

UMA PROPOSTA DE RENOVAÇÃO DA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS NO SUS: A REGIONALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA E EXPERIÊNCIA PARA SUPERAÇÃO DE DESAFIOS

A proposal for renewal of the selection of medicines at SUS (Unified Health System): regionalization as a strategy and experience for overcoming challenges

Felipe Assan Remondi¹

1. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 17ª Regional de Saúde. Londrina - PR. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3213-1366>

CONTATO: Felipe Assan Remondi | Rua Piuai, 75 | Centro | Londrina | PR | Brasil | CEP 86020-390 | E-mail: felipe.remondi@gmail.com

COMO CITAR Remondi FA. Uma proposta de renovação da seleção de medicamentos no SUS: a regionalização como estratégia e experiência para superação de desafios. R. Saúde Públ. 2018 Jul.;1(1):83-90.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO A escolha e oferta de medicamentos no SUS caracterizam-se como uma importante etapa da Assistência Farmacêutica, com elevado impacto na resolutividade e eficiência da assistência à Saúde. No formato proposto, esta etapa encontra limitações, principalmente em sua operacionalização, que minimizam seus potenciais benefícios. O presente artigo tem por objetivo relatar e discutir uma experiência desenvolvida no âmbito de uma região de saúde para renovar a proposta de seleção de medicamentos com a introdução de ferramentas da Gestão de Tecnologias em Saúde, do conceito de regionalização e de Redes de Atenção. Para tanto, foram desenvolvidas ações em âmbito regional para normatização da prescrição de medicamentos, definição de um modelo e construção das Relações Municipais de Medicamentos, criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica Regionalizada e

mapeamento de necessidades relacionadas a protocolos clínicos. Constitui-se em experiência com resultados concretos e potencial de aplicabilidade em diferentes contextos de organização do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica. Medicamentos Essenciais. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT The selection and supply of drugs in the Brazilian public health system (SUS) is an important step of Pharmaceutical Care, with a high impact on the resolution and efficiency of health care. In the format proposed, this stage has limitations, mainly in its operation, minimizing its potential benefits. This article aims to report and discuss an experience developed within a health region to renew the proposal of drug selection with the introduction of tools for Health Technology Management, the concept of regionalization, and the Healthcare Networks. Thus, actions were regionally developed to define drug prescription standards and a model and construction of Municipal Drug Lists, the creation of a Pharmaceutical and Therapeutic Regional Committee, and mapping of clinical protocols needs. This experience had concrete results and potential of applicability in different contexts of health system organization.

KEYWORDS: Pharmaceutical Services. Drugs, Essential. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a oferta de medicamentos pelo governo à população já supera 45 anos, com seu marco inicial na criação da Central de Medicamentos – CEME em 1971. Ainda que com uma visão reducionista do processo e atrelada a estratégias seletivas de Atenção Primária em Saúde, desde o início o país adota medidas que busquem a racionalização da utilização destes produtos com ações como a publicação de listas oficiais de medicamentos padronizados, em 1975, pelo então Ministério da Previdência e Assistência Social¹.

Com a nova Constituição Federal, promulgada em 1988, a saúde passa a ser reconhecida como direito social e a ser operacionalizada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo o acesso a medicamentos como uma das responsabilidades implícitas do sistema e operacionalizada pela área de Assistência Farmacêutica¹.

Dentre seus eixos, a Política Nacional de Medicamentos – PNM² indicou a reorientação da Assistência Farmacêutica como medida estratégica para promoção do acesso, descentralização da gestão e garantia do Uso Racional de Medicamentos¹⁻³.

Adotando o modelo orientado pela PNM, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF⁴ define a área como “*um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional*”.

Marin e colaboradores⁵ apresentaram o conjunto de ações previstas na Política Nacional no formato de um ciclo encadeado de atividades conhecido como *Ciclo da Assistência Farmacêutica*, composto por: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (prescrição, dispensação e uso). Este modelo vem sendo considerado como principal marco de organização da área por sua visão sistêmica e racionalidade, com a superação do modelo reducionista de oferta de medicamentos vigente até então³.

Ainda que todas as etapas do ciclo sejam igualmente relevantes para os objetivos propostos, a seleção de medicamentos merece especial atenção, pois a partir dela serão desenvolvidas as demais atividades⁵. Segundo o Ministério da Saúde⁶, esta etapa consiste em:

um processo de escolha de medicamentos, baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas.

