



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA  
ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE – 2018

**ANÁLISE DA PROGRAMAÇÃO DAS AQUISIÇÕES CENTRALIZADAS DE  
CONTRACEPTIVOS DO PROGRAMA SAÚDE DA MULHER NA REGIÃO  
NORDESTE POR MEIO DE VIDEOCONFERÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso para  
obtenção de título de Especialista em  
Economia da Saúde.

Aluno: Mayrla da Silva Moniz

Orientadora: Profa. Erika Santos de  
Aragão

Brasília, DF

2018

**ANÁLISE DA PROGRAMAÇÃO DAS AQUISIÇÕES CENTRALIZADAS DE CONTRACEPTIVOS DO PROGRAMA SAÚDE DA MULHER NA REGIÃO NORDESTE POR MEIO DE VIDEOCONFERÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção de título de Especialista em Economia da Saúde.

Aluno: Mayrla da Silva Moniz

Orientadora: Profa. Erika Santos de Aragão

Brasília, DF

2018

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a programação das aquisições dos métodos contraceptivos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, com os estados e municípios acima de 500 mil habitantes da região Nordeste do Brasil e fornecidos nas Unidades de Saúde do SUS. Trata-se de um estudo retrospectivo e comparativo entre a programação anteriormente feita pela área técnica da saúde da mulher do Ministério frente aos dados obtidos por meio das videoconferências realizadas em conjunto com a assistência farmacêutica básica do Ministério e com os representantes das assistências farmacêuticas e área técnica da Saúde da Mulher dos estados e municípios da região Nordeste. Os dados foram coletados em março 2017 para o abastecimento da rede no período de julho/2017 à julho/2018. Os itens que integraram o elenco para realização deste estudo foram os métodos contraceptivos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e descritos na Relação Nacional de Medicamentos como: Acetato de Medroxiprogesterona (injetável trimestral), Enantato de Noretisterona + Valerato de Estradiol (injetável mensal), Etinilestradiol + Levonorgestrel (pílula combinada), Levonorgestrel (pílula de emergência). Foram apresentadas as quantidades, valores que iriam ser gastos nas compras públicas comparando com o que foi reprogramado após as videoconferências. Foi identificado que houve uma redução significativa na compra dos métodos contraceptivos. Esse estudo apontou para necessidade de distribuir de forma mais homogênea os gastos anuais e de aumentar a eficiência nas compras, em especial para a região Nordeste. No entanto, sugere-se a realização de estudos de custos e acerca da programação e distribuição dos contraceptivos no Sistema Único Saúde.

## ABSTRACT

The present study had as objective to analyze the programming of the acquisitions of contraceptive methods acquired centrally by the Ministry of Health, with the states and municipalities above 500 thousand inhabitants of the Northeast region of Brazil and provided at the Health Units of SUS. This is a retrospective and comparative study between the previous programming done by the Ministry of Health's technical area of the woman against the data obtained through the videoconferences carried out together with the basic pharmaceutical assistance of the Ministry and with the representatives of the pharmaceutical assistance and area women's health in the states and municipalities of the Northeast region. The data were collected in March 2017 to supply the network from July / 2017 to July / 2018. The items included in the study were contraceptive methods centrally purchased by the Ministry of Health and described in the National Drug List as: Medroxyprogesterone Acetate (quarterly injectable), Norethisterone Enanthate + Estradiol Valerate (monthly injectable) , Ethinylestradiol + Levonorgestrel (combination pill), Levonorgestrel (emergency pill). We presented the amounts, which would be spent on public purchases compared to what was reprogrammed after the videoconferences. It was identified that there was a significant reduction in the purchase of contraceptive methods. This study pointed to the need to distribute in a more homogeneous way the annual expenses and to increase the efficiency in the purchases, especially for the Northeast region. However, it is suggested to carry out cost studies and about the scheduling and distribution of contraceptives in Health Unic System.

## LISTA DE TABELA

**Tabela 1 - Roteiro das videoconferências**

**Gráfico 1** - Programação região Nordeste Injetável Mensal

**Gráfico 2** - Programação região Nordeste Injetável Trimestral

**Gráfico 3** - Programação região Nordeste Minipílula

**Gráfico 4** - Programação região Nordeste pílula combinada.

**Gráfico 5**- Programação região Nordeste pílula de emergência.

**Gráfico 6** - Total dos MCCs programa saúde da mulher

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Assistência Básica de Saúde  
AF – Assistência Farmacêutica  
CGAFB – Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica  
CGSM – Coordenação Geral de Saúde das Mulheres  
CIB - Comissões Intergestores Bipartite  
CMA - Consumo Médio Anual  
CMM - Consumo médio mensal  
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica  
DAPES – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
DATASUS – Departamento de informática do SUS  
DCNT - doenças crônicas não transmissíveis  
DIU – Dispositivo Intra-Uterino  
DLOG - Departamento de Logística em Saúde  
MS – Ministério da Saúde  
PFPB - Programa Farmácia Popular do Brasil  
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica  
PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher  
PNM - Política Nacional de Medicamento  
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
SCTIE – Secretaria de Ciência e Tecnologia e insumos estratégicos  
SUS – sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>11</b>
<b>3. A Assistência Farmacêutica no Brasil .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1. Financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS .....</b>	<b>14</b>
<b>3.2. Componente Básico da Assistência Farmacêutica .....</b>	<b>15</b>
<b>3.3. Programa Saúde da Mulher .....</b>	<b>16</b>
<b>3.4. Programação dos Métodos Contraceptivos .....</b>	<b>17</b>
<b>4. Metodologia.....</b>	<b>21</b>
<b>4.1 Escopo .....</b>	<b>22</b>
<b>4.2 Roteiro das Videoconferências .....</b>	<b>23</b>
<b>4.3 Cálculo da Programação .....</b>	<b>26</b>
<b>5. Resultados.....</b>	<b>24</b>
<b>5.1 Critérios da Programação .....</b>	<b>25</b>
<b>5.2 Dados da programação 2017/2018 dos Métodos Contraceptivos.....</b>	<b>26</b>
<b>5.2.1 Anticoncepcional hormonal injetável mensal, Valerato de estradiol + Enantato de Noretisterona.....</b>	<b>27</b>
<b>5.2.2 Anticoncepcional hormonal injetável trimestral, Acetato Medroxiprogesterona.....</b>	<b>28</b>
<b>5.2.3 Anticoncepcional oral, Noretisterona (Minipílula).....</b>	<b>30</b>
<b>5.2.4 Anticoncepcional oral, combinado Levonorgestrel + Etinilestradiol.....</b>	<b>31</b>
<b>5.2.5 Anticoncepcional oral de emergência, Levonorgestrel.....</b>	<b>31</b>
<b>5.2.6 Síntese dos dados.....</b>	<b>33</b>
<b>6. Considerações Finais .....</b>	<b>33</b>
<b>7. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>38</b>
<b>8. Anexos.....</b>	<b>41</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A criação do Departamento de Assistência Farmacêutica pelo Ministério da Saúde, em 2003, é vista como um passo importante para a institucionalização da AF ao dotá-lo de estruturas próprias para condução desta política. O financiamento, elemento fundamental para a sustentação da política de acesso aos medicamentos, também é indutor da institucionalização da AF no SUS. Por meio de portarias de financiamento específico para AF garantem-se recursos dos três níveis de gestão para a aquisição de medicamentos e a estruturação de serviços farmacêuticos no âmbito dos municípios. Destaca-se, neste processo, o Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica, com ações também de formação e qualificação de pessoal (SOUZA et. al., 2017).

A gestão da assistência farmacêutica se constitui em um dos maiores desafios de governo, na área da saúde, devido ao seu alto custo e grau de complexidade, que envolve aspectos assistenciais, técnicos, logísticos e tecnológicos, aspectos culturais, políticos, econômicos e sociais, bem como baixa qualificação dos serviços farmacêuticos, falhas nos componentes constitutivos do ciclo da assistência farmacêutica, aumento crescente da demanda de medicamentos pela população, escassez e má gestão dos recursos públicos (BRUNS et. al., 2014).

O uso de contraceptivos no Brasil foi investigado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) em 1996 e em 2006. Na PNDS-2006, 65,2% das mulheres de 15 a 49 anos referiram uso atual de método contraceptivo considerado moderno. Predominaram contraceptivo oral (22,1%), injeção contraceptiva (3,5%) No Brasil, o Ministério da Saúde financia e compra os contraceptivos e insumos no âmbito do Programa Saúde da Mulher e que constam da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) são: acetato de medroxiprogesterona; enantato de noretisterona + valerato de estradiol; etinilestradiol + levonorgestrel 0,03 mg + 0,15 mg; e noretisterona 0,35 mg. contraceptivos de emergência: levonorgestrel 0,75 mg e misoprostol 0,025 mg e 0,2 mg (SOUZA et. al., 2017).

