minha tia Lúcia, que nunca me desamparou, nunca deixou de ouvir meus sentimentos e valorizá-los; também à minha avó Benedita, por ser esse amor de pessoa, carinhosa, que se preocupa e que todo ano me faz esperar ansiosamente pela cantiga de feliz aniversário logo cedo; também à minha Tita e tia Aidil, que sempre se preocupam se eu estou bem, o que me faz me sentir amada mais ainda; ao meu tio Júnior, o primeiro que me levou pra conhecer a UNEB, me deu meu primeiro violão, exercendo seu papel de melhor tio do mundo; agradeço também à Ronildo Lopes, meu grande amigo e parceiro, que sempre compreendeu meus sentimentos e, quando pôde, fez seu papel de pai quando eu não tinha nenhum. Serei eternamente grata! O pouco de amor paterno que eu pude vivenciar foi graças a você! Que Deus te conceda tudo que seu coração almejar e a todos que eu amo.

Expresso também minha profunda gratidão à minha eterna Girl Band *Gremlins*, Maria, que dividiu o teto da casa mais problemática do Brasil comigo por 6 anos. Passamos muitas dificuldades e sofrimento, mas se hoje eu tô aqui pra contar, é graças a você também! Dividimos até a guarda de uma gatinha (Gigi, saudades filha, se comporte!). Obrigada por ser a melhor amiga do mundo! Agradeço à Amanda, que sempre foi a mais cabeça e sensata do grupo. Seus rolês, que se resumem a praia e igreja, este último impulsionou o álbum *Gremlins United —Na casa do Senhor*. E à Bianca, bibi perigosa, habib's, kpopper, que não podia me ver chorando, que chorava também, mesmo sem motivo (emotiva que nem eu), mas sempre fazendo piada pra deixar as coisas mais leves. Desde o início da graduação vocês foram meu alicerce, me acolheram em 2018, aquela menina tímida, medrosa, que se escondia de todo mundo pela UNEB, que não sabia onde se encaixar... eu sinto que estava no fundo do poço, olhei pra cima e tinha vocês, três patetas pra me resgatarem! Eu amo vocês do fundo do meu coração! Exponho meu grande amor ao meu pedacinho de “tôô” Larissa Albuquerque. A gente é que nem tico e teco fazendo sapecagens! Obrigada pela parceria, por aguentar farmacotécnica comigo e obrigada por não ter feito nenhuma loucura enquanto eu estava no banco do passageiro do seu carro! Você estava me levando pra UPA, mas por um momento pensei que seria melhor ter ido pro HGE (brincadeira deu tudo certo), muito veloz e furiosa. Amor também ao meu docinho Bruna, que sempre me ajudou nas matérias que eu tinha dificuldade e com ela eu fazia os melhores relatórios de aula prática.

À UNEB, por ter o programa de moradia estudantil, porque sem ele eu não concluiria uma graduação e por ter me permitido conhecer pessoas incríveis que levarei para o resto da vida! Agradeço ao professor Magno e à professora Fernanda por terem me dado apoio enquanto gestão.

Agradeço aos meus amigos, companheiros de casa! Alisson Jones o melhor amigo que eu tive na casa, que sempre nos defendeu... as suas conquistas são uma das coisas que mais me deixam feliz! À Aline, minha parceira, que quando precisa ela faz papel de mãe, reclama e dá comida na boca também. À Tainara que sempre teve sua escuta ativa, por termos histórias semelhantes. Sempre sabíamos como lidar uma com a outra! Amo nossas conversas, sempre reflexivas. À Fátima, que estava saindo enquanto eu chegava, mas o pouco tempo que convivi já me fez ter um carinho enorme, me acolheu como se me conhecesse há anos. Ao Ruan Lorenzo, o calouro que adotei! Obrigada por ser esse amigo carinhoso, acolhedor e um tesouro!

Aos colegas do DAFAR - Gestão Drummond que, mesmo estando todo mundo sempre a um passo de enlouquecer, conseguimos cumprir nossas demandas e atuar na melhoria do curso.

Aos professores do colegiado de Farmácia que me mostraram que eu consigo entender assuntos complexos até parecer óbvio. Em especial, ao professor Marcel por ter me ensinado cálculo, certeza que fui um desafio para você, mas passei e tô aqui! Obrigada por ser um excelente docente! À professora Valdirene, por ser sempre companheira dentro e fora de sala de aula, guardo até hoje a frase que ouvi de ti "*Quero formar farmacêuticos melhores do que eu sou hoje!*". Vai ser um desafio ser menos da metade do que a senhora é, mas assumo a missão! Ao Professor Milleno e à professora Alessandra Guedes, a dupla dinâmica parte dos melhores! Agradeço por tornarem mais leve a minha caminhada! À professora Teresita por sempre ser um amor e fazer hematologia ser divertido. Meus agradecimentos a todos os mestres e doutores do colegiado de Farmácia e que para sempre serão minha inspiração.

Agradeço ao meu namorado Felipe, meu amor, por estar sempre comigo e ser meu porto seguro! Tenho sorte de ter você, um homem incrível, cuidadoso e amoroso! Me acolheu, junto com as minhas dores, me faz sentir segura todos os dias, diante de tudo que passamos juntos! Eu só tenho a agradecer pelo seu amor e fidelidade! Eu te admiro muito, como pessoa, como profissional e como pai dos meus futuros filhos! Nunca vou me cansar de dizer que te amo e o quanto você é importante pra mim! Obrigada por me mostrar que eu sou importante, que eu sou amada e que minha vida é preciosa! Foi com você que aprendi realmente a me enxergar! Eu amo me ver como seus olhos me enxergam, assim como, amo ser como sua boca me descreve.

E por fim, mas não menos importante, ao meu orientador e amigo, professor Marcelo. Sou obrigada a dizer que comecei a amar mais ainda o curso e essa profissão quando o conheci. Que cara fantástico! Obrigada por ter confiado a mim durante 1 ano de monitoria em Gestão e um curso de férias de intrusa. Eu sou sua fã, te admiro pelo profissional e pela pessoa que você é! Quem dera mais professores fossem que nem Marcelo! A sua didática é o amor e a humanização. Você vai ser pra sempre minha referência de VIDA! Obrigada por ter me acolhido, por ter me adotado. Serei eternamente grata a toda experiência e aprendizado que compartilhou. Se um dia eu chegar a ser só 1% do que você é hoje, eu já serei uma das melhores! Não foi à toa que eu fiquei 1 ano de monitoria e um curso de férias ao seu lado. Qualquer oportunidade que eu tivesse de presenciar a preciosidade de uma aula sua eu estava lá. É um privilégio que todos deveriam ter! Obrigada pela paciência, pelos ensinamentos, por ser minha casquinha de bala! Saiba que a pessoa que eu mais me esforcei pra orgulhar nesse tempo de graduação foi o senhor. Muito obrigada, mestre!

EPÍGRAFE

“[...] O mundo exterior entra em nossa consciência pelos filtros de nossos paradigmas. E nossos paradigmas nem sempre são corretos.”

(Hunter, James C. O monge e o executivo, 2004).

RESUMO

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), implementadas em 1998 e 2004, respectivamente, representam avanços significativos na garantia do acesso universal a medicamentos no Brasil. Essas políticas asseguram o direito à saúde, estabelecendo as bases para um sistema de saúde que prioriza a segurança, a eficácia, a qualidade dos medicamentos, e a garantia do direito à saúde de forma ampla. O SUS, ao nortear uma atenção à saúde integral, estabeleceu diretrizes para a aquisição de medicamentos, priorizando a transparência e a busca pela melhor oferta. As licitações, tradicionalmente utilizadas para a compra de medicamentos, visam garantir a escolha da proposta mais vantajosa para o serviço público. No entanto, a baixa concorrência e os preços elevados podem comprometer a eficiência desse processo. Diante desse cenário, o Sistema de Registro de Preços (SRP) surge como uma alternativa promissora para otimizar a aquisição de medicamentos, pois possibilita garantir um preço fixo para um determinado período. Esta condição pode gerar uma economia aos cofres públicos e reduzir a burocracia. Logo, este trabalho tem como objetivo analisar o impacto do SRP compartilhado na economia de recursos públicos de municípios do Estado da Bahia para aquisição de medicamentos da atenção básica. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados: Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde, ScienceDirect, portal CAPES, portal Gov.br e SciELO, a fim de reunir informações pertinentes ao tema. Foram consideradas publicações entre 2000 e 2023, exceto para leis, portarias e resoluções. Quanto à utilização de dados, foram utilizadas as informações oriundas do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) e do Sistema Integrado de Material, Patrimônio e Serviços (SIMPAS), no ano de 2023. A análise foi realizada com dados de 10 municípios que adquiriram os 10 medicamentos selecionados da Ata de Registro de Preço Compartilhado da SESAB. Os medicamentos escolhidos foram Ácido Acetilsalicílico, Amitriptilina, Diazepam, Dipirona, Fluoxetina, Glibenclamida, Hidroclorotiazida, Loratadina, Losartana e Sinvastatina. A comparação dos preços unitários visou identificar a vantagem do SRP, assegurando critérios uniformes para todos os municípios e evitando distorções. Foram observados valores exorbitantes por unidade de medicamento em comparação ao SRPC. Os medicamentos com as maiores diferenças percentuais de preços em relação à referência foram, a Losartana (98,44%), Hidroclorotiazida (98,25%), Loratadina (96,20%), Amitriptilina (97,89%) e Dipirona (94,17%), evidenciando que compras independentes, sem o uso do Sistema de Registro de Preços Compartilhado (RPC), resultam em custos significativamente mais altos, enfatizando a importância da maior adesão dos municípios ao RPC. Conclui-se que o RPC, além de viabilizar a promoção de aquisições de medicamentos com preços menos onerosos, contribui para o aumento da disponibilidade destes à população.