Este exercício é estratégico do ponto de vista gerencial, clínico e econômico, uma vez que está diretamente relacionado ao conceito de Medicamentos Essenciais e de Uso Racional de Medicamentos, ambos da Organização Mundial de Saúde⁷, influenciando diretamente os resultados terapêuticos dos indivíduos e comunidade por meio de suas principais ferramentas: a Relação de Medicamentos, o Formulário Terapêutico e os Protocolos⁸.

Apesar de sua elevada importância para o SUS e da existência de um modelo para sua operacionalização, a construção da seleção de medicamentos conforme preconizada pelo Ministério da Saúde⁶ enfrenta, na prática, inúmeros desafios que limitam o alcance de sua proposta⁹⁻¹⁰.

A constituição de Comissões de Farmácia e Terapêutica como espaços de centrais para a seleção de medicamentos ainda é um desafio para boa parte dos municípios¹⁰⁻¹¹, abrindo margem para fragilidade sobre a decisão dos medicamentos ofertados, fato que também é alvo de preocupações na esfera estadual de gestão do SUS¹².

Segundo Karnikowski e colaboradores, a existência de Comissões de Farmácia e Terapêutica formalmente constituída foi de 12,5% dos municípios pesquisados no Brasil, sendo que os produtos desta etapa são fortemente baseados na experiência clínica e possui baixa credibilidade entre prescritores¹³.

São reflexos destas fragilidades o baixo conhecimento das relações de medicamentos e adesão pelos prescritores¹⁴, dificuldades na educação permanente, adoção incipiente de condutas baseadas em evidências pelos profissionais⁹ e elevação nas demandas judiciais por medicamentos, inclusive desconsiderando as alternativas terapêuticas disponíveis¹⁵.

Estas e outras situações determinam a elevação nos valores aplicados com a aquisição de medicamentos pelos governos¹¹ e famílias¹⁶, sem que isso se converta em maior disponibilidade dos itens essenciais¹⁷ ou melhores resultados terapêuticos, especialmente em doenças crônicas¹⁸.

Frente ao presente desafio, o presente artigo tem por objetivo relatar e discutir as estratégias adotadas no âmbito de uma região de saúde do Estado do Paraná para renovação do processo de seleção de medicamentos para efetivação da Assistência Farmacêutica e do SUS.

RELATO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

Na última década, com maior consistência a partir de 2010, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações específicas para o fortalecimento de seu papel gerencial sobre tecnologias em saúde, com a publicação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde¹⁹ e com a aprovação da Lei nº 12.401/2011 que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS²⁰.

Define-se “gestão de tecnologias em saúde como o conjunto de atividades gestoras relacionado com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde”¹⁹.

Ao considerar que o medicamento e outros insumos são tecnologias em saúde, a adoção dos conceitos da política nacional é de fundamental importância para garantir que os recursos sejam empregados da forma mais efetiva e equitativa possível¹⁹, sendo esta nova definição muito próxima, se não substitutiva ou complementar, dos modelos da etapa de seleção de medicamentos no ciclo da Assistência Farmacêutica⁶.

A partir da necessidade de aprofundamento das discussões sobre seleção de medicamentos

e suas limitações, o conceito de Gestão de Tecnologias em Saúde e os reflexos dos novos marcos legais sobre o acesso a medicamentos no SUS, em agosto de 2015, foi realizada uma oficina de trabalho com os farmacêuticos da Regional de Saúde e dos municípios de abrangência para discussão da temática.

A oficina contou com a presença de 38 profissionais farmacêuticos, incluindo residentes e graduandos da área de farmácia, perpassando os assuntos: conceito de medicamentos essenciais e gestão de tecnologias em saúde, utilização da curva ABC de consumo regional como instrumento de avaliação do Uso Racional de Medicamentos, novos marcos legais sobre acesso a medicamentos no SUS, a importância e formato ideal para uma Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

Para que os temas discutidos pudessem ganhar o formato de ações concretas, o Grupo de Trabalho em Assistência Farmacêutica (GT) da Comissão Intergestores Bipartite Regional retomou e aprofundou as discussões levantadas, traçando estratégias de enfrentamento daquilo que já havia considerado como o principal conjunto de problemas para os municípios da região: "Falta de Relação Municipal de Medicamentos; Falta de Comissão de Farmácia e Terapêutica; Oferta de itens fora da RENAME; Falta de Protocolos Clínicos."

