

POLÍTICAS PÚBLICAS DE MEDICAMENTOS E A RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i1.20239057

Recebido em: 03/01/2023

Aceito em: 03/02/2023

Ketlen Dalalba Nunes¹
Franciele da Silva Quemel²
Monica Micheli Alexandre³
Rosinéia Aparecida Vilela Cebrian⁴
Daniela de Cássia Faglioni Boleta-Ceranto⁵
Emerson Luiz Botelho Lourenço⁶
Jaqueline Hoscheid⁷
Giuliana Zardeto⁸

RESUMO: Através da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde realizada em 2001 e da publicação do Pacto pela Saúde realizado em 2006 o processo de acesso à saúde, ganhou maior ênfase no quesito de inovações e melhorias do sistema de saúde. A assistência farmacêutica sobreveio como parte fundamental nos serviços e programas de saúde. Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi de expor as principais políticas públicas acerca da temática de medicamentos essenciais. Para tanto, foi realizada uma revisão integrativa de literatura, tendo como base de dados o Ministério da Saúde, as Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, artigos científicos e as publicações da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). No ano de 1998 através da portaria nº 3.916, de 30 de outubro 1998, apresenta-se a população a terminologia de Políticas públicas e, como resposta às diretrizes resultantes desta política, no presente artigo teremos ênfase na RENAME, criada através da portaria nº 3.047, de 28 de novembro de 2019, a qual atende aos princípios básicos e fundamentais do Sistema Único de Saúde: universalidade, equidade e a integralidade, para atender aos tratamentos das diversas doenças e agravos que acometem a população brasileira. Sendo assim, concluiu-se que não se trata apenas de políticas públicas, e sim de manter o direito do cidadão estabelecidos pela Constituição da República Federativa do Brasil, para que o paciente consiga adquirir a medicação adequada e na quantidade necessária, permitindo aos profissionais alcançar mais aproveitamento no gerenciamento do ciclo da assistência farmacêutica.

PALAVRAS-CHAVE: RENAME; Resme; Remume; Saúde; Assistência Farmacêutica.

¹ Graduanda em Farmácia, Universidade Paranaense, Campus de Francisco Beltrão.

E-mail: k.nunes@edu.unipar.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6166-827X>

² Mestre em Biotecnologia Aplicada à Agricultura (UNIPAR)

³ Graduanda em Medicina, Universidade Paranaense (UNIPAR). E-mail: monica.ale@edu.unipar.br

⁴ Mestranda no Mestrado Profissional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica, Universidade Paranaense (UNIPAR). E-mail: rosineia.cebrian@edu.unipar.br

⁵ Mestrado Profissional em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica da Universidade Paranaense (UNIPAR), Umuarama - PR. E-mail: dcboleta@prof.unipar.br

⁶ Mestrado Profissional em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica da Universidade Paranaense (UNIPAR), Umuarama - PR. E-mail: emerson@prof.unipar.br

⁷ Mestrado Profissional em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica da Universidade Paranaense (UNIPAR), Umuarama - PR. E-mail: jaquelinehoscheid@prof.unipar.br

⁸ Doutorado em Biotecnologia Aplicada à Agricultura, Universidade Paranaense (UNIPAR).
E-mail: giulianazardeto@prof.unipar.br

PUBLIC POLICIES ON MEDICINES AND THE LIST OF ESSENTIAL MEDICINES

ABSTRACT

Through the edition of the Operational Norm for Health Care carried out in 2001 and the publication of the Pact for Health carried out in 2006, the process of access to health gained greater emphasis on the issue of innovations and improvements in the health system. Pharmaceutical assistance emerged as a fundamental part of health services and programs. In this sense, the objective of the present study was to expose the main public policies on the subject of essential medicines. Therefore, an integrative literature review was carried out, using the Ministry of Health, the National Health Surveillance Agency's Resolutions, scientific articles and the publications of the National Medicines List (RENAME) as a database. In 1998, through ordinance n° 3.916, of October 30, 1998, the public policy terminology is presented to the population and, in response to the guidelines resulting from this policy, in this article we will emphasize RENAME, created through ordinance n° 3.047, of November 28, 2019, which meets the basic and fundamental principles of the Unified Health System: universality, equity and integrality, to meet the treatments of the various diseases and conditions that affect the Brazilian population. Therefore, it is concluded that it is not just about public policies, but about maintaining the right of the citizen established by the Constitution of the Federative Republic of Brazil, so that the patient can acquire the appropriate medication and in the necessary quantity, allowing professionals to achieve more use in the management of the pharmaceutical care cycle.

KEYWORDS: Rename; Resme; Remume; Cheers; Pharmaceutical Care.