Palavras-chave: Farmacoeconomia; Sistema de Registro de Preços; Aquisição de medicamentos; Atenção Básica.

ABSTRACT

The National Medicines Policy (PNM) and the National Pharmaceutical Assistance Policy (PNAF), implemented in 1998 and 2004, respectively, represent significant advances in guaranteeing universal access to medicines in Brazil. These policies ensure the right to health, establishing the foundations for a health system that prioritizes safety, effectiveness, quality of medicines, and the broad guarantee of the right to health. The SUS, when guiding comprehensive health care, established guidelines for the acquisition of medicines, prioritizing transparency and the search for the best offer. Tenders, traditionally used to purchase medicines, aim to guarantee the choice of the most advantageous proposal for the public service. However, low competition and high prices can compromise the efficiency of this process. Given this scenario, the Price Registration System (SRP) appears as a promising alternative to optimize the acquisition of medicines, as it makes it possible to guarantee a fixed price for a given period. This condition can generate savings for public coffers and reduce bureaucracy. Therefore, this work aims to analyze the impact of shared SRP on the economy of public resources in municipalities in the State of Bahia for the acquisition of primary care medicines. The bibliographic search was carried out in the following databases: Pubmed, Virtual Health Library, ScienceDirect, CAPES portal, Gov.br portal and SciELO, in order to gather information relevant to the topic. Publications between 2000 and 2023 were considered, except for laws, ordinances and resolutions. Regarding the use of data, information from the Integrated Pharmaceutical Assistance Management System (SIGAF) and the Integrated Material, Asset and Services System (SIMPAS) were used, in the year 2023. The analysis was carried out with data from 10 municipalities who purchased the 10 medicines selected from the SESAB Shared Price Registration Minutes. The medications chosen were Acetylsalicylic Acid, Amitriptyline, Diazepam, Dipyrone, Fluoxetine, Glibenclamide, Hydrochlorothiazide, Loratadine, Losartan and Simvastatin. The comparison of unit prices aimed to identify the advantage of the SRP, ensuring uniform criteria for all municipalities and avoiding distortions. Exorbitant values per unit of medicine were observed compared to the SRPC. The medicines with the biggest percentage price differences in relation to the reference were Losartan (98.44%), Hydrochlorothiazide (98.25%), Loratadine (96.20%), Amitriptyline (97.89%) and Dipyrone (94.17%), showing that independent purchases, without the use of the Shared Price Registration System (RPC), result in significantly higher costs, emphasizing the importance of greater adherence by municipalities to the RPC. It is concluded that the RPC, in addition to making it possible to promote the acquisition of medicines at less expensive prices, contributes to increasing their availability to the population.

Palavras-chave: Pharmacoeconomics; Price Registration System; Acquisition of medicines; Basic Care.

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

AF – Assistência Farmacêutica

CBAF – Componente Básico da Assistência Farmacêutica

CEME – Central de medicamentos

CBAF – Componente Básico da Assistência Farmacêutica

CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CESAF – Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RP – Registro de Preço

SRP – Sistema de Registro de Preço

SRPC – Sistema de Registro de Preço Compartilhado

RPC – Registro de Preço Compartilhado

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Valores de compra Unitária

Tabela 2 - Valores dos cálculos de diferença Absoluta e diferença percentual

Figura 1 - Fórmula diferença percentual

Figura 2 - Fórmula Economia percentual

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
3.1 CONSTITUIÇÃO FEDERAL E SUS	9
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS (PNM).....	11
3.3. POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PNAF)	13
3.3.1 COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CBAF).....	14
3.4 SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇOS (SRP)	17
4 METODOLOGIA	21
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	21
4.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
7 REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi resultado de um processo histórico e de lutas sociais, consolidando-se como uma conquista bastante significativa. Antes da Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde era fragmentado, excludente e voltado para um modelo curativista, sendo acessível apenas aos trabalhadores formais e seus dependentes, pois estava vinculado à Previdência Social. Essa estrutura excluía grande parte da população, como desempregados, trabalhadores informais e moradores da zona rural, limitando a assistência dos não segurados a ações pontuais, geralmente filantrópicas. O atendimento era centralizado no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que contratava serviços privados para suprir a rede pública, caracterizada por insuficiência, má distribuição e fragmentação. Esse modelo reforçava desigualdades sociais e regionais, deixando a população mais vulnerável à mercê de ações caritativas e serviços precários (Brasil, 1977; Souza, 2002).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 assegurou o direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros, tornando-a uma questão de relevância pública e, através do seu artigo 196, institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS) que se pauta pelo propósito de conferir atenção à saúde de maneira integral, equitativa e universal. Essa medida orienta o desenvolvimento de práticas para o tratamento de comorbidades, adaptação e prevenção da saúde com o objetivo de impulsionar o acesso da população aos cuidados integrais (Brasil, 1988).

Adiante, quando decretada e sancionada a Lei 8.080 de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, houve a necessidade de formulação de uma política de medicamentos no país, conforme explicitado em seu artigo 6º da lei (Brasil, 1990). Esse marco legal reforçou a importância de consolidar a Assistência Farmacêutica (AF) como parte essencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Historicamente, a assistência farmacêutica já era tema de discussão e intervenções antes da Lei 8.080, como evidenciado pela criação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, por meio do Decreto nº 68.806. A CEME surgiu em um período de expansão das políticas públicas no Brasil e representou um marco na organização do fornecimento de medicamentos (Brasil, 1971).

Sua atuação foi fundamental ao centralizar a aquisição e distribuição de produtos

essenciais, permitindo maior controle sobre os processos e estabelecendo as bases para o que viria a ser uma política nacional de medicamentos. Mesmo antes da institucionalização do SUS, a CEME já indicava a necessidade de estratégias que assegurassem o acesso aos medicamentos como parte integrante do direito à saúde (Cosenday *et al.*, 2000).

No entanto, com o passar do tempo, a CEME enfrentou dificuldades administrativas e operacionais, o que comprometeu sua capacidade de cumprir com os objetivos iniciais. Como resultado, a CEME foi desativada em 1997, abrindo espaço para novas abordagens de gestão e organização da política de medicamentos. Assim, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi estabelecida por intermédio da Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998, visando assegurar a qualidade, segurança, eficácia e acesso da população aos medicamentos listados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), além da promoção do uso racional destes (Brasil, 1998). Posteriormente, foi criada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) que vem a desempenhar um papel crucial na implementação da AF, nos âmbitos básico, estratégico e especializado, mediante um conjunto de etapas e ações que envolvem a gestão e o provimento de medicamentos no contexto do SUS. Essas etapas são divididas em: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos.

No que se refere à etapa de aquisição, trata-se do processo de compra propriamente dito, que abrange um conjunto de procedimentos voltados para a obtenção de medicamentos, seguindo uma programação previamente definida e baseada em uma lista de medicamentos previamente selecionados. O objetivo é assegurar o fornecimento adequado de medicamentos, respeitando critérios de qualidade, quantidade e custo-efetividade, garantindo, assim, a regularidade do abastecimento e o funcionamento eficaz das unidades de saúde (Brasil, 2001).

A aquisição de medicamentos pela administração pública é, em regra, precedida por processo licitatório, com algumas exceções previstas em lei, e visa garantir a escolha da proposta mais vantajosa, considerando o menor custo e a melhor qualidade possível. De acordo com uma pesquisa realizada entre 2015 e 2019, os gastos médios com saúde totalizaram R\$ 620,2 bilhões/ano, representando aproximadamente 9% do Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil do período, sendo que 18% deste valor total representam gastos com medicamentos. A pesquisa também enfatiza a necessidade de ampliação e fortalecimento das políticas públicas de Assistência Farmacêutica (Xavier *et al.*, 2022).