Com relação aos métodos contraceptivos, a programação é feita de forma descentralizada e ascendente com objetivo de identificar a real necessidade de

estados, capitais e municípios acima de 500 mil habitantes. A definição do quantitativo a ser adquirido anteriormente era de responsabilidade da Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres/DAPES que definiam os quantitativos somente com base no perfil epidemiológico, porém no ano de 2017 com apoio técnico da Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica/DAF essa programação foi realizada em conjunto, levando em consideração a solicitação que cada localidade, o estoque que possuíam, consumo médio mensal, validades e os quantitativos que na época ainda estavam sendo entregues para esses locais que se referiam as parcelas das compras de 2016 e que ainda estavam sendo entregues. A compra é feita de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e distribuída a todos os estados e municípios acima de 500 mil habitantes.

A fase inicial da programação ascendente se refere ao levantamento da demanda dos insumos por localidade (Estados, Capitais e Municípios acima de 50mil hab.). Os quantitativos solicitados por cada localidade é somado para chegar-se ao total por método contraceptivo. Além disso, é preparada a pauta de distribuição em duas ou quatro parcelas de acordo com o insumo.

O presente estudo teve por objetivo identificar fatores relacionados a programação dos métodos contraceptivos adquiridos de forma centralizada pelo ministério da Saúde, realizando um comparativo entre a Programação anteriormente feita pela CGSM/DAPES frente aos dados obtidos por meio das videoconferências realizadas em conjunto com CGAFB e com os representantes das assistências farmacêuticas e área técnica da Saúde da Mulher dos estados e municípios da região Nordeste. A programação para aquisição de medicamentos consiste na definição dos medicamentos que devem ser adquiridos com intuito de atender a demanda de consumo por um período determinado e evitar a descontinuidade do abastecimento. Após recebimento e análise prévia da programação ascendente dos estados e municípios, nos reunimos por meio de videoconferência para validação dos quantitativos de métodos contraceptivos solicitados para atendimento das usuárias no período de julho de 2017 a julho de 2018.

## 2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral: Analisar se o processo realizado em conjunto pela Coordenação Geral de Saúde das Mulheres e a Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica para a programação das compras de contraceptivos se traduz em racionalização de gastos para o Ministério da Saúde, otimizando o abastecimento sem descontinuidade do mesmo.

### 2.2 Objetivos específicos:

2.2.1. Descrever o processo de validação da programação realizado com a Região Nordeste do Brasil nas aquisições centralizadas dos métodos contraceptivos do Programa Saúde da Mulher por meio das videoconferências e estimar os gastos comprometidos.

2.2.2. Comparar o processo e os gastos com o modelo utilizado e com o modelo adotado anteriormente.

## 2 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição Federal e suas diretrizes são a universalização do acesso com equidade e a integralidade das ações e serviços de saúde. (AUREA et. al., 2010).

A institucionalização do SUS resultou em profundas mudanças para os serviços de saúde, ao estabelecer a universalidade de acesso, a equidade na prestação de serviços e a integralidade das ações como princípios doutrinários do sistema (BRASIL, 1990). A Assistência Farmacêutica (AF), como parte da assistência integral à saúde, constitui um componente essencial para efetivar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, visando à melhoria das condições de saúde da população do País (BRASIL, 1998).

O direito à assistência farmacêutica foi previsto no SUS, mas a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi instituída apenas em 1998, tendo sido ampliada em 2004 com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A assistência farmacêutica é assim definida: “Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos.” (AUREA, et. al., 2010) incluindo-se o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição) com base na adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); a conservação e o controle de qualidade; a segurança e a eficácia terapêutica e o acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar o seu uso racional. A PNM também estabelece que a gestão da AF deva ser descentralizada e a aquisição feita com base em critérios epidemiológicos para melhor atender às necessidades locais das populações por medicamentos (OLIVEIRA et. al., 2010).

A institucionalização da AF vem sendo induzida pelo Ministério da Saúde nas últimas décadas. Ações político-normativas tiveram repercussão no financiamento, na estruturação e organização dos serviços farmacêuticos nos diversos espaços operativos do SUS. Esse processo se afirma com uma série de iniciativas, a publicação da Política Nacional de Medicamentos, a realização da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, assim como a obrigatoriedade da adoção da

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), atualizada a cada dois anos, como parâmetro para o acesso aos medicamentos. (Souza et. al., 2017).

Dessa forma, a assistência farmacêutica deve apoiar ações de saúde que promovam o acesso da população aos medicamentos e seu uso racional. Este tema sempre se constituiu em preocupação para os gestores de políticas públicas e pesquisadores da área de saúde. (AUREA et. al., 2010).

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde publicou o documento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que reforça a ideia de que a assistência farmacêutica é parte do cuidado à saúde individual ou coletiva, tendo no medicamento o insumo essencial, cujo acesso deve ser garantido com uso racional (VIEIRA, 2009). Um dos eixos estratégicos da PNAF é a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo necessariamente a assistência farmacêutica, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção. (Brasil, 2006 ).

O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) foi instituído no ano de 2003, por meio do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, o qual estabeleceu a criação deste Departamento, vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. O DAF foi criado com a atribuição de formular e operacionalizar, no âmbito do País, as políticas públicas farmacêuticas. O advento do DAF representou um marco importante para a institucionalização da Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde . As competências do DAF, foram estabelecidas por meio do Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013, por meio do qual foram aprovados a estrutura regimental e o quadro de cargos e funções do órgão federal de saúde. (Brasil, 2014).

### **3.1 FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS**

O financiamento da assistência farmacêutica pública no Brasil é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. O repasse de recursos federais é realizado na forma de blocos de financiamento. A aquisição de medicamentos e insumos é financiada pelo bloco de financiamento da assistência farmacêutica, que compreende três componentes: básico, estratégico, especializado. (AUREA, et. al., 2010).

Cada componente é destinado ao financiamento de um ou mais programas ou ações e possui características próprias quanto ao planejamento e à execução. O componente básico compreende os seguintes programas: hipertensão e diabetes (insulinas), saúde da mulher (métodos contraceptivos) e calamidade pública.

Além do financiamento federal, estados e municípios devem alocar recursos próprios para a aquisição de medicamentos. Adicionalmente, no mesmo instrumento normativo, o Ministério da Saúde também definiu a alocação de recursos no Bloco de Financiamento da Gestão do SUS para a estruturação de serviços e a organização de ações de assistência farmacêutica. (VIEIRA, 2009).

No que trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde, no dia 28 de dezembro foi publicada, em Diário Oficial da União, a Portaria nº 3.992, de 28/12/2017. Essa Portaria trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28/09/2017, que contemplava a portaria nº 204/2007. Na Portaria nº 204/2007, os blocos de financiamento sempre se caracterizaram por serem blocos financeiros, tendo uma conta corrente vinculada a cada um dos 5 blocos de custeio, exceto o Bloco de Investimento, a característica orçamentária sempre esteve presente nos grandes grupos de funcionais programáticas que marcavam cada um dos blocos de custeio: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS.

As Principais mudanças trazidas por essa nova portaria 3.992, de 28/12/2017, foi a junção dos antigos blocos de financiamento de custeio em um único bloco,

mantendo-se grupos de ações dentro do Bloco de Custeio, A forma de transferência dos recursos financeiros para custeio e investimento, uma vez que os recursos para custeio serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de custeio e os recursos para investimentos ainda não contemplados com repasse serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de investimento.

Essa separação fortalece os instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, permitindo ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas. (FNS, 2017).

### **3.2 COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

Em 2010, foi publicada a Portaria MS/GM nº 3.965, de 14 de dezembro de 2010, por meio da qual foram aprovados os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde. O DAF passou a contar com o suporte de coordenações em sua composição, cuja função primária consistia em acompanhar os componentes do Bloco da Assistência Farmacêutica, sendo uma delas a Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB). A CGAFB atua, entre outros dispositivos legais, com base na Portaria MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, a qual dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil,2017). Apesar de a portaria nº 1555 ter sido revogada, a íntegra de seus conteúdos está contida nas Portarias de Consolidação GM/MS Nº 01, 02 Nº 06, de 28 de setembro de 2017. Em 03/10/2017 foi publicada no Diário Oficial da União (Suplemento ao nº 190), a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

O componente básico da AF destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de AF no âmbito da ABS e aquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados. Ele é composto de uma parte financeira fixa e de uma parte financeira variável. A parte financeira fixa consiste em um valor per capita destinado à aquisição de medicamentos e insumos de AF em ABS, transferido ao Distrito Federal, estados e/ou municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Já a parte financeira variável do

componente básico consiste em valores per capita destinados à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica dos Programas (OLIVEIRA ET. AL., 2010).

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em uma estratégia de fornecimento de medicamentos e insumos indicados para o atendimento aos problemas de saúde da população, passíveis de atendimento no âmbito da atenção básica em saúde do SUS. Compreende um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos, a serem desenvolvidas por meio de serviços farmacêuticos qualificados (BRASIL,2010).