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE MEDICAMENTOS Y LA LISTA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES

RESUMEN

A través de la edición de la Norma Operativa de Atención a la Salud realizada en 2001 y de la publicación del Pacto por la Salud realizada en 2006, el proceso de acceso a la salud ganó mayor énfasis en el tema de innovaciones y mejoras en el sistema de salud. La asistencia farmacéutica surgió como parte fundamental de los servicios y programas de salud. En este sentido, el objetivo del presente estudio fue exponer las principales políticas públicas sobre el tema de los medicamentos esenciales. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica integradora, utilizando como base de datos el Ministerio de Salud, las Resoluciones de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, artículos científicos y las publicaciones de la Lista Nacional de Medicamentos (RENAME). En 1998, a través de la ordenanza n° 3.916, de 30 de octubre de 1998, se presenta a la población la política pública de terminología y, en respuesta a las directrices resultantes de esta política, en este artículo haremos hincapié en el RENAME, creado a través de la ordenanza n° 3.047, de 28 de noviembre de 2019, que cumple con los principios básicos y fundamentales del Sistema Único de Salud: universalidad, equidad e integralidad, para atender los tratamientos de las diversas enfermedades y afecciones que afectan a la población brasileña. Por lo tanto, se concluye que no se trata sólo de políticas públicas, sino de mantener el derecho del ciudadano establecido por la Constitución de la República Federativa de Brasil, para que el paciente pueda adquirir el medicamento adecuado y en la cantidad necesaria, permitiendo que los profesionales logren un mayor aprovechamiento en la gestión del ciclo de atención farmacéutica.

PALABRAS CLAVE: Rename; Resme; Remume; Cheers; Atención Farmacéutica.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil podemos contar com políticas públicas regendo sobre a temática de medicamentos essenciais, agindo fortemente através de novas metodologias e novos processos que findam na busca de qualidade, da eficácia do medicamento e com baixo custo, uma vez que passam a fazer parte da Lista de Medicamentos Essenciais. Mas nem sempre foi assim, ocorre com mais ênfase a partir do final dos anos 1980, mais propriamente dito no ano de 1988 que, através da Constituição Federal, inicia a descentralização do sistema de saúde, característica marcante das reformas dos sistemas de saúde em vários países desde o final dos anos de 1970 (MARIN, 2003).

Dentro do contexto histórico, a regionalização ganhou destaque nacional somente na virada dos anos 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde em 2001 (NOAS) e com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006. Foi então que novas políticas públicas, que visavam a qualidade, eficácia e baixo custo dos medicamentos através do processo, foram surgindo e ganhando força nesse meio (LIMA *et al.*, 2012).

Como consequência, há o surgimento de diversas ações específicas, projetos e programas destinados à promoção da qualidade e eficácia dos medicamentos selecionados. Entre essas ações, discorreremos de maneira geral e sucinta acerca da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a qual passa a atualizar o elenco de medicamentos e insumos, à medida que novos medicamentos são deliberados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) (LIMA *et al.*, 2012).

Nesse contexto, a assistência farmacêutica obteve um grande desenvolvimento, sendo considerada como parte fundamental nos serviços e programas de saúde, apresentando-se como um processo dinâmico e abrangente, com provimento de medicamentos em todas as etapas, desde o desenvolvimento de medicamentos, aquisição, distribuição, até o acompanhamento dos resultados individuais e coletivos, de forma que os medicamentos ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) sejam eficientes, eficazes, e as escolhas sejam fundamentadas na melhor evidência farmacológica e clínica, bem como, atendam a maioria dos problemas que acometem a população local (OLIVEIRA *et al.*, 2017). De forma sucinta, a partir da análise de diversos documentos e legislações, o presente artigo objetiva apresentar e caracterizar as políticas públicas relacionadas aos medicamentos essenciais, a importância da adesão às listas de medicamentos essenciais e realizar análise da RENAME, especialmente entre os anos de 2020 e 2022.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização deste estudo optou-se por uma pesquisa na modalidade de revisão integrativa de literatura. A revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto.

Dessa forma, embasada em referências bibliográficas e científicas, visando uma atualização contínua da confiabilidade acerca da adesão às listas dos medicamentos essenciais, assim como trazer atualizações sobre o tema no Sistema Único de Saúde (SUS).

Para elaboração da pesquisa, foram realizadas buscas e análises de textos realizados em português, provenientes das palavras-chaves: prescrição de medicamentos no sus, listas de medicamentos essenciais e acesso à saúde. Os textos encontram-se eletronicamente disponíveis em órgãos oficiais, revistas, artigos em sites como SCIELO (*Scientific Electronic Library*), Ministério da Saúde e Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Como critérios de inclusão, foram analisadas diversas leis e resoluções acerca da temática exposta, assim como, diversos artigos que abordaram de forma mais atual. Entretanto, por se tratar de uma temática extensa e complexa, uma vez que adentrado ao assunto, adotou-se como critério de exclusão: a não aplicabilidade de publicações anteriores ao ano de 2012, pois houveram mudanças significativas no âmbito das políticas públicas de medicamentos, relacionadas ao assunto, com exceção da publicação do Ministério da Saúde a qual contempla diversas diretrizes e definições relacionadas à legislação e regulamentação, partindo da inspeção dos medicamentos, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1998), referente ao ano de 1998 que até o presente momento encontra-se em vigor.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Acesso à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)

A descentralização nos sistemas de saúde é uma característica marcante das reformas dos sistemas de saúde em diversos países desde o final dos anos de 1970. O surgimento da necessidade de reformas passou a acontecer em um contexto de crise econômica mundial e redemocratização, e transcorreu de diversas maneiras nos sistemas

de saúde, como forma de melhorar a eficiência, a efetividade e os instrumentos de controle (LIMA *et al.*, 2012).