Adquirir medicamentos para a Assistência Farmacêutica é um desafio, pois surgem entraves que afetam o desempenho das aquisições, como a dificuldade na realização de processos licitatórios devido à baixa concorrência entre fornecedores e aos preços elevados

ofertados. Nesse contexto, a nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos nº 14.133/21 trouxe mais flexibilidade e transparência aos procedimentos licitatórios no setor público, buscando mitigar esses problemas e tornar as aquisições mais eficientes (Brasil, 2021).

Diante desses desafios, o Sistema de Registro de Preços (SRP) surge como uma alternativa promissora para otimizar a aquisição de medicamentos. O SRP consiste em um processo que assegura, por um determinado período, o preço de um produto para futuras contratações de compras ou de serviços frequentes por parte da Administração Pública. Essa garantia é estabelecida mediante uma assinatura em Ata de Preços por parte dos fornecedores interessados (Niebuhr *et al.*, 2021).

Alinhado aos princípios da Lei nº 14.133/2021, o Sistema de Registro de Preços mostra-se uma importante ferramenta estratégica para oferecer economia à Administração Pública em suas aquisições, além de reduzir o número de licitações realizadas. Com o objetivo de otimizar a gestão dos recursos públicos destinados à saúde e garantir maior eficiência e economicidade nas compras, a Bahia aprovou o Modelo de Registro de Preços Compartilhado dos medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, através da Resolução CIB/BA nº 153/2020. Ao permitir a participação de diversos órgãos em uma mesma Ata de Registro de Preços, essa resolução otimiza a gestão dos recursos públicos destinados à saúde, beneficiando tanto o estado quanto os municípios (Bahia, 2020).

Posteriormente, em 2022, foi publicada a Resolução CIB/BA nº 339 que estabeleceu as regras para a adesão ao modelo de registro de preços compartilhado de medicamentos e insumos da Atenção Básica no estado da Bahia. Essa iniciativa, liderada pela Secretaria da Saúde do Estado (SESAB), reforçou a proposta de otimizar a aquisição de produtos para a Assistência Farmacêutica básica pelos municípios baianos.

Destarte, este estudo busca apresentar como o SRP compartilhado pode contribuir para a economia de recursos públicos em municípios do Estado da Bahia, especificamente na aquisição de medicamentos para a atenção básica.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a economicidade do sistema de registro de preço compartilhado na aquisição de medicamentos da atenção básica pelos municípios do Estado da Bahia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o histórico da Política Nacional de Assistência Farmacêutica;
- Caracterizar a etapa do processo de aquisição de medicamentos;
- Levantar dados dos valores de compra de medicamentos via sistema de registro de preço Compartilhado (SRPC);
- Comparar valores de compras diretas municipais com a compras via de Registro de preço compartilhado.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CONSTITUIÇÃO FEDERAL E SUS

A criação e institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil resultaram de um longo processo histórico e de intensas lutas sociais, consolidando-se como uma das maiores conquistas sociais do país. Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde brasileiro era fragmentado, excludente e baseado em um modelo que privilegiava o atendimento curativista e hospitalocêntrico, com acesso restrito aos trabalhadores formais e seus dependentes. O acesso à saúde estava atrelado à Previdência Social, o que excluía grande parte da população brasileira, sobretudo os desempregados, trabalhadores informais e a população rural. Essa estrutura refletia um sistema segmentado, em que o direito à saúde não era universal, mas condicionado à contribuição previdenciária, dessa forma, A assistência à saúde para os não segurados ficava restrita a ações pontuais, muitas vezes por meio de iniciativas filantrópicas ou ligadas às Santas Casas de Misericórdia. Esse modelo reproduzia as desigualdades sociais e regionais do país, agravando a exclusão social. A população mais vulnerável dependia de ações caritativas, campanhas de saúde pública ou de precários serviços públicos estaduais e municipais, que não eram coordenados por uma política nacional abrangente (Souza, 2002).

Nesse cenário, o atendimento era prestado majoritariamente por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977, que

sucedeu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INAMPS centralizava a oferta de serviços de saúde para os segurados da Previdência, contratando serviços de instituições privadas para complementar a rede pública, que era insuficiente e mal distribuída, os serviços públicos de saúde eram fragmentados e focados em ações emergenciais, com pouca integração entre as esferas federal, estadual e municipal. (Brasil, 1977).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou uma ruptura com esse modelo excludente e segmentado. O artigo 196 da Carta Magna instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, que passou a ser responsável por garantir esse direito por meio de políticas sociais e econômicas. Essas políticas foram orientadas para reduzir o risco de doenças e promover o acesso universal e igualitário a serviços de saúde, incorporando a promoção, proteção e recuperação da saúde como pilares fundamentais do sistema (Brasil, 1988).

Ao mesmo tempo, a Constituição Federal de 1988 é um marco histórico para a democracia brasileira, especialmente pela consagração do direito à saúde, que foi redefinido e ampliado para além da mera ausência de doenças, englobando o bem-estar físico e psicossocial. O artigo 198 estabelece diretrizes cruciais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a descentralização administrativa, a integralidade da assistência e a participação comunitária. A descentralização refere-se à distribuição da gestão da saúde entre os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal), visando melhorar a prestação de serviços ao respeitar as peculiaridades locais. Essa abordagem busca aumentar a eficiência e a agilidade no atendimento, garantindo que a população tenha acesso a cuidados abrangentes que priorizem não apenas o tratamento de doenças, mas também o seu bem-estar geral (Oliveira, 2018).

Com o fortalecimento desse arcabouço jurídico, a promulgação da Lei 8.080, de 1990, consolidou os princípios do SUS e representou um marco para a saúde pública no Brasil, consolidando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e promovendo uma abordagem integral e equitativa no cuidado à saúde. Essa legislação não apenas definiu as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, mas também destacou a importância de organizar e integrar os serviços de saúde em todo o território nacional. Dentro desse contexto, a formulação de uma política de medicamentos tornou-se essencial, considerando o artigo 6º da lei, que reconhece a Assistência Farmacêutica (AF) como um componente fundamental para a garantia do direito à saúde (Brasil, 1990).

Nesse cenário, o SUS se orienta pela atenção integral à saúde, abrangendo desde a prevenção até o tratamento e a reabilitação, garantindo cuidados completos que vão além da simples abordagem de doenças, priorizando o bem-estar geral. A integralidade, enquanto

conceito legal e institucional, articula ações preventivas e curativas, tanto individuais quanto coletivas, de acordo com a complexidade necessária. Na prática cotidiana, essa abordagem supera modelos idealizados ao adaptar-se às vivências dos usuários e promover transformações reais em suas vidas, fortalecendo o compromisso do SUS com a universalidade, equidade e efetividade no cuidado em saúde (Pinheiro, 2009).

Apesar da priorização do acesso igualitário e integral aos recursos e serviços de saúde, como os medicamentos, que são considerados direitos constitucionais, o acesso a eles permanece inconsistente em todo o mundo, inclusive no Brasil. Porém, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Assistência Farmacêutica foi potencializada, principalmente por meio da implementação da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Barros, 2017). Essas políticas visam promover a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, ao mesmo tempo, em que incentivam o uso racional e garantem o acesso à população brasileira.

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS (PNM)

A Constituição Federal de 1988, além de determinar o direito à saúde para todos, salientou também a necessidade de garantir o acesso universal e igualitário aos serviços do SUS, bem como, aos medicamentos que desempenham um papel fundamental nesse importante sistema de saúde brasileiro (Vasconcelos *et al.*, 2017).

Em 1990, foi promulgada a Lei nº 8.080 que estabelece as condições de funcionamento e organização do Sistema Único de Saúde, abrangendo a assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica. Além disso, seu artigo 6º estipula a necessidade da formulação de uma política de medicamentos (Brasil, 1990).

A história da Política Nacional de Medicamentos (PNM) está intrinsecamente ligada à criação da central de medicamentos (CEME). O Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971, instituiu a CEME como um órgão vinculado à Presidência da República, com o objetivo de promover e organizar o fornecimento de medicamentos a preços acessíveis para pessoas em condições econômicas desfavoráveis. A CEME era responsável por regular a produção e distribuição de medicamentos pelos laboratórios farmacêuticos vinculados aos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde. Além disso, cabia à CEME coordenar programas de fabricação, distribuição e aquisição de medicamentos em parceria com a indústria privada, buscando ampliar e aperfeiçoar a assistência farmacêutica em todo o território nacional, de forma compatível com a capacidade

aquisitiva da população (Brasil, 1971).