### **3.3 PROGRAMA SAÚDE DA MULHER**

No Brasil, o Ministério da Saúde financia e compra os contraceptivos e insumos no âmbito do Programa Saúde da Mulher. Os medicamentos fornecidos nos serviços públicos de saúde e no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) e que constam da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) são: acetato de medroxiprogesterona; enantato de noretisterona + valerato de estradiol; etinilestradiol + levonorgestrel 0,03 mg + 0,15 mg; e noretisterona 0,35 mg. Nos serviços públicos de saúde são também fornecidos contraceptivos de emergência levonorgestrel 0,75 mg e misoprostol 0,025 mg e 0,2 mg e os insumos como DIU e Diafragma. (BRASIL, 2016b).

O uso de contraceptivos no Brasil foi investigado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) em 1996 e em 2006. Na PNDS-2006, 65,2% das mulheres de 15 a 49 anos referiram uso atual de método contraceptivo considerado moderno. Ao incluir os métodos tradicionais (tabela, abstinência periódica, entre outros), a prevalência foi 67,8%. Predominaram contraceptivo oral (22,1%), esterilização feminina (21,8%), preservativo masculino (12,9%), injeção contraceptiva (3,5%) e esterilização masculina (3,3%).

### **3.4 PROGRAMAÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS**



A programação para a aquisição dos métodos anticoncepcionais era realizada pela Coordenação Geral de Saúde da Mulher - CGSM/DAPES e repassada a Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica CGAFB/DAF. Quanto aos critérios da Programação, os mesmos eram definidos pela CGSM, que é responsável pela elaboração dos Termos de Referência e das planilhas de distribuição dos métodos contraceptivos adquiridos pelo Ministério da Saúde. A Coordenação Geral de Saúde da Mulher orientavam que tais planilhas tratavam-se apenas de uma sugestão, podendo o estado fazer adequações segundo seus critérios e conforme necessidade.

A partir do ano de 2017 com a implementação das videoconferências a assistência farmacêutica básica passa a participar da programação dos métodos contraceptivos em conjunto com a área técnica da visto que, havia a necessidade de avaliar o que cada estado e município tinham em seus estoques, seus consumos, validades e não somente realizar a programação a partir do perfil epidemiológico como tinha sido realizado nos anos anteriores. A programação e o monitoramento foram realizados juntamente com a Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica - CGAFB que segue o que era determinado pela PORTARIA Nº 1.555, DE 30 DE JULHO DE 2013, até a data de sua revogação. Agora a CGAFB segue o que é determinado pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Abaixo, os artigos que orientam como devem ser a programação e monitoramento da programação do CGAFB: (Portaria de Consolidação nº 2)

I - entrega direta ao Distrito Federal, aos Municípios das capitais dos Estados e aos Municípios com população superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes; e(*Origem: PRT MS/GM 1555/2013,art.6º, I*).

II - nas hipóteses que não se enquadrarem nos termos do inciso I do "caput", entrega às Secretarias Estaduais de Saúde para posterior distribuição aos demais Municípios. (*Origem: PRT MS/GM 1555/2013,art.6º, II*).

Art. 37º Os quantitativos dos medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher, da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml de que tratam os arts. 5º e 6º serão estabelecidos conforme os parâmetros técnicos definidos pelo Ministério da Saúde e a programação anual e as atualizações de

demandas encaminhadas ao Ministério da Saúde pelas Secretarias Estaduais de Saúde com base de cálculo nas necessidades dos Municípios. (*Origem: PRT MS/GM 1555/2013,art.7º*).

Compete ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, por meio da Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica, articulado com a Coordenação Geral de Saúde da Mulher e o Departamento de Logística em Saúde (DLOG), planejar, avaliar e monitorar a execução das atividades de programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos e insumos do programa Saúde da Mulher, comprados de forma centralizada pelo Ministério da Saúde.

A aquisição de medicamentos é uma das principais atividades da Gestão da Assistência Farmacêutica e deve estar estreitamente vinculada às ofertas de serviços e à cobertura assistencial dos programas de saúde. Uma boa aquisição de medicamentos deve considerar primeiro o que comprar (seleção); quando e quanto comprar (programação); e como comprar. O monitoramento e a avaliação dos processos são fundamentais para aprimorar a gestão e intervir nos problemas identificados.(Brasil, 2006).

Considerando o modelo de organização do SUS e os esforços operacionais que demanda, a aquisição de medicamentos pode ser realizada através de cooperação entre municípios, tendo em vista que a seleção de medicamentos pode considerar realidades de saúde comuns a municípios de uma determinada região (Brasil, 2006).

A seleção e a programação (o que e quanto comprar) devem avaliar a posição do município no contexto regional e microrregional quanto ao fluxo de usuários, devendo-se prever os serviços de referência, quando for o caso. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é um documento de referência nacional, norteador da Política Nacional de Medicamentos, da Política de Assistência Farmacêutica e da produção do mercado farmacêutico. Serve para orientar e subsidiar os estados e municípios, na elaboração das suas respectivas relações de medicamentos – Resme e Remume (BRASIL, 2006).

Atualmente, segundo Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 os medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher constam do Anexo I e IV na RENAME vigente, sendo eles: Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/ml (injetável trimestral), Enantato de Noretisterona 50mg + Valerato de Estradiol 5mg (injetável mensal), Etinilestradiol 0,03mg + Levonorgestrel 0,15mg (pílula combinada), Levonorgestrel 0,75mg (pílula de emergência), Misoprostol 25 mcg e 200 mcg, Noretisterona 0,35mg (mini-pílula), Anéis Medidores de Diafragma, Diafragma, Dispositivo Intra-Uterino (BRASIL, 2017).

Tendo em vista a importância do provimento de contraceptivos no âmbito do SUS, faz-se necessário investigações que identifiquem se os mecanismos utilizados para a programação das compras se traduza em atendimento às necessidades de saúde de forma eficiente.

#### **4. METODOLOGIA**

Para dar conta do objetivo proposto, foi realizada revisão de literatura e análise de dados da programação das compras centralizadas de contraceptivos, antes e depois realização das videoconferências. Ferramenta que foi adaptada para atender às especificidades da assistência farmacêutica.

O Ministério da Saúde (MS), por intermédio das Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSMu/DAPES/SAS) com o apoio da Coordenação-Geral da Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB/DAF/SCTIE), realizou no ano de 2017, em conjunto com estados e municípios, e de forma ascendente a elaboração da programação contendo o quantitativo necessário dos métodos contraceptivos para atender às usuárias, conforme a Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, a CGAFB segue o que é determinado pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 que “Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

A Coordenação Geral de Saúde das Mulheres e a Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica encaminharam uma planilha sugestiva às Coordenações de Saúde das Mulheres, e assistências farmacêuticas dos estados e municípios com população superior a 500 mil habitantes determinado em portaria, com o objetivo de contribuir com a qualificação da programação ascendente, considerando dados de prevalência de uso de cada método contraceptivo, dados demográficos locais e estoques dos departamentos de assistência farmacêutica informados no primeiro semestre de 2016. Após recebimento e análise prévia da programação ascendente dos estados e municípios, foram realizadas reuniões por meio de videoconferência para validação dos dados de estoque, consumo médio mensal e quantitativos de métodos contraceptivos solicitados para atendimento das usuárias no ano de 2017/2018.

Utilizando como ferramenta uma planilha excel, foi acompanhado o Consumo Médio Anual (CMA), consumo médio mensal (CMM), estoques dos estados e municípios e os quantitativo que ainda iriam receber provenientes das compras

efetuados pelo Ministério da Saúde. Isso sugeriu uma programação para 12 meses de Julho de 2017 à Julho de 2018. Houve o levantamento também dos principais problemas com a programação. Todas essas informações trabalhadas foram confirmadas por meio de ofício e enviadas pelas localidades para a Coordenação de Assistência Farmacêutica Básica – CGAFB.

As Videoconferências foram realizadas via DATASUS, departamento que promove a infraestrutura de videoconferência para atender ao Ministério da Saúde e demais órgãos do Governo Federal, Estadual e Municipal. O Ministério da Saúde possui salas regionais de videoconferência em todas as capitais do país. Elas possuem os requisitos necessários para o evento garantindo que as conexões (e o evento como um todo) tenham qualidade satisfatória. A seguir apresenta-se o fluxo de compra dos contraceptivos pelo MS.

#### **4.1 Escopo:**

Métodos contraceptivos adquiridos de forma centralizada pela Ministério da Saúde:

Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/ml (injetável trimestral),

Enantato de Noretisterona 50mg + Valerato de Estradiol 5mg (injetável mensal)

Etinilestradiol 0,03mg + Levonorgestrel 0,15mg (pílula combinada),

Levonorgestrel 0,75mg (pílula de emergência),

Misoprostol 25 mcg e 200 mcg,

Noretisterona 0,35mg (mini-pílula),

#### **4.2 Roteiro das Videoconferências:**

Oficina de Qualificação da Programação dos Contraceptivos de compra centralizada pelo Ministério da Saúde.