O conjunto de problemas descrito e sua persistência em municípios de distintos portes, como observado no âmbito local, reforçam que mesmo com mais de 15 anos de discussão e implementação do Ciclo da Assistência Farmacêutica e da seleção de medicamentos⁵, novas estratégias são necessárias, sendo que as mesmas não estão contempladas, necessariamente, nos modelos até então operacionalizados.

Isso significa dizer que os objetivos e potenciais contribuições da seleção de medicamentos permanecem atuais e extremamente necessários para a assistência à saúde⁵⁻⁶. Todavia, encontra na dificuldade de operacionalização das Comissões de Farmácia e Terapêutica uma importante limitação¹¹, especialmente em municípios de menor porte, que apresentam dificuldades que vão desde

a disponibilidade de profissionais com perfil e capacitação, até pressões para o fornecimento de um número de produtos superior ao que seria eficientemente necessário.

A partir da combinação dos novos marcos legais do SUS¹⁸⁻¹⁹, da proposta de organização de Redes de Atenção à Saúde²² e das novas abordagens e ferramentas oriundas da Gestão de Tecnologias em Saúde¹⁹, o GT identificou na estratégia da regionalização um caminho possível para renovação da seleção de medicamentos, propondo as seguintes estratégias de ação²³:

- Propor uma minuta de deliberação que discipline e uniformize o acesso a medicamentos no âmbito das unidades da Regional de Saúde;
- Propor uma minuta de deliberação que padronize o formato de organização das Relações Municipais de Medicamentos – REMUME e viabilize a organização de uma Relação Regional de Medicamentos – REREME;
- Instituir uma comissão regionalizada para gestão de tecnologias em saúde ou de farmácia e terapêutica – CFT- Regionalizada;
- Traçar estratégias para adaptação, uniformização e implementação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) para doenças de maior importância na Atenção Básica.

O conceito de regionalização encontra fundamento no Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, que aponta como região de saúde um conjunto de municípios que contenha e compartilhe um mínimo de ações e serviços de saúde para estruturar as Redes de Atenção à Saúde. São as Redes de Atenção, no conjunto regional de municípios, que devem materializar a integralidade da assistência, permitindo que o usuário satisfaça suas necessidades em saúde²¹.

Esta articulação intermunicipal, com pensamento integrado em redes e definição de normas comuns aos distintos municípios, com

colaboração de todas as secretarias de saúde, se denomina regionalização.


Por englobar pontos de atenção e farmácias em distintos municípios, as normas de operacionalização destas redes são definidas em comissões que envolvem os gestores municipais, estaduais e federais²¹ para possibilitar que os pontos operem de maneira integrada e contínua. A ideia de articulação, uniformização e continuidade da assistência não só pode, mas deve ser aplicada à organização da Assistência Farmacêutica para permitir sua plena integração ao sistema de saúde³.

A primeira ação proposta pelo GT foi publicada no formato de uma Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIB-Regional)²⁴ para efeitos de normatização nos municípios²¹. Esta deliberação se fundamenta no fato de que a produção da prescrição e a dispensação do produto podem ocorrer em pontos distintos da rede, em um ou mais municípios e, portanto, são necessárias normas uniformes no âmbito da região de saúde para assegurar o acesso tempestivo dos usuários aos medicamentos, sem idas e vindas para sanar dificuldades técnicas ou burocráticas que atrasam, desviam ou impedem a obtenção dos medicamentos no SUS²⁴.

Além de orientar os prescritores e dirimir detalhes acerca dos parâmetros de aceitabilidade de uma prescrição no contexto do SUS, um dos principais avanços que a deliberação apresenta é um formulário para registro de não conformidades na dispensação (figura 1)²⁴. Esta proposta reforça a farmácia como um ponto da Rede de Atenção, cabendo a ela não só o fornecimento de medicamentos e orientações, mas o exercício da educação continuada dos prescritores e estímulo à adoção da Relação de Medicamentos e dos Protocolos Clínicos.

Paralelamente à definição das normas de prescrição, o GT propôs um formato uniforme para as Relações Municipais de Medicamentos (REMUME), baseado na oficina realizada previamente com todos os profissionais da regional, com a publicação de uma Deliberação da CIB-Regional²³.