Entretanto, a CEME passou a enfrentar diversos escândalos relacionados a sua ineficiência, o que levou a sua desativação em 1997, no governo de Fernando Henrique Cardoso, por se desviar de seus objetivos iniciais e ter uma distribuição centralizada rígida, o que dificultava a adaptação às necessidades regionais. Ao longo do tempo, a CEME tornou-se apenas uma distribuidora de medicamentos, prejudicada pela falta de participação ativa de profissionais de saúde, incluindo farmacêuticos, que, em muitos casos, priorizavam a venda de medicamentos similares de multinacionais e produtos bonificados (Cosenday *et al.*, 2000)

Diante disso, foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (PNM) através da portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. A PNM tem como finalidade garantir a segurança, eficácia, qualidade e promover o uso racional, bem como, o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais.

Para o alcance desse objetivo, os gestores do SUS, em todas as esferas de governo, devem trabalhar em colaboração e na conformidade de suas diretrizes, divididas em: adoção de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (Brasil, 1998).

Enfatizando a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), esta serve como instrumento direcionador para a seleção de medicamentos a serem disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS). Isso porque a RENAME é uma lista oficial de medicamentos considerados fundamentais para o tratamento das principais condições de saúde da população, buscando contemplar os diferentes níveis de necessidades de assistência dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), e visando a garantia da disponibilidade dos medicamentos mais relevantes, de acordo com as demandas de saúde da população (Vasconcelos *et al.*, 2017).

3.3. POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (PNAF)

A Assistência Farmacêutica como política pública no Brasil teve início formal em 1971, com a criação da Central de Medicamentos (CEME). Essa instituição desempenhou um papel central na organização e coordenação das ações voltadas à distribuição de medicamentos essenciais no país, durante mais de duas décadas. A CEME foi a principal responsável pela

gestão da Assistência Farmacêutica, estruturando políticas de aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, sendo desativada em 1977, marcando uma fase de transição na gestão da Assistência Farmacêutica (Brasil, 1971).

A evolução da Assistência Farmacêutica no Brasil reflete o amadurecimento das políticas públicas de saúde, como a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), que consolidou os princípios da Assistência Farmacêutica como parte integrante das ações de saúde pública no Brasil (Conass, 2007).

Dentre as suas diretrizes, a PNM propôs uma reorientação da Assistência Farmacêutica, com o objetivo de garantir o acesso da população a medicamentos essenciais, de forma segura, eficaz e racional. Esta tem como base as diretrizes e princípios do SUS, dentre os quais a descentralização, preconizando uma maior autonomia dos municípios na organização e execução dos serviços da assistência farmacêutica. Além disso, a PNM contribuiu para a promoção do uso racional de medicamentos, corroborando significativamente para a formulação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Brasil, 1998).

Esse propósito de qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, através da articulação e pactuação dos gestores de cada esfera de governo, culminou na aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), por meio da Resolução nº 338 de 2004 (Brasil, 2004).

Com base na resolução supracitada, a Assistência Farmacêutica é conceituada como sendo um

conjunto de ações voltadas à promoção, proteção, e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, que visa promover o acesso e o seu uso racional; esse conjunto de ações envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 2004, p.1).

Como parte intrínseca da Política Nacional de Saúde, a PNAF abrangeu manejos direcionados à promoção, proteção e recuperação da Saúde, assegurando os princípios da universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 2004).

Além disso, a Resolução nº 338 de 2004 alinhou-se com as estratégias difundidas pela Organização Mundial da Saúde, pautadas na seleção e elaboração de uma relação de medicamentos essenciais, acompanhada de diretrizes clínicas de tratamento, preço acessível, sistemas de financiamento sustentáveis e sistemas de abastecimento de medicamentos confiáveis (Barreto, 2007).

Em 2007, a AF obteve seu próprio bloco de financiamento, por meio da Portaria GM/MS nº 204/2007, dividida em três Componentes: Componente Básico (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e Componente Especializado (CEAF). Cada componente adota critérios e montantes específicos (Brasil, 2007). Este trabalho terá como foco o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

3.3.1 COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CBAF)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi um marco fundamental para a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Aprovada pela portaria nº 648/GM de março de 2006, a PNAB estabeleceu as diretrizes e normas para a organização da atenção primária à saúde (Brasil, 2006b).

A atenção básica é definida como um conjunto de práticas de saúde, tanto ao nível individual quanto coletivo, que visam à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sendo a porta de entrada dos usuários nos sistemas de saúde. Ela possui os mesmos princípios do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade, garantindo o acesso à saúde a todos os cidadãos, de forma eficiente e humanizada, melhorando a qualidade de vida da população e reduzindo as desigualdades sociais. Essa oferta de medicamentos essenciais faz parte da PNAB, promovida pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Esses medicamentos encontram-se elencados nos anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), onde se encontra a relação dos medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica (Brasil, 2006b).

A Portaria nº 1.555, emitida pelo Ministro da Saúde em 30 de julho de 2013, dispõe sobre normas para o financiamento e a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS). O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é tripartite, compartilhado entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme estipulado nesta Portaria. Os valores mínimos a serem aplicados em seus orçamentos próprios são: união: R\$ 5,10 por habitante/ano, destinados à aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e os Estados e Municípios: R\$ 2,36 por habitante/ano (Brasil, 2013).

Oliveira e colaboradores (2010), ao analisarem estudos de avaliação da assistência farmacêutica, verificaram uma discrepância entre a AF idealizada na legislação e a realidade vivenciada nas unidades básicas de saúde municipais. Eles apontam diversos desafios que

comprometem a qualidade da AF na atenção básica, como a falta de medicamentos e a descontinuidade do seu fornecimento.

Os mesmos autores apontam algumas causas para esses problemas no componente básico da AF, sendo elas: algumas aquisições feitas de forma equivocada e a falta de planejamento e programação no processo de aquisição. Nesse contexto, é necessário enfatizar a importância de uma abordagem mais analítica e detalhada em todas as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, o que resultaria em uma redução significativa dos problemas durante a etapa de aquisição (Oliveira *et al.*, 2010).

3.3.2 AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS NO ÂMBITO PÚBLICO

O ciclo da Assistência Farmacêutica compreende diversas etapas nos Componentes Básico, Estratégico e Especializado. O processo inicia-se com a seleção dos medicamentos essenciais, seguido pela programação, aquisição, armazenamento, distribuição e, por fim, a dispensação nos serviços de saúde. Em todos os componentes, a constante monitorização e avaliação desses procedimentos são essenciais para assegurar a eficácia, segurança e qualidade da Assistência Farmacêutica, promovendo o uso racional de medicamentos e contribuindo para a abrangência do cuidado integral à saúde da população (Brasil, 2006a).

Em atenção ao processo de aquisição no ciclo da Assistência Farmacêutica, esta etapa consiste em um conjunto de procedimentos para a realização da compra de medicamentos, previamente determinados pelas etapas de seleção e programação, visando abastecer as unidades de saúde. Para ser bem executado, o processo de aquisição precisa considerar diversos fatores e requisitos, como, por exemplo, alocar funcionários qualificados e com conhecimentos específicos na área; definir cronograma de compras; possuir um efetivo sistema de informação de gestão do estoque e ter conhecimento dos dispositivos legais dispostos (Brasil, 2001).

Amorim (2021), define licitação como um procedimento administrativo formal, estabelecido por lei, no qual uma entidade governamental, seguindo condições previamente estipuladas e em conformidade com os princípios da Administração Pública, busca selecionar a proposta mais vantajosa para a realização de um contrato opcional. O termo "contrato opcional" refere-se a qualquer acordo bilateral que possa ser celebrado, como aquisição de bens, contratação de serviços e obras, alienação de bens móveis e imóveis, concessão e permissão de serviços públicos, concessão e permissão de uso de bem público, entre outros tipos de acordos contratuais.

A forma pela qual se conduz um processo licitatório depende da modalidade de licitação, por meio de critérios convencionados em Lei. A legislação brasileira que rege as licitações públicas passou por uma importante reformulação com a entrada em vigor da nova Lei de licitações e contratos administrativos nº 14.133/21, que revogou a Lei nº 8.666/93. Essa nova lei trouxe diversas mudanças e atualizações com o objetivo de modernizar e simplificar os processos licitatórios, promovendo maior eficiência, transparência e competitividade nas contratações públicas (Melo,2021).

As modalidades de licitação são distinguidas principalmente pelos valores-limites estabelecidos, pelos pré-requisitos exigidos para cada tipo de procedimento, pela formalização do processo e pelos prazos a serem cumpridos. Consoante a Lei 14.133/2021, as modalidades licitatórias são: leilão, pregão, concorrência, concurso e o novo instrumento denominado o diálogo competitivo. A nova lei de licitações revogou as modalidades tomada de preços e convite (Brasil, 2021)

Considerando a modalidade mais utilizada no Brasil, o pregão consiste na modalidade de licitação obrigatória para aquisição de bens e serviços comuns, cujo critério de julgamento deve consistir no de menor preço ou o de maior desconto, podendo ser realizado de maneira presencial ou eletrônica (Brasil, 2021).