**Objetivo da Oficina:** analisar em conjunto com a SES os dados referentes às programações dos medicamentos/insumos da Saúde da Mulher.

**Área condutora:** CGSM

**Apoio:** CGAFB

**Roteiro da Oficina:**

Tarefa	Responsável	Duração
Apresentação dos Participantes;	CGSM	5 min
Contextualização da Oficina;	CGSM e CGAFB	5 min
Apresentação do fluxo da programação	CGSM	5 min
Avaliação conjunta da necessidade de cada medicamento/insumo;	CGSM, CGAFB e SES	75 min

Tabela 1 - Roteiro das videoconferências

Ao passo que os dados forem analisados verificar com a SES:

- Causas dos problemas e nós críticos.
- Soluções para os problemas e nós críticos.

**Resultado desejado:**

- Obtenção dos quantitativos de cada medicamento/insumo necessários para o abastecimento 2017/2018.

**Relatoria:** CGAFB e CGSM

### 4.3 Cálculo Programação

A metodologia de cálculo final para a sugestão de abastecimento para 2017/2018 baseou-se na observância do CMA/CMM menos (Estoques + quantitativos a receber). Isto sugeriu uma programação para os próximos 12 meses. Foi acrescido + 5 meses baseado no consumo médio mensal para que a cobertura ocorra com um estoque de segurança. As validades de cada método contraceptivo foram avaliadas, medicamentos vencidos ou próximos a vencer foram descartados da análise. A programação de um estoque de segurança foi avaliada considerando a reserva de recursos financeiros, muitas vezes escassos e também em razão dos fatores que interferem no processo de aquisição, tais como: demora no processo licitatório, distância geográfica, tempo médio na reposição de estoques e periodicidade das aquisições.

## **5. RESULTADOS/DISCUSSÃO**

Na perspectiva de qualificação do processo de programação dos medicamentos do Programa Saúde da Mulher foram realizadas videoconferências com as 74 localidades receptoras diretas destes medicamentos/insumos. Estas videoconferências foram distribuídas entre os técnicos da CGAFB/DAF conforme regiões político-administrativas. Para a região Nordeste foram realizadas videoconferência que englobou 20 Localidades, sendo elas: o estado de Alagoas e município de Maceió, estado da Bahia e municípios de Salvador e Feira de Santana, estado do Ceará e município de Fortaleza, estado do Maranhão e município São Luís, estado da Paraíba e município de João Pessoa, estado do Pernambuco e municípios de Recife e Jaboatão dos Guararapes, estado do Piauí e município de Teresina, estado do Rio Grande do Norte e município de Natal, estado de Sergipe e município de Aracajú. Em todas as vídeos estavam presentes representantes da assistência farmacêutica e área técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e dos estados e municípios.

Anteriormente existia uma desarticulação entre as áreas assistência farmacêutica e área técnica da saúde da mulher, tanto no ministério da saúde quanto nos estados e municípios, o que repercutia negativamente na execução de suas atividades de planejamento, a partir da reprogramação um resultado positivo foi o reestabelecimento de uma programação em conjunto com a área técnica tornando uma programação mais eficiente da distribuição, além de facilitar o controle dos prazos de validade e possibilitar a manutenção de estoques em quantidades adequadas às necessidades.

Para os estados e municípios da região nordeste listado nesse trabalho, estes apresentaram perfis totalmente diferenciados. Este fato teve como consequência a falta de alguns medicamentos e o excesso de outros, o que incorria em desperdício. A falta de planejamento na produção e distribuição dos medicamentos do programa fazia com que as unidades de saúde recebessem muitos medicamentos com a data de validade próxima ao vencimento, o que promovia grandes perdas, pois todas as unidades encontravam-se abarrotadas destes produtos, impossibilitando inclusive seu remanejamento.

## **5.1 Critérios da Programação**



Historicamente verificam-se alguns problemas em relação a este processo. Neste sentido, antes da contratação dos itens do Programa da Saúde da Mulher foram realizadas uma nova consulta às localidades receptoras do medicamento e os critérios da Programação, foram definidos em conjunto pela CGSM e a CGAFB, ambas as coordenações encaminharam as planilhas em excel via e-mail para as localidades, foram informados também as datas das videoconferências. Um contato telefônico prévio foi realizado com os estados e municípios para explicar a metodologia da planilha e sanar as dúvidas que pudessem ocorrer, estes também poderiam fazer adequações segundo seus critérios e conforme sua necessidade.

A Programação de medicamentos é um conjunto de atividades que têm por objetivo garantir o acesso da população de uma região ou da clientela de uma instituição à terapêutica medicamentosa em quantidade e qualidade adequadas, pela determinação das necessidades descrição e classificação das diferentes doenças e compatibilização destas com os recursos disponíveis. Seu produto deve ser um planejamento acurado das quantidades de todos os produtos necessários à terapêutica medicamentosa de uma região ou instituição, e das prioridades que as limitações de recursos impõem. (Pereira 2016).

Segundo Marin et al. (2003), a programação é uma atividade associada ao planejamento; sua viabilidade e factibilidade dependem da utilização de informações gerenciais disponíveis e fidedignas, da análise da situação local Para que seja realizada uma boa programação de medicamentos, alguns aspectos devem ser considerados, como por exemplo: dados populacionais, consumo médio mensal, estoque existente, lista de medicamentos disponíveis pelo município, consumo histórico, registros de movimentação de estoques (entradas, saídas, estoque disponível).

O ato de programar medicamentos apresenta como principal finalidade realizar a estimativa de quantidades por um determinado período de tempo. A programação inadequada reflete diretamente sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. É uma atividade que pertence ao ciclo da Assistência Farmacêutica, que apresenta relação direta com o nível de acesso aos medicamentos e com o nível de perdas desses produtos.(Brasil, 2006).

Não há um método único e nem tampouco um ótimo a ser adotado para a programação. Dentro dos limites a orientação fundamental é considerar o consumo

histórico, a morbidade e os esquemas de padronização terapêutica adotados. O consumo histórico nos oferece projeções mais precisas, mas embute todos os vícios passados de seleção, aquisição, prescrição e dispensação; a morbidade delimita as necessidades reais, mas invariavelmente tem limitações sérias na qualidade das informações. A padronização dos tratamentos, por sua vez, permite a transformação dos dados sobre necessidades terapêuticas em quantidades de medicamentos, mas enfrenta as dificuldades inerentes à previsão de procedimentos padronizados para uma realidade muito variável e dinâmica. (Brasil, 2006).

Uma programação ascendente é aquela que leva em consideração os aspectos e características locais, facilitando que a demanda seja atendida de forma mais fidedigna.

## **5.2 Dados da programação 2017/2018 dos Métodos Contraceptivos.**

Os índices de gastos dos métodos contraceptivos do programa saúde da mulher são apresentados nos gráficos abaixo. A partir da reprogramação, o índice de valor total gastos para os anticoncepcionais apresentou considerável queda. Percebe-se que os valores em reais e os quantitativos a serem contratados caem no decorrer do período analisado ao se compararem, por exemplo, com a programação anterior. Além disso, o custo total da programação realizada anteriormente foi 70% superior ao verificado frente aos dados da reprogramação. Estes resultados podem ser consequência, conforme sugerido, das alterações promovidas pelo Ministério da Saúde no processo de programação, aquisição e controle destes medicamentos. Contudo logrou-se uma redução no valor total da aquisição dos medicamentos. Dessa forma, sugere-se que houve ganhos de eficiência nas licitações de compras de métodos contraceptivos para o programa saúde da mulher.

Foram identificadas as situações-problema na programação como: falta de regularidade nas entregas dos medicamentos, alguns municípios não possuíam dados reais do Consumo Médio Anual/ mensal, estoques altos dos métodos contraceptivos e medicamentos a vencer, falta de um POP para a programação dificuldade o abastecimento equânime, falta de interlocução entre as áreas técnica da Saúde da Mulher e Assistência Farmacêutica na elaboração da programação, falta de ações de política para ampliação do acesso ao métodos contraceptivos, falta

de um sistema informatizado, falta de profissionais qualificados nas assistências farmacêuticas e áreas técnicas, constatou-se também que em muitos desses locais não há um profissional responsável pela programação de necessidades de medicamentos essenciais, a qual vem sendo realizada sem a orientação técnica.

A seguir estão apresentadas a programação inicial e a programação revisada e validada nas reuniões por videoconferências da região Nordeste . O preço de referência citado nas tabelas trata-se do valor correspondente das últimas aquisições efetuadas pelo ministério da saúde no ano de 2016.

#### **5.2.1 Anticoncepcional hormonal injetável mensal, Valerato de estradiol + Enantato de Noretisterona.**

Os medicamentos injetáveis são responsáveis por maior parte do gasto da União com contraceptivos. Para a região Nordeste no total foram destinados R\$ 12.460.683,25 milhões de injetável mensal que corresponde 36,87 % do valor total em reais.