Tabela 1. Formulário de registro de não conformidade na prescrição a ser adotado pelos municípios no âmbito de uma região de saúde do Paraná²⁴.

	FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO AO PRESCRITOR
Prezado(a) Prescritor(a): Esta receita está em desacordo com a Deliberação CIB-Regional nº _____, a Portaria SVS nº 344/1998 e/ou RDC ANVISA nº 20/2011. Pedimos a gentileza de considerar as observações assinaladas:	
<input type="checkbox"/>	Prescrição não vinculada à Rede SUS
<input type="checkbox"/>	Não consta data de emissão
<input type="checkbox"/>	Não consta dosagem ou concentração do fármaco
<input type="checkbox"/>	Não consta duração do tratamento
<input type="checkbox"/>	Não constam dados pessoais do usuário
<input type="checkbox"/>	Não consta a forma farmacêutica
<input type="checkbox"/>	Não consta a identificação da Unidade Emitente
<input type="checkbox"/>	Não consta a identificação do prescritor
<input type="checkbox"/>	Prescrição ilegível
<input type="checkbox"/>	Medicamento não consta na REMUME ou listas suplementares
<input type="checkbox"/>	Medicamento não prescrito pela DCB (nome genérico)
<input type="checkbox"/>	Notificação de receita desacompanhada da prescrição
<input type="checkbox"/>	Não consta a posologia
<input type="checkbox"/>	Prescrição com rasuras ou emendas
<input type="checkbox"/>	Validade da receita expirada
Nome do dispensador: _____	
Assinatura: Data: ___/___/____	

A construção de REMUMEs com formato uniforme tem por objetivo apoiar os municípios na composição de suas listagens e, em um segundo momento, possibilitar a organização de uma Relação Regional de Medicamentos²³ que indique os itens comuns a todos os municípios. A relação regional é destinada para os prescritores de pontos de atenção que atendam pacientes

de múltiplos municípios, além de possibilitar uma discussão integrada sobre as diferenças de itens ofertados entre os municípios e eventuais lacunas assistenciais.

Buscando um formato que propicie o melhor entendimento e abranja todas as informações necessárias para os prescritores, gestores e órgãos do poder executivo, legislativo e judiciário, o modelo uniforme de REMUME relaciona os fármacos dos três componentes da Assistência Farmacêutica, apresentando-os de acordo com sua categoria terapêutica, Protocolo Clínico ou Programa ao qual está vinculado²³. Traz ainda informações de suporte com detalhes sobre acesso ao Componente Especializado, orientações gerais sobre a organização do SUS e das normas de prescrição adotadas no âmbito regional²³. Constitui-se, portanto, como referência unificada para os prescritores e gestores do sistema.

Para apoiar a construção das REMUMEs, o GT, por meio da Regional de Saúde, firmou parceria com o CRF-Jr de instituições de ensino locais, simplificando o processo de trabalho dos municípios. Após conclusão da formatação, os documentos foram submetidos para revisão dos gestores municipais, apreciação pelos respectivos Conselhos de Saúde e impressão em quantidade mínima para cada consultório do município, asseverando a legitimidade e ampla divulgação dos mesmos.

A terceira proposta, que visa à instituição de um comitê regionalizado para a seleção de medicamentos ou tecnologias em saúde, se concretiza como uma das medidas com maior potencial para superar as dificuldades e limitações relacionadas à seleção de medicamentos, visto que possibilita a integração e colaboração dos municípios para organização de uma comissão que, sozinhos, possivelmente não teriam plenas condições. Por seu caráter consultivo, não interfere a autonomia decisória do gestor, além de complementar os trabalhos das comissões que alguns municípios já possuem.

Embora a lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, aponte como atribuição do Ministério da Saúde,

assessorado pela Comissão Nacional de Tecnologias do SUS (CONITEC), a incorporação, exclusão ou alteração de novas tecnologias, bem como de constituição ou alteração de Protocolos Clínicos, ela não restringe essas atividades à esfera federal²⁰.

Uma comissão regionalizada permite um olhar sobre as peculiaridades da região de saúde, suprimindo deficiências e reforçando o arcabouço instituído, por exemplo, com a identificação e com apoio para peticionamento de demandas relevantes à própria CONITEC.