O decreto nº 10.024, de 20 de setembro de 2019, regulamenta o pregão eletrônico, modelo que é realizado em um ambiente virtual, no qual os licitantes podem participar de qualquer lugar com acesso à internet, sem a necessidade de deslocamento, com redução de custos e maior segurança, e com registros eletrônicos que garantem transparência ao processo. Por outro lado, no pregão presencial, o processo ocorre em um local físico designado, necessitando da presença de licitantes, facilitando assim a negociação direta com o pregoeiro e promovendo maior dinamismo, embora exija mais tempo, despesas organizacionais e viagens, além de ser mais vulnerável a atividades fraudulentas (Brasil, 2019).

3.4 SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇOS (SRP)

Face aos modelos de processos licitatórios, a Administração Pública dispõe de um instrumento denominado Sistema de Registro de Preços (SRP). Este constitui-se em um conjunto de trâmites formais que visam registrar preços para contratações futuras. Em termos práticos, o SRP não consiste em uma modalidade licitatória, mas um conjunto de procedimentos auxiliares das licitações e das contratações (artigo 78, IV, da Nova Lei de Licitações), auxiliando na Administração Pública e formalizando um contrato prévio, na forma

de uma Ata de Registro de Preços. O SRP outorga, portanto, uma expectativa de contratação, sem ter a obrigatoriedade de contratação, desde que respeite a legislação de licitações, garantindo ao beneficiário do registro preferência em condições de igualdade (Brasil, 2021).

O procedimento de registro de preços tem início com a realização de uma licitação, seja na modalidade de concorrência ou de pregão, visando a seleção da proposta mais vantajosa e observando o princípio da isonomia, com ampla pesquisa de mercado. Após a conclusão da licitação, a Administração Pública formaliza o registro dos preços dos fornecedores que apresentaram as condições mais favoráveis, destinando-se a futuras contratações relacionadas à prestação de serviços e aquisição de bens frequentemente utilizados pelo Poder Público. Os preços registrados são divulgados trimestralmente na imprensa oficial, ficando à disposição da Administração para efetuar as contratações necessárias (Souza, 2007).

Entre as vantagens do Sistema de Registro de Preço na aquisição de insumos e serviços públicos, têm-se: a flexibilidade nas aquisições, realização de contratações recorrentes conforme a demanda, economia de recursos públicos, podendo ser realizadas compras de grande porte e com valores mais palpáveis, possibilidade de realizar compras conjuntas entre setores públicos e a transparência dos processos, visto que, os valores são publicados periodicamente.

A Ata de Registro de Preços (ARP) é um documento formal e obrigatório que estabelece um compromisso para futuras contratações, tendo validade de 01 (um) ano, podendo ser prorrogada pelo mesmo período. Esta é administrada por um órgão gerenciador, ou entidade gerenciadora, a qual coordena todo o processo de licitação e o registro dos preços.

O artigo nº 86 da Nova lei de Licitações (NLL) instituiu a intenção de registro de preço, procedimento que antecede a licitação. Ela viabiliza a participação de outras entidades governamentais nos procedimentos iniciais do SRP, incluindo-se à ARP desde o início, como órgão ou entidade participante, ficando facultado ao órgão gerenciador aceitar ou não a intenção. Além disso, tem-se a possibilidade da adesão de órgãos não participantes, chamada de “carona” à ARP, mesmo que não tenha ocupado a posição formal de órgão participante, desde que cumpram os requisitos estabelecidos (Amorim, 2021).

Ademais, a Plenária da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) da Bahia, no exercício de suas atribuições, aprovou, durante a 281ª Reunião Ordinária realizada em 10 de setembro de 2020, o Modelo de Registro de Preços Compartilhado (RPC). Tal aprovação foi formalizada por meio da Resolução CIB Nº 153/2020, que estabelece que os municípios, ao formalizarem sua adesão ao RPC, passem a ter acesso às atas de registro de preços, permitindo-lhes usufruir dos benefícios desse modelo (Bahia, 2020).

Em 15 de dezembro de 2022, a Resolução CIB/BA n° 339 aprovou os regramentos para a adesão ao Modelo de Registro de Preços Compartilhado dos medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, a ser realizado pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e utilizado pelos municípios do Estado (Bahia, 2022).

Considerando os altos custos logísticos e administrativos para aquisição de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, além de entraves como a baixa concorrência e preços elevados, principalmente para os municípios pequenos, o Sistema de Registro de Preços Compartilhado representa um importante passo dado pela SESAB, diante dos processos licitatórios realizados por cada município do Estado.

O Registro de preços é “um contrato normativo, constituído como um cadastro de produtos e fornecedores, selecionados mediante licitação, para contratações sucessivas de bens e serviços, respeitados os lotes mínimos e outros itens do edital” (Justen Filho, 2005, p. 144). Esse procedimento é regido pela nova lei de licitações n° 14.133/2021 que define o Registro de preços como um “conjunto de procedimentos para realização, mediante contratação direta ou licitação nas modalidades pregão, ou concorrência, de registro formal de preços relativos à prestação de serviços para contratações futuras.” (Brasil, 2021).

A proposta do Modelo de Registro de Preços Compartilhado para aquisição de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica representa uma estratégia de parceria entre o Estado e Municípios com o objetivo de otimizar a execução dos recursos públicos, com base na redução do preço unitário dos itens do Componente Básico, dos custos logísticos e despesas administrativas, possibilitando maior oferta de medicamentos e insumos na Atenção Básica, conforme a necessidade da população (Bahia, 2022).

Para utilizar o Registro de Preços Compartilhado, as secretarias municipais de saúde devem formalizar, voluntariamente, a adesão a esse Modelo por meio da entrega de um Termo de Adesão, atendendo às exigências e critérios constantes nesta Resolução CIB/BA n° 339/22. Uma vez formalizada a adesão, o município adeso tem direito ao saque às Atas de Registro de Preços dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF, cujo acesso só será efetivado após a homologação dos processos licitatórios, nos quais foram estimadas as quantidades do Planejamento Anual informado pelo município e que tiver contemplado o município como órgão participante das licitações (Bahia, 2022).

Para a participação nos Registros de Preços Compartilhados, os municípios devem utilizar o SIMPAS (Sistema Integrado de Material, Patrimônio e Serviços) disponibilizado pelo Estado. Estabelecido pelo Decreto n° 7.919 de 30 de março de 2001, o SIMPAS possui a finalidade de gerenciar os processos de aquisição, catalogação, distribuição e controle de

materiais, bens patrimoniais e serviços da Administração Pública Estadual (Bahia, 2001).

As responsabilidades do Estado e municípios no Modelo de Registro de Preços Compartilhado estão definidas pela Resolução CIB/BA n° 339/22, podendo ser destacados alguns pontos para cada ente governamental.

As responsabilidades do governo estadual consistem em capacitar os servidores indicados pelos municípios para serem usuários do SIMPAS; informar aos municípios a relação de itens que serão licitados, tendo em vista o cadastramento das demandas por município; publicar as Atas de Registro de Preços firmados no Diário Oficial do Estado e realizar as ativações das atas; e monitorar o saque nas Atas de Registro de Preços pelos municípios (Bahia, 2022).

Já os municípios devem formalizar os itens que integrarão os Registros de Preços Compartilhados, de acordo com a sua necessidade, com base na lista disponibilizada pelo Estado; realizar, trimestralmente, saques às Atas de Registro de Preços Compartilhado, disponibilizadas pelo Estado da Bahia, dentro do prazo estabelecido, respeitando por período de vigência da ata; gerar Autorização de Fornecimento de Material – AFM, através do SIMPAS; receber e inspecionar os materiais contratados em conformidade com as especificações que foram licitadas e registradas nas Atas de Registro de Preços; e realizar os pagamentos aos fornecedores no prazo máximo previsto no instrumento convocatório (Bahia, 2022).

As condições acima apresentadas conferem aos municípios baianos a oportunidade de realizarem a compras de medicamentos e insumos com preços licitados pelo Estado junto aos fornecedores. Por possuir maior e melhor poder de negociação, o Estado oferece condições para melhorar a eficiência da gestão municipal nos processos de aquisição, por meio do compartilhamento dos preços licitados, possibilitando maior oferta de medicamentos para a população dos municípios contemplados com esse Modelo de Registro de Preços Compartilhados.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, onde se busca avaliar a frequência e a distribuição de um tópico de estudo em um determinado grupo demográfico, em um

determinado momento no tempo. A abordagem transversal descritiva apresenta vantagens metodológicas importantes, como a simplicidade na coleta e análise de dados e a possibilidade de explorar questões que envolvem um grande número de variáveis. No contexto da assistência farmacêutica, essa abordagem permite, por exemplo, avaliar a distribuição geográfica dos municípios participantes, as características dos medicamentos adquiridos e a proporção de economia alcançada em comparação com municípios que realizam compras independentes.