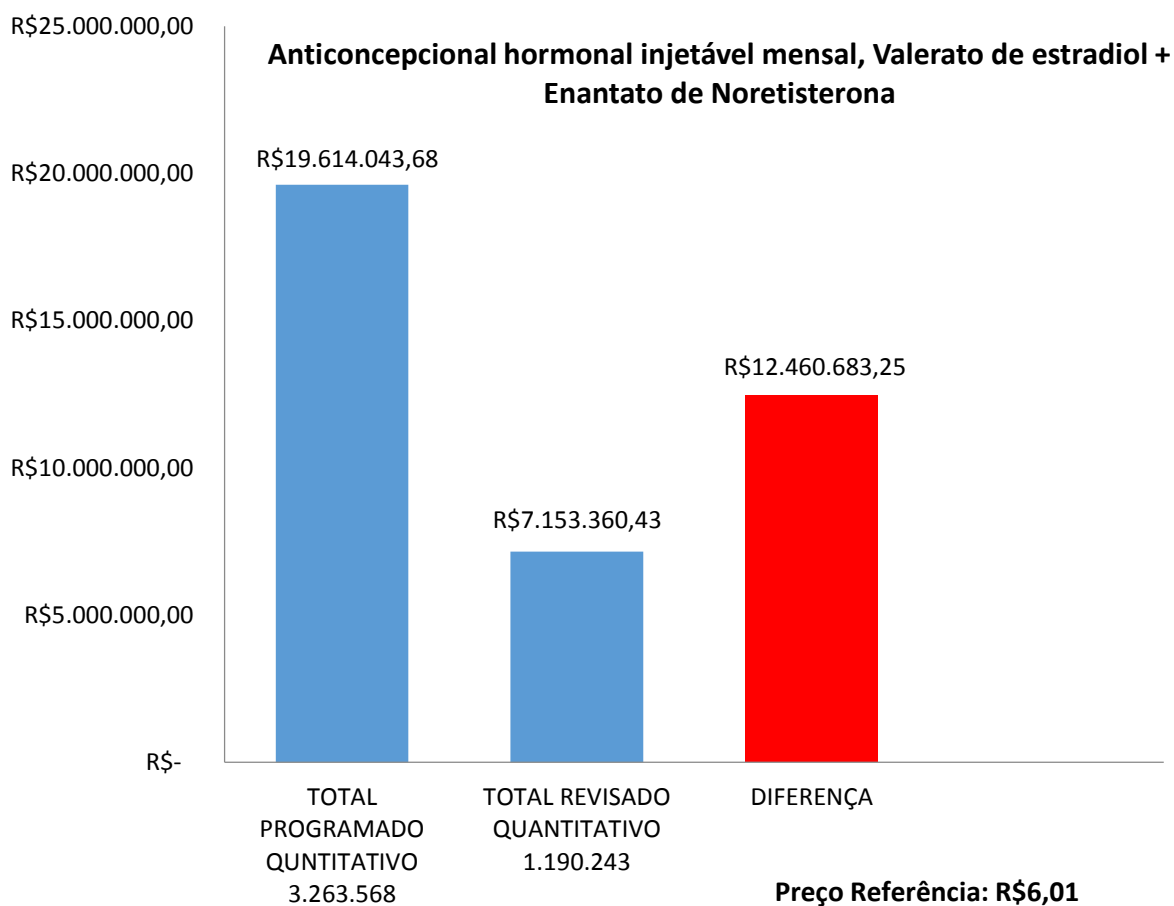


Gráfico 1 - Programação região nordeste Injetável Mensal.

Após avaliação dos estoques e consumo médio mensal do injetável mensal, região teria estoque suficiente para abastecimento da rede pelo período de um ano e cinco meses. Desta forma, não se fez necessário a entrega de algumas das parcelas pendentes provenientes dos contratos vigentes na época e ainda teriam estoque excedente para ser remanejado para outras localidades.

### 5.2.2 Anticoncepcional hormonal injetável trimestral, Acetato Medroxiprogesterona.

Analisando os valores da Medroxiprogesterona , verifica-se queda o valor passou de 4.835.908,34 para 1.482.119,10 o que representa uma queda de 31% em relação ao valor programado anteriormente.

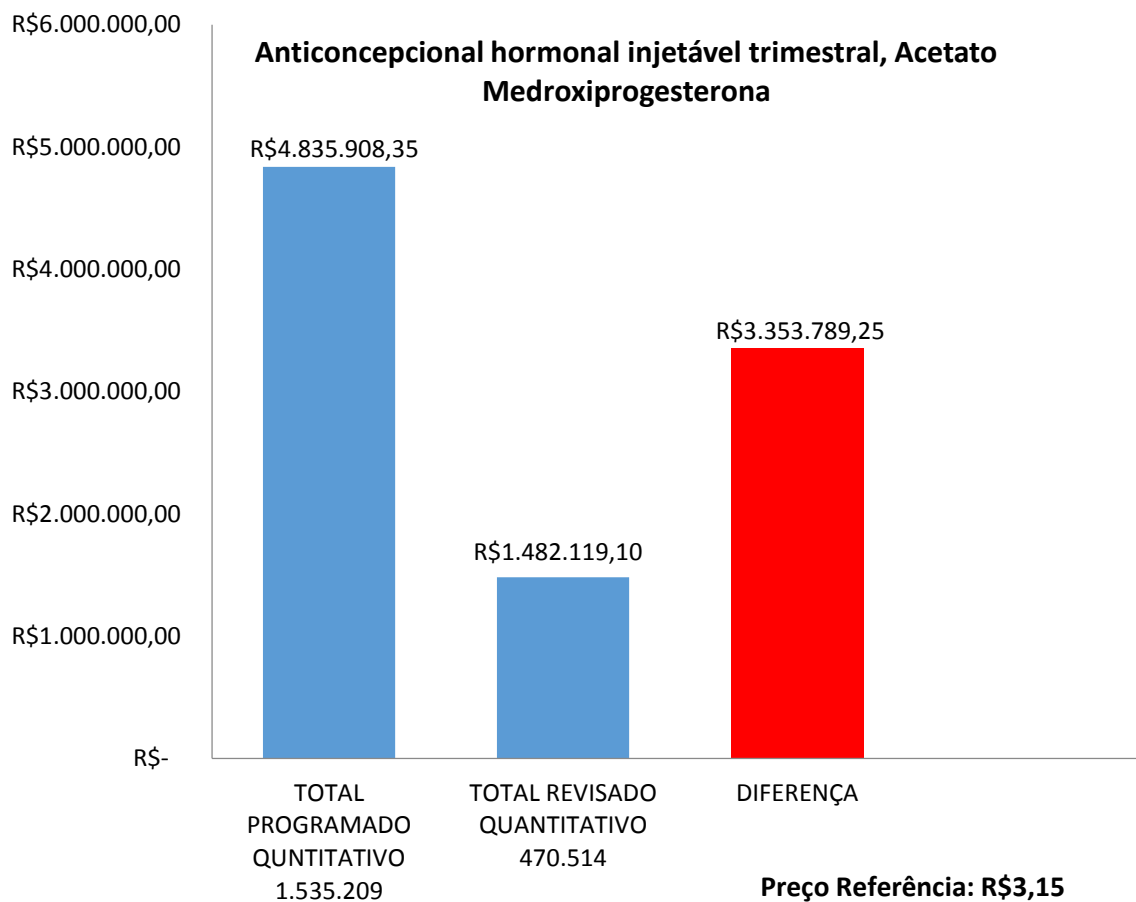


Gráfico 2 - Programação região nordeste Injetável Trimestral

Apesar de relatado que houve um aumento de mulheres que migraram para o uso dos métodos contraceptivos injetáveis assim reduzindo o consumo de anticoncepcionais orais principalmente pílula combinada na região nordeste, mesmo após avaliação dos estoques e consumo médio mensal do injetável trimestral, a região possuía estoque suficiente para abastecimento da rede pelo período de um ano e cinco meses. Desta forma, não se fez necessário a entrega de algumas das parcelas pendentes provenientes dos contratos vigentes na época e ainda teriam estoque excedente para ser remanejado para outras localidades.

### 5.2.3 Anticoncepcional oral, Noretisterona (Minipílula).

A minipílula foi o medicamento que apresentou a menor variação entre os valores anteriormente programados frente ao reprogramado entre os contraceptivos orais adquiridos.