A partir da proposição de uma deliberação que aprove sua criação e regimento interno, o comitê regionalizado poderá atuar no âmbito específico da Assistência Farmacêutica ou das Tecnologias como um todo, tendo por objetivo: a sistematização de solicitações de novas tecnologias/medicamentos; emissão de pareceres e recomendações, incluindo sobre a retirada ou alteração dos produtos já ofertados nas REMUME/REME; organização de demandas à CONITEC; definição de Protocolos Clínicos e Protocolos de Uso; ações de educação permanente; atendimento a demandas de órgãos do poder legislativo e judiciário; bem como outras ações necessárias para promoção do Uso Racional de Medicamentos.

No bojo das ações propostas, a CFT-Regionalizada mostra-se como uma estratégia que possibilitará que o processo de seleção de medicamentos ocorra de forma permanente e dinâmica, agregando a colaboração de outros atores como universidade e associações profissionais para todos os municípios da região.

Para além das relações de medicamentos, duas importantes ferramentas para Gestão da Clínica²² e para o Uso Racional de Medicamentos são os Protocolos Clínicos e os Protocolos de Uso²⁵, sendo inclusive de observância obrigatória no SUS e prioritária frente às Relações de Medicamentos²¹.

Ao passo em que o protocolo clínico tem foco em uma condição de saúde, estabelecendo, por definição, medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como para situações de falha terapêutica ou de falta de

segurança²⁰. Os Protocolos de Uso, por sua vez, referem-se a critérios, parâmetros e padrões para a utilização de uma tecnologia específica em determinada doença ou condição²⁵.

Por meio da CONITEC o Ministério da Saúde publica e atualiza diversos protocolos, no entanto muitas condições ainda carecem de melhor regulamentação ou se tratam de situações locais que acabam não sendo objeto de análise da CONITEC²⁵. Sob esta lacuna, que impacta diretamente na assistência à saúde nos municípios, pretende-se constituir protocolos regionais para situações relevantes.

Ainda que dependente do comitê regional, o GT tem procurado pautar junto aos secretários situações que poderiam ser beneficiadas pela elaboração destes documentos. Até o momento foi possível a identificação de ações para qualificação do cuidado na Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em complementação às linhas guias já definidas no Estado, na definição de normas de uso para tiras reagentes de glicemia capilar, do metilfenidato e do omeprazol, bem como apoio ao pleito de nova avaliação pela CONITEC, devendo estes assuntos serem priorizados nos trabalhos futuros da CFT-Regionalizada.

CONCLUSÕES

A essência da seleção de medicamentos – proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos – permanece atual e necessária para o aprimoramento do sistema frente ao cenário epidemiológico e de inovação tecnológica atual.

Passados mais de 15 anos das propostas e modelos iniciais sobre o tema, é imperiosa, no entanto, a renovação da forma de pensar e operacionalizar a seleção de medicamentos no SUS, com a introdução de conceitos e ferramentas relacionadas à Gestão de Tecnologias em Saúde, a noção de regionalização e de Redes de Atenção presentes no novo marco regulatório do sistema,

sob pena de continuar mitigando os benefícios desta importante etapa do Ciclo da Assistência Farmacêutica.

Tendo este enfoque como norteador do trabalho colaborativo no âmbito de uma região de saúde, a proposição de múltiplas estratégias, encadeadas, complementares e que busquem a continuidade do processo podem propiciar ambiente fértil para a superação das condições que limitaram o alcance da seleção de medicamentos até o momento.

Quando totalmente implantadas as ações constituirão um sistema Proativo de estímulo ao Uso Racional de Medicamentos e fortalecimento das Redes de Atenção, tendo a farmácia como parte integrante de um círculo virtuoso para divulgação e adesão dos prescritores às Relações e Protocolos que, por sua vez, terão em uma comissão regionalizada espaço para acolhimento de solicitações, emissão de pareceres e atualização contínua e baseada em evidências dos Protocolos e Relações.

As discussões, propostas e experiências relatadas apontam para um caminho com elevado potencial de inovação e efetivação do direito à saúde, sem a qual os princípios da integralidade, equidade, segurança dos usuários e eficiência do sistema certamente estarão comprometidos.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Estado da Saúde/17ª Regional de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite Regional da 17ª RS e aos membros do Grupo de Trabalho em Assistência Farmacêutica. Ao Conselho Regional de Farmácia do Paraná e CRF-Jr. UEL, UNIFIL e UNOPAR.