4.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A revisão bibliográfica foi realizada através da busca de artigos nas bases de dados Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde, ScienceDirect, portal CAPES, portal Gov.br e SciELO, a fim de reunir informações pertinentes ao tema. A busca por artigos e livros foi feita utilizando as palavras-chave: aquisição de medicamentos, assistência farmacêutica e atenção básica. A busca foi feita na língua inglesa, utilizando os operadores booleanos ‘AND’ e ‘OR’. Foram utilizados artigos científicos, revisões bibliográficas, leis, portarias e resoluções constitucionais. Não foram utilizados conteúdos que fugissem do tema principal do presente estudo. O recorte temporal de pesquisa das publicações, com exceção de leis, portarias e resoluções, foi de 2000 a 2023, levando em conta a escassez de estudos sobre o tema deste trabalho.

Para a coleta e extração de dados, foi solicitado à Comissão Local de Pesquisa da Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia (SAFTEC) a autorização para acesso a estes. A coleta de dados foi através de dois sistemas: Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) e Sistema Integrado de Material, Patrimônio e Serviços (SIMPAS), ambos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). O ano de recorte referentes aos dados das aquisições municipais de medicamentos foi de 2023, período escolhido por ser mais recente. Apesar do número de observações (n) ser baixo, o resultado consegue oferecer relevância e refletir como o Modelo de Registro de Preços Compartilhado pode contribuir para a eficiência dos gastos públicos.

Dos 41 municípios listados que não aderiram ao sistema de registro de preço compartilhado, 7 não tiveram lançamentos de notas fiscais (NFs) no ano de 2023, sendo excluídos de imediato do elenco para análise.

A escolha dos medicamentos foi baseada na lista da Ata de Registro de Preço Compartilhado da SESAB, pois os valores unitários nela apresentados seriam usados como referência para a análise comparativa. Inicialmente foi levantado um perfil de medicamentos

mais consumidos pelos municípios, tanto pela aquisição através do SRP compartilhado quanto por aquisições próprias de municípios não adesos ao SRP compartilhado.

Com os dados gerados pelo SIGAF e SIMPAS, e tendo como critérios a forma farmacêutica sólida oral, especificamente em cápsula ou comprimidos, os 10 medicamentos escolhidos foram: ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg, amitriptilina 25mg, diazepam 10mg, dipirona 500 mg, fluoxetina 20mg, glibenclamida 5mg, hidroclorotiazida 25mg, loratadina 10mg, losartana 50mg e sinvastatina 20mg. Pondera-se que a escolha dos medicamentos não foi por classe farmacológica, pela impossibilidade de definir um padrão de aquisições em diferentes municípios, com perfil demográfico e epidemiológico distintos.

Diante dos critérios estabelecidos, dos 39 municípios, apenas 10 adquiriram todos os 10 medicamentos eleitos nesta pesquisa. É importante destacar que a padronização dos critérios de seleção para cada município foi essencial para eliminar outras variáveis e garantir uma análise mais equitativa. Tal padronização é crucial, considerando especialmente a variação dos preços unitários dos medicamentos em função de suas diferentes posologias e formas farmacêuticas.

Para análise dos dados, o estudo considerou o preço unitário de cada medicamento adquirido pelos municípios selecionados que não aderiram ao Modelo de Registro de Preço Compartilhado (RPC), comparando com os preços registrados em atas do RPC, com o objetivo verificar a economicidade nas aquisições realizadas, por meio do sistema de registro de preço compartilhado. Os dados foram tabulados em uma planilha Excel e a diferença dos valores foi analisada para identificar o quanto o SRP compartilhado é vantajoso para a aquisição de medicamentos pelos municípios. Os nomes dos municípios, bem como os fornecedores de medicamentos, oriundos das aquisições municipais, foram mantidos em sigilo, utilizando legenda de letras para identificá-los.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de coleta, foram analisados, inicialmente, os valores de compra de medicamentos em 10 municípios que não aderiram ao Sistema de Registro de Preços Compartilhado (SRPC). Os dados extraídos incluem os preços unitários dos medicamentos adquiridos de forma independente por cada município no ano de 2023.

Esses valores foram comparados aos valores registrados na ata de RPC da SESAB, que serão considerados como valores de referência para fins comparativos, ficando estes destacados

em verde na tabela 1.

Tabela 1- Valores de compra unitária

VARIÁVEL	MEDICAMENTOS/PREÇO UNITÁRIO				
MUNICÍPIOS	*AAS 100mg	AMITRIPTILINA 25MG	DIAZEPAM 10mg	DIPIRONA 500mg	FLUOXETINA 20mg
A	R\$ 0,100	R\$ 0,260	R\$ 0,080	R\$ 0,260	R\$ 0,150
B	R\$ 0,050	R\$ 0,130	R\$ 0,120	R\$ 0,130	R\$ 0,150
C	R\$ 0,070	R\$ 1,800	R\$ 0,160	R\$ 0,200	R\$ 0,180
D	R\$ 0,070	R\$ 0,150	R\$ 0,110	R\$ 0,190	R\$ 0,100
E	R\$ 0,050	R\$ 0,190	R\$ 0,160	R\$ 0,200	R\$ 0,100
F	R\$ 0,100	R\$ 0,190	R\$ 0,310	R\$ 0,340	R\$ 0,210
G	R\$ 0,070	R\$ 0,100	R\$ 0,090	R\$ 0,120	R\$ 0,120
H	R\$ 0,070	R\$ 0,160	R\$ 0,160	R\$ 0,220	R\$ 0,130
I	R\$ 0,060	R\$ 0,080	R\$ 0,110	R\$ 0,280	R\$ 0,120
J	R\$ 0,060	R\$ 0,080	R\$ 0,100	R\$ 1,800	R\$ 0,110
RPC SESAB	R\$ 0,043	R\$ 0,038	R\$ 0,045	R\$ 0,105	R\$ 0,067

Fonte: SIGAF; SIMPAS, 2023.

*Ácido acetilsalicílico

Tabela 1- Valores de compra unitária (Continuação)

VARIÁVEL	MEDICAMENTOS/PREÇO UNITÁRIO				
MUNICIPIOS	GLIBENCLAMIDA 5mg	*HCTZ 25mg	LORATADINA 10mg	LOSARTANA 50mg	SINVASTATINA 20MG
A	R\$ 0,100	R\$ 0,080	R\$ 0,280	R\$ 1,150	R\$ 0,120
B	R\$ 0,040	R\$ 0,030	R\$ 0,180	R\$ 0,070	R\$ 0,100
C	R\$ 0,050	R\$ 0,050	R\$ 2,160	R\$ 2,700	R\$ 0,180
D	R\$ 0,050	R\$ 0,050	R\$ 0,180	R\$ 0,080	R\$ 0,110
E	R\$ 0,050	R\$ 0,050	R\$ 0,200	R\$ 0,100	R\$ 0,110
F	R\$ 0,080	R\$ 0,080	R\$ 0,220	R\$ 0,160	R\$ 0,250
G	R\$ 0,040	R\$ 0,040	R\$ 0,100	R\$ 2,400	R\$ 0,090
H	R\$ 0,040	R\$ 0,040	R\$ 0,140	R\$ 0,120	R\$ 0,200
I	R\$ 0,060	R\$ 0,060	R\$ 0,200	R\$ 0,140	R\$ 0,150

J	R\$ 0,030	R\$ 1,200	R\$ 0,180	R\$ 2,700	R\$ 0,120
RPC SESAB	R\$ 0,026	R\$ 0,021	R\$ 0,082	R\$ 0,042	R\$ 0,065

Fonte: SIGAF; SIMPAS, 2023.

*Hidroclorotiazida

Quando os dados são avaliados por meio da fórmula diferença/variação percentual (figura 1), que mostra o quanto o preço pago pelo município é maior ou menor em relação ao valor do RPC, foi evidenciado um desvio substancial em relação aos valores de referência do RPC-SESAB.

Figura 1: Fórmula diferença/variação percentual:

$$\text{Diferença \%} = \left(\frac{\text{Valor do município} - \text{Valor do RPC}}{\text{Valor do RPC}} \right) \times 100$$

Foi possível observar, por exemplo, divergências substanciais nos valores dos medicamentos adquiridos pelos municípios A e F, ao comparar os preços pagos por suas aquisições próprias com os valores de referência do RPC-SESAB.