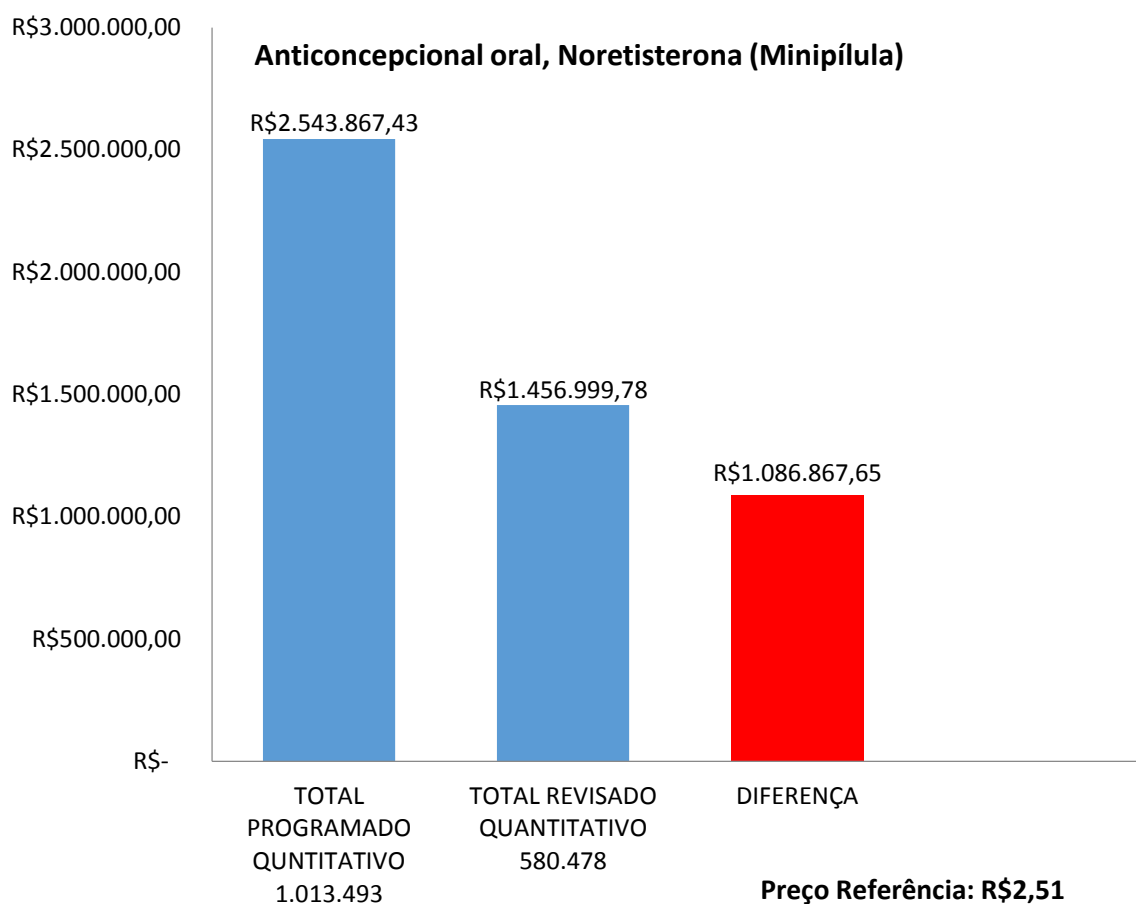


Tabela 03 - Programação região nordeste Minipílula

Após avaliação dos estoques e consumo médio mensal da minipílula, a maioria encontrou-se com estoque suficiente para abastecimento da rede pelo período de um ano e cinco meses. Desta forma, não se fez necessário a entrega de algumas das parcelas pendentes provenientes dos contratos vigentes na época e ainda teriam estoque excedente para ser remanejado para outras localidades. Somente 1 estado da região solicitou um quantitativo maior que o programado anteriormente devido à perda de estoque por validade vencida.

#### 5.2.4 Anticoncepcional oral, combinado Levonorgestrel + Etinilestradiol.

A pílula combinada é medicamento que possui maior prevalência de uso no Brasil (44,2%) (BRASIL, 2016). Para a região nordeste a prevalência de uso representa 69% do total reprogramado.

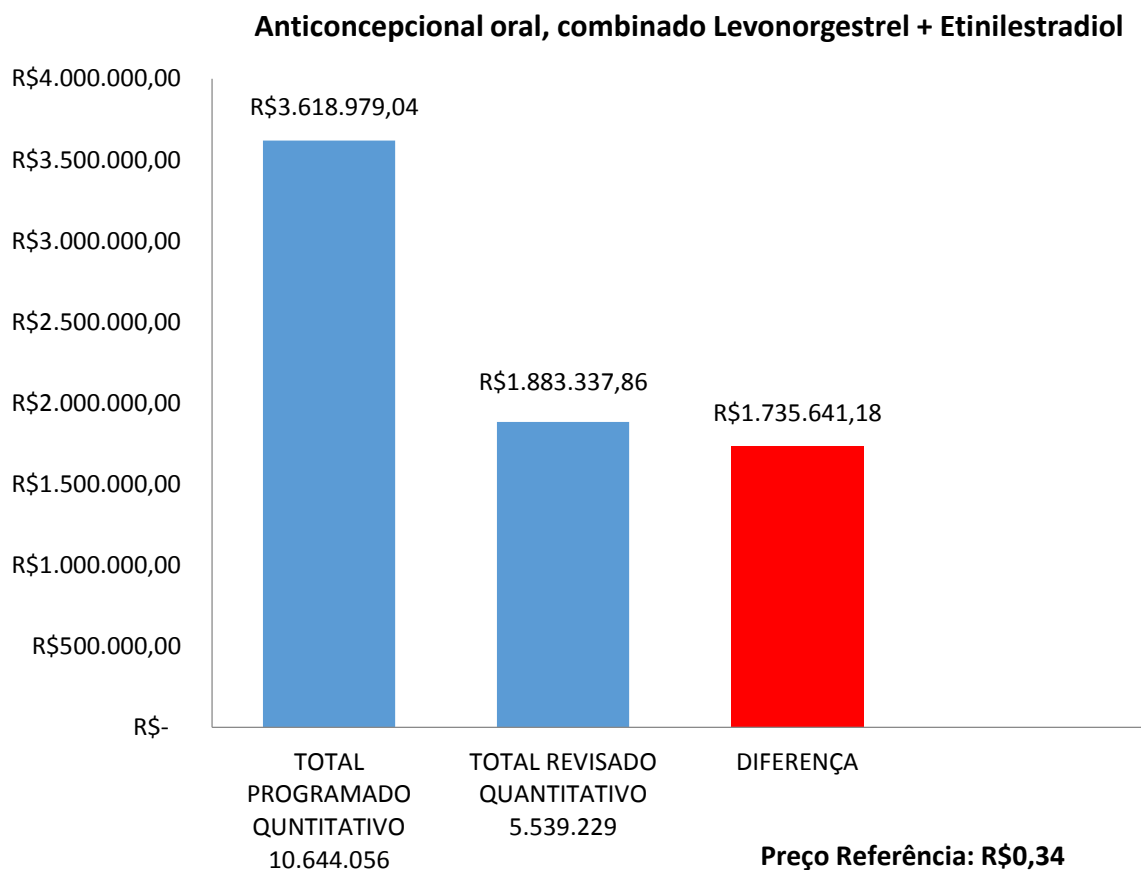


Gráfico 04 - Programação região nordeste pílula combinada.

Após avaliação dos estoques e consumo médio mensal da pílula combinada, a região encontraram-se com estoque suficiente para abastecimento da rede pelo período de um ano e cinco meses. Desta forma, não se fez necessário a entrega de algumas das parcelas pendentes provenientes dos contratos vigentes na época e ainda teriam estoque excedente para ser remanejado para outras localidades.

### 5.2.5 Anticoncepcional oral de emergência, Levonorgestrel.

Para o medicamento Levonorgestrel, utilizado para contracepção após relação sexual desprotegida, a quantidade reduz abruptamente, Q pílula de emergência foi o medicamento contraceptivo com menor percentual de disponibilidade no Brasil (58,2%) (BRASIL, 2016).