REFERÊNCIAS

1. Brasil; Ministério da Saúde. Política Federal de Assistência Farmacêutica: 1990 a 2002 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [cited 2018 Feb 19]. 44 p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf

2. Brasil; Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação no 02, de 28 de setembro de 2017. [Internet]. Diário Oficial da União 03 out 2017; Suplemento: pg 61. 2017. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
3. Brasil; Ministério da Saúde. Planejar é Preciso: Uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (Brasil); 2006. 74 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_1143_M.pdf
4. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução No 338, de 06 de maio de 2004 [Internet]. Diário Oficial da União 20 maio 2004; Seção I: 52. 2004. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
5. Marin N (org. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais [Internet]. Mendes JCC, editor. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003 [cited 2018 Feb 19]. 373 p. Available from: www.opas.org.br/medicamentos
6. Brasil; Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para sua Organização [Internet]. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2018 Feb 19]. 100 p. Available from: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>
7. World Health Organization. WHO - Essential medicines [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2018 Feb 24]. Available from: http://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/
8. Castro CGSO de (org. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000 [cited 2018 Feb 19]. 92 p. Available from: <https://static.scielo.org/cielobooks/zq6vb/pdf/castro-9788575412657.pdf>
9. Wannmacher L. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. Rev Tempus - Actas Saúde Coletiva. 2010;4(3).
10. Magarinos-Torres R, Pepe VLE, Oliveira MA, Osorio-de-Castro CGS. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. Ciên Saúde Colet [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 24];19(9):3859-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3859.pdf>
11. Vieira FS, Zucchi P. Gestão da Assistência Farmacêutica: Análise da situação de alguns municípios. Tempus Actas de Saúde Coletiva [Internet]. 2015 Feb 16 [cited 2018 Feb 19];8(4):11. Available from: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1581>
12. Lamb L, Shimizu HE. Assistência Farmacêutica no SUS na perspectiva dos gestores estaduais de saúde. Rev Tempus - Actas Saúde Coletiva. 2014;8(4).
13. Karnikowski MGDO, Galato D, Meiners MMMDA, Silva EV da, Gerlack LF, Bós AJG, et al. Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 19];51(Supl 2:9s):1s. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007065.pdf
14. Silva Dal Pizzol T da S, Trevisol DJ, Heineck I, Flores LM, Camargo AL, Köenig Á, et al. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 Apr [cited 2018 Feb 19];26(4):827-36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400024&lng=pt&tlng=pt
15. Catanheide ID, Lisboa ES, Souza LEPF de. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. Physis Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2016 Oct [cited 2018 Feb 19];26(4):1335-56. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401335&lng=pt&tlng=pt
16. Luiza VL, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Ramos LR, Pizzol T da SD, et al. Catastrophic expenditure on medicines in Brazil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 19];50(suppl 2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300302&lng=en&tlng=en
17. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, et al. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. Rev Saúde Pública [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 19];50(suppl 2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300303&lng=en&tlng=en
18. Petris AJ. Acesso a medicamentos para tratamento de fatores de risco cardiovascular. Universidade Estadual de Londrina; 2014.
19. Brasil; Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde [Internet]. Brasília; 2010 [cited 2018 Feb 23]. 48 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf
20. Brasil. Lei no 12.401, de 28 de Abril de 2011 [Internet]. Diário Oficial da União 29 de abril de 2011 2011. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm
21. Brasil. Decreto no 7508 de 28 de junho de 2011 [Internet]. Diário Oficial da União, 29 de junho de 2011. 2011. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
22. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciên Saúde Colet [Internet]. 2010 Aug [cited 2018 Feb 23];15(5):2297-305. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt
23. Paraná; Secretaria de Estado da Saúde; Comissão Intergestores Bipartite Regional da 17a Regional de Saúde. Deliberação no 10, de 22 de novembro de 2016. 2016.
24. Paraná; Secretaria de Estado da Saúde; Comissão Intergestores Bipartite Regional da 17a Regional de Saúde. Deliberação no 11, de 22 de novembro de 2016. 2016.
25. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolos e Diretrizes - CONITEC [Internet]. 2018 [cited 2018 Feb 23]. Available from: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>

RECEBIDO: 26/02/2018

ACEITO: 16/05/2018