O ácido acetilsalicílico foi adquirido por esses dois municípios a R\$ 0,100, enquanto o valor de referência era de apenas R\$ 0,043, representando um aumento de aproximadamente, 132%. O município F, por sua vez, apresentou preços ainda mais elevados para o Diazepam (R\$ 0,310), fluoxetina (R\$ 0,210) e sinvastatina (R\$ 0,250), quando comparados aos valores de referência do RPC-SESAB (R\$ 0,045, R\$ 0,067 e R\$ 0,065, respectivamente). Esses medicamentos apresentaram aumentos de aproximadamente, 589%, 213% e 285%, respectivamente.

Ademais, os municípios C, J e G apresentaram discrepâncias significativas nos preços de medicamentos anti-hipertensivos. A losartana, um bloqueador do receptor da angiotensina (BRA), foi adquirida pelos municípios C e J a R\$ 2,70 e R\$ 2,40 pelo município G, enquanto o valor de referência era de apenas R\$ 0,042. De forma similar, a hidroclorotiazida, um diurético tiazídico amplamente utilizado, foi adquirida pelo município J a R\$ 1,20, valor consideravelmente superior aos R\$ 0,021 do modelo RPC. O município em questão pagou um preço significativamente mais elevado por dipirona em 2023, adquirindo-a por R\$ 1,800, representando um desvio exorbitante àqueles estabelecidos como parâmetro (R\$ 0,105). Essa aquisição representa um aumento de aproximadamente, 1.614,29% em relação ao preço de

referência, gerando um impacto financeiro considerável para o município. Por fim, as compras de Loratadina desviaram significativamente do valor referencial (R\$ 0,082), tendo o Município C adquirido por um preço bem mais elevado: R\$ 2,16.

Como se pode observar, os medicamentos apresentaram aumentos percentuais significativos, indicando uma discrepância considerável entre os preços pagos pelos municípios e os valores de referência do RPC-SESAB. Fatores como a falta de concorrência em licitações, a má escolha de fornecedores e o tipo de licitação podem explicar esses resultados. A aplicação da fórmula de variação percentual destaca a disparidade entre os valores, mostrando quanto o preço do município é superior ao valor registrado em ata de registro de preço compartilhado.

Consoante ao mesmo, realizou-se o cálculo de variação absoluta e aplicou-se a fórmula de economia percentual (Figura 2), com o objetivo de evidenciar a economia potencial caso o RPC fosse adotado pelos municípios, sendo uma métrica útil para comparar a magnitude da diferença em relação ao valor original, facilitando a identificação de grandes variações.

Figura 2: Economia percentual

$$\text{Economia \%} = \left(\frac{\text{Preço do município} - \text{Valor RPC}}{\text{Preço do município}} \right) \times 100$$

De acordo com a tabela 2, os municípios A e C apresentaram as maiores diferenças percentuais em relação ao valor do RPC. No caso do município A, o medicamento adquirido com o maior custo adicional (R\$0,100) foi a Glibenclamida, resultando em um aumento de 74% em comparação ao valor registrado no RPC (R\$0,026). Já no município C, o destaque foi a Amitriptilina, cuja compra (R\$1,800) apresentou uma diferença percentual de 97,89% acima do valor de referência (0,038).

Tabela 2

Variáveis	A	B	C	D	E	RPC SESAB
AAS						
Diferença absoluta						
Diferença percentual (%)	0,06	0,01	0,03	0,03	0,01	0,043
	57,00	14,00	38,57	38,57	14,00	

Amitriptilina

Diferença absoluta						
	0,22	0,09	1,76	0,11	0,15	0,038
Diferença percentual (%)						
	85,38	70,77	97,89	74,67	80,00	

Diazepam

Diferença absoluta						
	0,04	0,08	0,12	0,07	0,12	0,045
Diferença percentual (%)						
	43,75	62,50	71,88	59,09	71,88	

Dipirona

Diferença absoluta						
	0,16	0,03	0,10	0,09	0,10	0,105
Diferença percentual (%)						
	59,62	19,23	47,50	44,74	47,50	

Fluoxetina

Diferença absoluta						
	0,08	0,08	0,11	0,03	0,03	0,067
Diferença percentual (%)						
	55,33	55,33	62,78	33,00	33,00	

Glibenclamida

Diferença absoluta						
	0,074	0,014	0,024	0,024	0,024	0,026
Diferença percentual (%)						
	74,00	35,00	48,00	48,00	48,00	

Hidroclorotiazida

Diferença absoluta						
	0,06	0,01	0,03	0,03	0,03	0,021
Diferença percentual (%)						
	73,75	30,00	58,00	58,00	58,00	

Loratadina

Diferença absoluta						
	0,20	0,10	2,08	0,10	0,12	0,082
Diferença percentual (%)						
	70,71	54,44	96,20	54,44	59,00	

Losartana

Diferença absoluta						
	1,11	0,03	2,66	0,04	0,06	0,042
Diferença percentual (%)						
	96,35	40,00	98,44	47,50	58,00	

Sinvastatina

Diferença absoluta						
	0,06	0,04	0,12	0,05	0,05	0,065
Diferença percentual (%)						

45,83 35,00 63,89 40,91 40,91

Fonte:

SIGAF;

SIMPAS,

2023

Tabela 2 (continuação)

Variáveis	F	G	H	I	J	RPC SESAB
AAS 100mg						
Diferença absoluta						
Diferença percentual (%)	0,06	0,03	0,03	0,02	0,02	0,043
	57,00	38,57	38,57	28,33	28,33	
Amitriptilina 25mg						
Diferença absoluta						
Diferença percentual (%)	0,15	0,06	0,12	0,04	0,04	0,038
	80,00	62,00	76,25	52,50	52,50	
Diazepam 10mg						
Diferença absoluta						
Diferença percentual (%)	0,27	0,05	0,12	0,07	0,06	0,045
	85,48	50,00	71,88	59,09	55,00	
Dipirona 500mg						
Diferença absoluta						
Diferença percentual (%)	0,24	0,02	0,12	0,18	1,70	0,105
	69,12	12,50	52,27	62,50	94,17	
Fluoxetina 20mg						
Diferença absoluta						
Diferença percentual (%)	0,14	0,05	0,06	0,0	0,04	0,067
	68,10	44,17	48,46	44,17	39,09	
Glibenclamida 5mg						
Diferença absoluta						
Diferença percentual (%)	0,054	0,014	0,014	0,034	0,004	0,026
	67,50	35,00	35,00	56,67	13,33	

Hidroclorotiazida 25mg

Diferença absoluta

0,06 0,02 0,02 0,04 1,18 0,021

Diferença percentual (%)

73,75 47,50 47,50 65,00 98,25

Loratadina 10mg

Diferença absoluta

0,14 0,02 0,06 0,12 0,10 0,082

Diferença percentual (%)

62,73 18,00 41,43 59,00 54,44

Losartana 50mg

Diferença absoluta

0,12 2,36 0,08 0,10 2,66 0,042

Diferença percentual (%)

73,75 98,25 65,00 70,00 98,44

Sinvastatina 20mg

Diferença absoluta

0,19 0,03 0,14 0,09 0,06 0,065

Diferença percentual (%)

74,00 27,78 67,50 56,67 45,83

 Fonte: SIGAF; SIMPAS, 2023

Os medicamentos com as maiores diferenças percentuais foram a Losartana com 98,44%, seguido da Hidroclorotiazida com 98,25%, Loratadina 96,20%, Amitriptilina 97,89% e Dipirona 94,17%. Esses dados evidenciam que compras independentes, sem o uso do Sistema de Registro de Preços Compartilhado (RPC), podem levar a preços significativamente mais altos para esses medicamentos.

A existência de grandes diferenças de preços para medicamentos de uso contínuo como losartana, hidroclorotiazida e amitriptilina revela a necessidade de aprimorar o sistema de aquisição de medicamentos no Brasil, principalmente pelos desafios enfrentados no acesso a estes. Tavares e colaboradores (2016) enfatizam em seu estudo, a urgência de uma gestão mais eficiente da assistência farmacêutica, que esteja alinhada à RENAME e às estratégias de financiamento e organização do setor.

Os autores supracitados destacam também que medicamentos como Losartana e Hidroclorotiazida, fundamentais no tratamento de doenças cardiovasculares que são a principal causa de mortalidade no Brasil, apresentam diferenças percentuais de preço significativamente elevadas, evidenciando a necessidade de aprimorar os mecanismos de aquisição e distribuição para garantir maior equidade e economicidade no acesso a esses tratamentos essenciais (Tavares *et al.*, 2016).

Da mesma maneira, os valores exorbitantes observados para a Loratadina (96,20%) e Dipirona (94,17%) reforçam a necessidade de fortalecer a gestão pública da assistência farmacêutica. Esses resultados chamam a atenção por se tratarem de medicamentos simples e isentos de prescrição médica (MIPs) amplamente utilizados pela população. Esses fármacos desempenham papéis fundamentais no alívio de sintomas de alergias e no controle da dor e febre, sendo de grande necessidade para a assistência básica em saúde. Além disso, a pesquisa de Costa *et al.* (2017) reforça que a gestão ineficaz da assistência farmacêutica em âmbito municipal sustenta desigualdades no acesso a medicamentos essenciais.