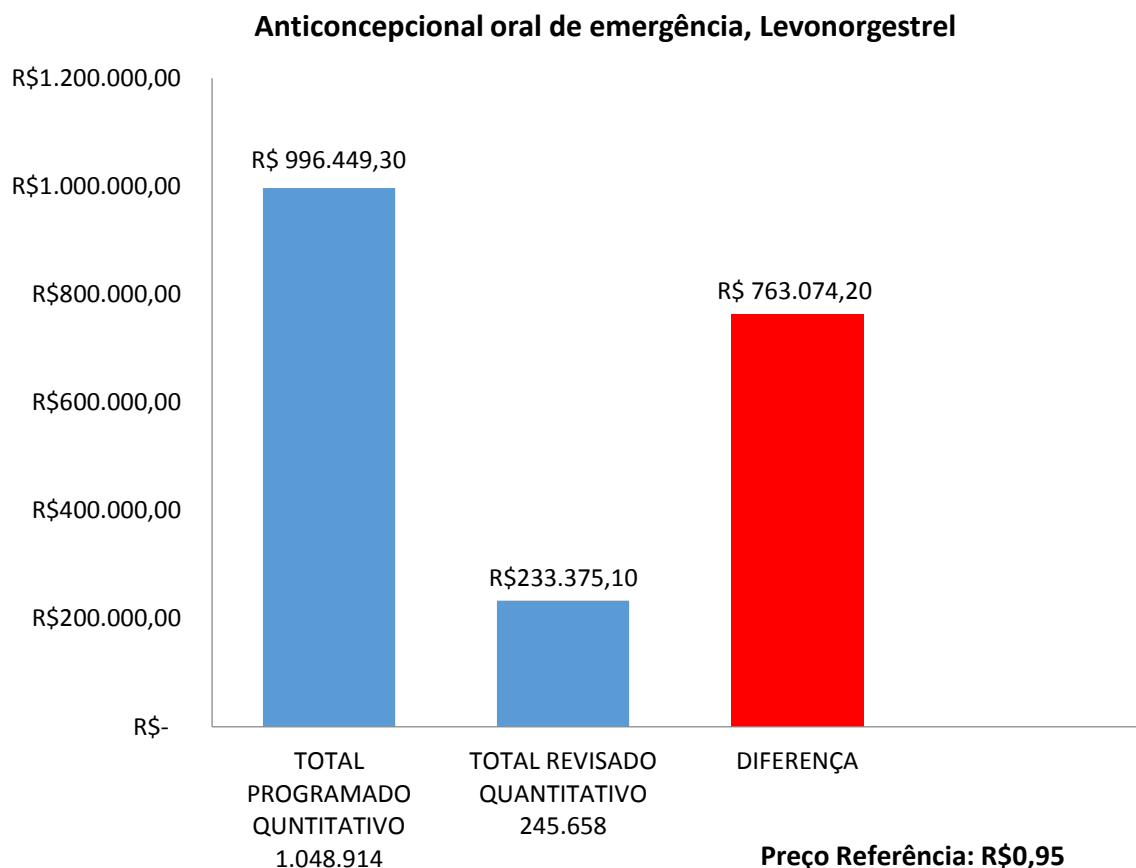


Gráfico 05 - Programação região nordeste pílula de emergência.

Os estados informaram que para este medicamento há um baixo consumo por não haver uma adoção de estratégias locais quanto a ampliação e oferta para o uso desse método o que traz prejuízos econômicos e sociais, por isso foi pactuado que as áreas técnicas da saúde das mulheres de todas as localidades propusessem ações quanto ampliação do uso. Foi informado pela área técnica do Ministério da Saúde o protocolo para utilização da pílula de emergência onde para a dispensação do Levonorgestrel, não será exigida receita médica, podendo os (as) enfermeiros(as)



disponibilizarem a contracepção de emergência na ausência do médico e posterior encaminhamento da usuária às ações de planejamento reprodutivo.

Algumas localidades relataram que tiveram grandes perdas de estoque deste medicamento resultante da validade já vencida.

### 5.2.6 Síntese dos dados

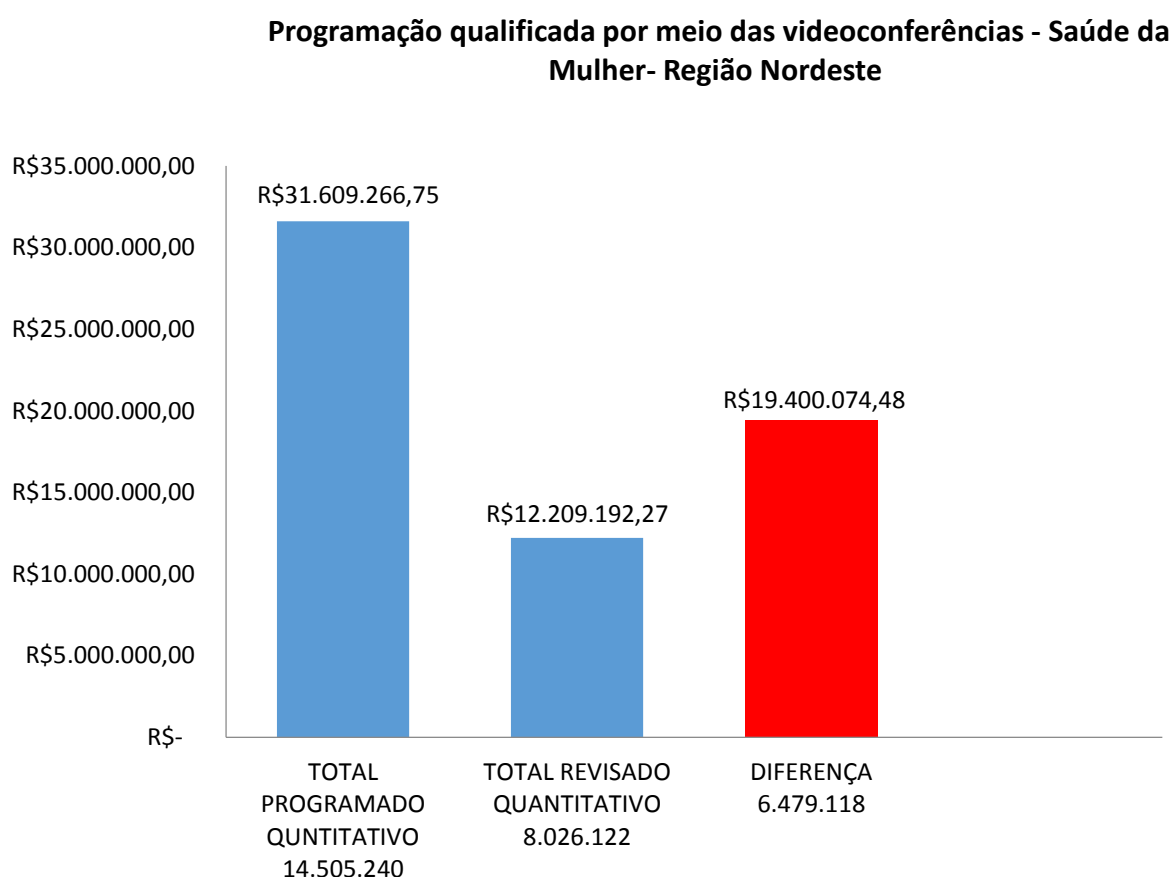


Gráfico 06 –Quantitativo total dos MCCs programa saúde da mulher

Deste modo, considerando os resultados apresentados, houve uma redução de mais de 19 milhões de reais nas compras centralizadas de métodos contraceptivos pela união. Com um trabalho mais articulado entre as áreas responsáveis pela programação, verificamos que a promoção a qualificação do planejamento das programações visa a garantia do acesso e a otimização dos recursos federais.

Para isso, precisamos de uma AF eficiente, de trabalhadores implicados com o processo de trabalho, do acesso aos medicamentos e insumos estratégicos de forma racional, de um sistema de informação confiável, de um bom planejamento de ações e de monitoramento e avaliação de resultados. Nesse sentido, o HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica é uma ferramenta proposta pelo governo federal para cumprir esta função.

Em geral o processo de programação, em sua etapa final, deve adequar seus resultados aos recursos existentes. Entretanto, apenas um processo contínuo e bem elaborado de programação permitirá negociações em bases mais racionais sobre a destinação de recursos para medicamentos.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, foi feito um exercício inicial para avaliar se houve eficiência na programação, para a aquisição de medicamentos do programa saúde da mulher. Os resultados mostraram redução de mais de 19 milhões de reais nas compras centralizadas de métodos contraceptivos pela União, quando houve processo de programação com validação conjunta do Ministério com gestores estaduais e municipais do Nordeste.

Os achados apresentados sugerem houve eficiência na medida em que as quantidades apresentadas inicialmente foram revistas e ajustadas na validação entre os diferentes entes federados. No entanto, como não foram analisadas outras dimensões que permitam identificar se as compras atenderam de fato as necessidades da população dos municípios, pode-se inferir apenas que a validação impactou redução de gastos significativa. Ademais, estudos sobre os custos da dispensação são fundamentais nesse processo pois despesas com pessoal, logística dentre outras podem variar muito entre os municípios do país, sendo o preço de aquisição apenas um dos componentes deste custo.

A Assistência Farmacêutica representa hoje uma das áreas com maior impacto financeiro no âmbito do SUS e, de uma forma geral, também é uma realidade nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e sua gestão neste âmbito se reveste de fundamental importância. A demanda por medicamentos é crescente e

as tendências não apontam para alterações nesta área. A disponibilização destes insumos envolve um aporte elevado de recursos financeiros e a ausência de um gerenciamento efetivo pode acarretar grandes desperdícios dos mesmos, que podem ser considerados como cruciais (MSH, 1997).

Logo, é imprescindível que esta área seja gerenciada adequadamente, entendendo que gerenciar é alcançar resultados por meio de pessoas, utilizando eficientemente os recursos disponíveis. A qualificação do gerenciamento da Assistência Farmacêutica é possível a partir do planejamento, da organização e da estruturação do conjunto das atividades desenvolvidas, visando aperfeiçoar os serviços ofertados à população.

Segundo Oliveira LCF et al. 2008, mulheres que referiram ter indicação para usar métodos contraceptivos, mas que não estavam usando por dificuldade financeira ou falta de disponibilidade. Cerca de 60,6% das mulheres informaram terem pagado pelo contraceptivo, com maior percentual na Região Centro-Oeste, 70,9%, e menor na Nordeste, 56,7%. O que sugere problemas na assistência farmacêutica.

Nesta perspectiva, a Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica tem um papel fundamental para o melhoria ampliação do acesso de forma eficiente, o que passa pela otimização dos processos de programação e compras. Procedimentos e fluxos são ferramentas essenciais para qualificar a gestão e para atingir tal propósito torna-se necessário estar articulado com um conjunto de mudanças culturais, de processo de trabalho, de organização de serviços, de modo que efetivamente contribua para além da gestão da informação.

Foram relatadas por alguns estados e municípios nas videoconferências a ausência de um POP para a programação o que pode desencadear erros sucessivos na programação, em um estudo feito por Gerlack LF et al mostrou a ausência de POP para seleção, programação e aquisição de medicamentos em cerca de 50% da amostra, a deficiência nesses processos pode desencadear erros que irão refletir em perdas e desperdícios de recursos públicos, impactando no acesso da população aos medicamentos e dificultando à garantia de integralidade da assistência à saúde, um dos princípios do SUS, isso pode revelar a dimensão problema da gestão nesses processos.

Após as análises deste trabalho, é possível observar que a Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica – CGAFB, dentro de suas atribuições, deve participar ativamente no processo de programação dos medicamentos do Programa Saúde da Mulher juntamente com a área técnica de saúde da mulher.

A análise dos resultados relativos à dimensão da programação evidenciou alguns avanços, no que diz respeito a iniciativas para promoção do envolvimento e da participação das áreas, assistência farmacêutica e área técnica da Saúde da mulher no processo de planejamento. A participação ainda se dá de forma restrita e com poucas iniciativas próprias do nível estadual e municipal. Os resultados indicam que a programação realizada de forma articulada pode se traduzir em redução de gastos para o SUS.

## **7 . REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AUREA, A. P. et al. Compras federais de medicamentos da assistência farmacêutica: evidências recentes. *Radar*, Brasília, DF, n. 9, p. 12-18, ago. 2010.

Brasil 1990 - Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 20 set 1990; Seção 1:18055.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 01, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 02, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 03, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS : orientações básicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1190-1.*

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Componente populacional : resultados / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016b. 52 p. : il. – (Série Pnaum – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil ; Caderno 3)

Bruns SF, Luiza VL, Oliveira EA. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. Rev Adm Publica. 2014;48(3):745-65.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (<http://portalfns.saude.gov.br/>) Acesso em : Maio 2018.

Gerlack LF, Karnikowski MGA, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Álvares J, et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 2:15s.Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Brasília (DF); 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH). Managing Drug Supply: the selection, procurement, distribution and use of pharmaceuticals. 2nd. ed. West Hartford: Management Sciences for Health; World Health Organization (Col.): Kumarion Press, 1997.

Marin N, Luzia VL, Osório de Castro CGE, Machado dos Santos S, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS; 2003.

Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília (DF); 2014. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; caderno 1).

Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Assistência farmacêutica na saúde da mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1058-sctie-raiz/daf-raiz/componente-basico-da-assistencia-farmaceutica/l4-componente-basico-da-assistencia-farmaceutica/15078-saude-da-mulher>

Ministério da Saúde. Portaria 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, p. 18.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Componente Populacional: resultados*. Série PNAUM – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil. Brasília, 2016.

Oliveira LCF, Assis MMA, Baborni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Rev. Ciência e Saúde Coletiva 15 (Supl.3) 2008.

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 e Saúde Coletiva, [S.l.], v. 15, p. 351-357, 2010.

Souza GS, Costa EA, Barros RD, Pereira MT, Barreto JL, Guerra Junior VIEIRA, F.S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009.

Souza GS, Costa EA, Barros RD, Pereira MT, Barreto JL, Guerra Junior AA, et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. Rev Saude Publica. 2017; 51 Supl 2:7s.

## 8. ANEXOS

<b>Anticoncepcional hormonal injetável mensal, Valerato de estradiol + Enantato de Noretisterona, 5mg + 50mg/1 ml.- ampola</b>		
<b>ESTADO</b>	<b>TOTAL PROGRAMADO</b>	<b>TOTAL REVISADO ( Víde conferência)</b>
Alagoas	31.083	31.083
Bahia	1.391.936	24.000
Ceará	326.400	7.234
Maranhão	219.192	219.192
Paraíba	80.468	80.468
Pernambuco	543.353	276.597
Piauí	172.588	172.588
Rio Grande do Norte	361.268	241.801
Sergipe	137.280	137.280
<b>TOTAL</b>	<b>3.263.568</b>	<b>1.190.243</b>
Preço referência	6,01	
	R\$ 19.614.043,68	R\$ 7.153.360,43
		<b>Diferença</b>
		<b>R\$ 12.460.683,25</b>

Tabela 01 – Programação por estatado – injetável mensal – Região Nordeste.

<b>Anticoncepcional hormonal injetável trimestral, IAcetato Medroxiprogesterona 150mg/ml - ampola</b>		
<b>SES/SMS</b>	<b>TOTAL PROGRAMADO</b>	<b>TOTAL REVISADO ( Víde conferência)</b>
Alagoas	13.428	13.428
Bahia	747.840	32.888
Ceará	84.000	0
Maranhão	78.980	78.980
Paraíba	28.280	28.280
Pernambuco	243.779	70.227
Piauí	58.310	58.310
Rio Grande do Norte	233.660	141.469
Sergipe	46.932	46.932
<b>TOTAL</b>	<b>1.535.209</b>	<b>470.514</b>
Preço referência	3,15	
	R\$ 4.835.908,35	R\$ 1.482.119,10
		<b>Diferença</b>
		<b>R\$ 3.353.789,25</b>

Tabela 02 – Programação por estado – injetável trimestral – Região Nordeste.



<b>Anticoncepcional oral, Noretisterona 0,35 mg (Minipílula) calendário com 35 comprimidos.</b>		
<b>SES/SMS</b>	<b>TOTAL PROGRAMADO</b>	<b>TOTAL REVISADO (Vídeo conferência)</b>
Alagoas	59.412	59.412
Bahia	103.731	139.836
Ceará	309.600	0
Maranhão	87.192	87.192
Paraíba	82.832	82.832
Pernambuco	177.696	62.933
Piauí	11.419	11.419
Rio Grande do Norte	100.275	55.518
Sergipe	81.336	81.336
<b>TOTAL</b>	<b>1.013.493</b>	<b>580.478</b>
Preço referência	2,51	
	R\$ 2.543.867,43	R\$ 1.456.999,78
		<b>Diferença</b>
		<b>R\$ 1.086.867,65</b>

Tabela 03 – Programação por estado – minipílula – Região Nordeste.

<b>Anticoncepcional oral, combinado Levonorgestrel + Etinilestradiol, 0,15 mg + 0,03 mg. Calendário com 21 comprimidos.</b>		
<b>ESTADO</b>	<b>TOTAL PROGRAMADO</b>	<b>TOTAL REVISADO (Vídeo conferência)</b>
Alagoas	524.280	524.280
Bahia	4.479.584	794.889
Ceara	978.000	27.056
Maranhão	1.462.188	1.462.188
Paraíba	562.364	562.364
Pernambuco	756.672	1.002.337
Piauí	159.192	159.192
Rio Grande do Norte	1.177.276	462.423
Sergipe	544.500	544.500
<b>TOTAL</b>	<b>10.644.056</b>	<b>5.539.229</b>
Preço referência	R\$ 0,34	
	R\$ 3.618.979,04	R\$ 1.883.337,86
		<b>Diferença</b>
		<b>R\$ 1.735.641,18</b>

Tabela 04 – Programação por estado – pílula combinada – Região Nordeste.

<b>Anticoncepcional oral de emergência, Levonorgestrel 0,75mg. Calendário com 2 comprimidos.</b>		
<b>ESTADO</b>	<b>TOTAL PROGRAMADO</b>	<b>TOTAL REVISADO ( Vídeo conferência)</b>
Alagoas	5.880	5.880
Bahia	695.768	7.657
Ceará	45.492	401
Maranhão	46.872	46.872
Paraíba	23.280	23.280
Pernambuco	95.548	26.805
Piauí	47.950	47.950
Rio Grande do Norte	74.844	73.553
Sergipe	13.260	13.260
<b>TOTAL</b>	<b>1.048.894</b>	<b>245.658</b>
Preço referência	0,95	
	R\$ 996.449,30	R\$ 233.375,10
		<b>R\$ 763.074,20</b>

Tabela 05 – Programação por estado – pílula de emergência – Região Nordeste.