As discrepâncias nos valores adquiridos pelos municípios em compras independentes indicam falhas significativas na gestão de aquisição de medicamentos. A ineficiência nas aquisições pode ser interpretada como um obstáculo ao princípio da equidade no SUS, limitando o alcance das políticas de universalização da saúde, o que reforça a necessidade de fortalecer a gestão pública da assistência farmacêutica, principalmente por meio da adesão a sistemas estratégicos, como o RPC, que permitem negociações com preços mais justos.

Boing e colaboradores (2013) destacam que, apesar dos avanços alcançados, o acesso aos medicamentos no SUS ainda apresenta desigualdades significativas. Embora importantes conquistas legais tenham sido realizadas, a universalização plena do acesso depende de uma abordagem integrada que envolva a seleção racional de medicamentos, financiamento sustentável, logística eficiente e a garantia de preços acessíveis (Boing *et al.*, 2013).

Esses aspectos convergem com a análise apresentada neste estudo, ressaltando a relevância da avaliação econômica de processos licitatórios, como o Sistema de Registro de Preços Compartilhado (SRPC), como uma estratégia para aquisição de medicamentos que promovam maior equidade e eficiência no uso de recursos públicos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados ao longo deste estudo evidenciam que a adoção do Sistema de Registro de Preços Compartilhado (SRPC) é uma ferramenta estratégica essencial para a promoção de uma assistência farmacêutica mais eficiente, econômica e equitativa no Brasil. As significativas diferenças de preços observadas, especialmente para medicamentos amplamente utilizados, como Losartana (98,44%), Hidroclorotiazida (98,25%), Loratadina (96,20%), Amitriptilina (97,89%) e Dipirona (94,17%), apontam para a necessidade de revisão dos mecanismos de aquisição e distribuição de medicamentos em alguns municípios do estado da Bahia.

Além disso, ressalta a problemática da falta de medicamentos essenciais na atenção básica, o que dificulta o tratamento de condições clínicas frequentes e impacta negativamente o bem-estar da população, especialmente das comunidades mais vulneráveis. A compra independente de medicamentos, realizada sem o uso de mecanismos estruturados, como o Sistema de Registro de Preços Compartilhado (SRPC), mostrou-se um fator agravante, visto que alguns dos preços mais altos das compras independentes foram de medicamentos de uso contínuo.

É válido ressaltar a importância destes medicamentos no tratamento de doenças crônicas, e que as dificuldades na sua aquisição, fornecimento e acesso à população, impactam significativamente no controle dessas doenças.

A ausência de um planejamento e a não-adesão de procedimentos mais estratégicos para aquisição de medicamentos, como o sistema de registro de preço compartilhado (SRPC), resulta em compras independentes que oneram significativamente os cofres públicos, limitam o acesso da população a medicamentos essenciais e comprometem os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, a equidade e a integralidade. Nesse sentido, a implementação de políticas públicas que priorizem a utilização do SRPC pode contribuir para a redução das desigualdades no acesso aos medicamentos e para o fortalecimento do SUS como um sistema verdadeiramente universal e inclusivo.

Diante dessas evidências, destaca-se a necessidade de novos estudos que aprofundem a análise da economicidade proporcionada pelo RPC e avaliem seu impacto na eficiência da assistência farmacêutica. Ademais, a adesão de mais municípios do Estado da Bahia ao RPC deve ser estimulada, considerando seu potencial de promover aquisições com preços mais justos e previsíveis, contribuindo para a otimização dos recursos públicos. Esse movimento não apenas economiza recursos financeiros, mas também favorece o acesso a medicamentos,

fortalecendo os pilares do SUS e os princípios das políticas públicas de assistência farmacêutica, como a política nacional de medicamentos (PNM) e a política nacional de assistência farmacêutica (PNAF), assegurando que a saúde seja tratada como um direito de todos e um dever do Estado

Por fim, destaca-se que uma assistência farmacêutica robusta, planejada e alinhada às necessidades da população é essencial para a consolidação de um sistema de saúde justo, equitativo e sustentável, capaz de enfrentar os desafios impostos pelas desigualdades socioeconômicas e regionais no Brasil, como reforça a importância e necessidade do profissional farmacêutico atuando na gestão de recursos públicos destinada aos medicamentos, desta forma, o presente trabalho de conclusão de curso foi pensado justamente para ser um meio de reflexão e contribuição de uma estudante de Farmácia que deseja uma Assistência Farmacêutica mais eficiente e acessível, em prol à população que tanto dela necessita.

7 REFERÊNCIAS

AMORIM, Victor Aguiar Jardim de. *Licitações e contratos administrativos: teoria e jurisprudência*. 4. ed. 290 p. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2021.

BAHIA. Comissão Intergestores da Bahia. Resolução CIB/BA nº 339/2022. Aprova novos regramentos para a adesão ao Modelo de Registro de Preços Compartilhado dos medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, a ser realizado pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e utilizado pelos municípios do Estado. 2022. Disponível em http://portalcib.saude.ba.gov.br/images/arquivos/Resolucoes/2022/RES_CIB_339_2022.pdf. Acesso em: 20 jul. 2024.

BAHIA. CIB (COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE). Resolução CIB nº 153/2020, 10 set. 2020. Aprova o Modelo de Registro de Preços Compartilhado dos medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2020.

BAHIA. **Decreto nº 7.919, de 30 de março de 2001**. Institui o Sistema Integrado de Material, Patrimônio e Serviços – SIMPAS, no âmbito da Administração Pública Estadual, e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, 31 mar. e 01 abr. 2001.

BARRETO, Joslene Lacerda. **Análise da gestão descentralizada da assistência farmacêutica: um estudo em municípios baianos**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

BARROS, R. D.; COSTA, E. A.; SANTOS, D. B.; SOUZA, G. S.; ÁLVARES J, GUERRA JUNIOR A. A.; *et al.* Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. *Rev. Saúde Pública*. 2017.

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União: seção 1, p. 18, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

BRASIL. **Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971.** Institui a Central de Medicamentos (CEME). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 jun. 1971.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Brasília, DF: Presidência da República, 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. **Decreto nº 10.024, de 20 de setembro de 2019.** Regulamenta a licitação, na modalidade pregão, na forma eletrônica, para a aquisição de bens e a contratação de serviços comuns, incluídos os serviços comuns de engenharia, e dispõe sobre o uso da dispensa eletrônica, no âmbito da administração pública federal. *Diário Oficial da União*, 20 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aquisição de medicamentos para a assistência farmacêutica no SUS: orientações básicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. 2004.

COSTA, K. S.; TAVARES, N. U. L.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M.; MENGUE, S. S.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2017.

COSENDAY, Marly Aparecida Elias; BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda; REIS, André Luís de Almeida dos; SILVA, Hayne Felipe da; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; LUIZA, Vera Lúcia. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 171-182, jan./fev. 2000.

JUSTEN FILHO, M. Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos. 11ª edição. São Paulo: Dialética, 2005.

MELO, Izabela Martins de. Principais mudanças da nova Lei de Licitações: melhorias e barreiras da Lei 14.133/2021. Artigo científico apresentado à disciplina Trabalho de Curso II, da Escola de Direito e Relações Internacionais, Curso de Direito, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). Orientadora: Goiacy Campos dos Santos Dunck. Goiânia, 2021.

NIEBUHR, Joel de Menezes *et al.* Nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos. 2. ed. Curitiba: Zênite, 283 p., 2021.

OLIVEIRA, A. D.; KRÜGER, T. R. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. *Argumentum*. Vitória, v. 10, n. 1, p. 57-71, 2018.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 3561–3567, nov. 2010.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 07 jun. 2024.

SOUZA, Miriam Thereza Porto de. Sistema de Registro de Preços: Teoria e Prática. Brasília: Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados, 2007.

SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL: TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, São Paulo: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2002.

TAVARES NUL, Luiza V. L.; OLIVEIRA, M. A.; COSTA, K. S.; MENGUE, S. S.; ARRAIS, P. S. D.; *et al.* Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2016.

VASCONCELOS, D. M. M. de; CHAVES, G. C.; AZEREDO, T. B.; SILVA, R. M. da. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 8, p. 2609–2614, out. 2017.

XAVIER, L. C.; PEREIRA, A. E. S. S.; MADEGAN, I. O.; *et al.* Panorama dos gastos em medicamentos no Brasil (2015-2019). *Journal of Assisted Pharmacy and Pharmacoeconomics*, v. 8, n. 1, p. 35-37, jan. 2022.