Na América Latina, a descentralização e a regionalização foram administradas com graus variados de articulação, mas sempre focando na descentralização dos serviços de saúde. Essa realidade também foi refletida no Brasil, seguindo a proposta da Constituição Federal de 1988, ocorrendo a transferência de poder decisório aos estados e municípios (RIBEIRO, 2009).

Nesse contexto, a regionalização ganhou destaque nacionalmente somente na virada dos anos 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde em 2001 (NOAS) e com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006. Desde então, houve maior ênfase neste processo, interferindo positivamente no acesso à saúde, de forma a: facilitar a organização local, levando em consideração os determinantes sociais e epidemiológicos; a projetar necessidades de organização dos serviços de forma ampla, estabelecendo redes de atenção; a melhorar a utilização dos recursos humanos e tecnológicos regionais; a aumentar a resolutividade na atenção; a disponibilizar recursos sociais e políticos que incentivem o compartilhamento de responsabilidades entre os governos nos sistemas de saúde, entre outras inovações e melhorias (LIMA *et al.*, 2012).

A conferência internacional sobre cuidados primários à saúde, realizada em Alma-Ata, em setembro de 1978, teve importante papel na promoção do acesso aos medicamentos. A recomendação para que os governos formassem políticas públicas, disponibilizassem medicamentos essenciais nos cuidados primários de saúde, incorporassem medicamentos de eficácia comprovada e estabelecessem sistemas eficientes de administração e fornecimento, estão entre os elementos em destaque nessa conferência (ASSUNÇÃO; SANTOS; BLATT, 2013).

Tendo em vista essas discussões, no Brasil, essas recomendações contribuíram para o desenvolvimento e fortalecimento da Assistência Farmacêutica (AF), a qual está inserida no sistema de atenção à saúde, favorecendo as ações de garantia de acesso aos medicamentos que são parte importante dos cuidados em saúde tanto na prevenção de doenças como na promoção à saúde (ASSUNÇÃO; SANTOS; BLATT, 2013).

Chiaroti (2017) descreve que a descentralização da AF também trouxe desafios, uma vez que o processo de seleção é criterioso e leva em consideração muitos aspectos. Algumas das barreiras encontradas estão na ausência da organização da AF, na dificuldade de se compor uma Comissão de Padronização de Medicamentos ou de

Farmácia e Terapêutica e na falta de profissionais de saúde capacitados e com disponibilidade para realizar o processo de seleção de forma apropriada.

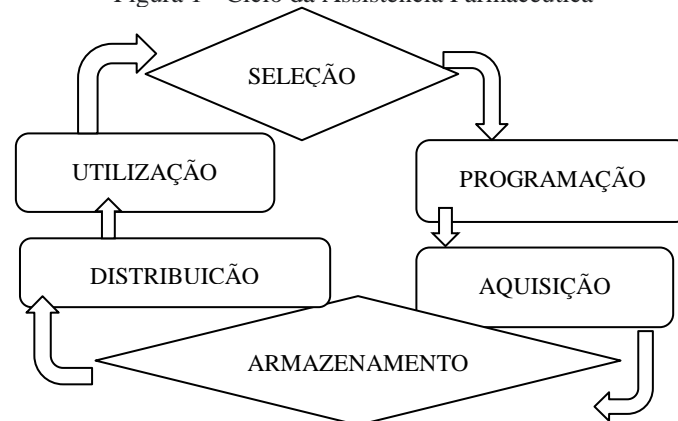
3.2 Prática Farmacêutica na Seleção e Programação de Medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS)

Para que haja melhoria nas condições de saúde da população e garantia de acesso aos medicamentos seguros e de qualidade, muitos países implantaram políticas públicas de medicamentos, de forma que o uso racional de medicamentos se tornou uma das prioridades da Política Nacional de Medicamentos (PNM). Nesse contexto, a adoção de listas de medicamentos essenciais passa a ser vital para a padronização da prescrição e controle de medicamentos no SUS (BRASIL, 1998)

Nessa conjuntura, as medicações devem estar disponíveis no sistema público de saúde, pois passam a estar voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, tornando-se cada vez mais necessário o fortalecimento da gestão da AF para um melhor acesso da população aos medicamentos e seu uso racional (FREITAS *et al.*, 2019).

Em consonância, temos a assistência do profissional farmacêutico fortalecendo e apoiando as ações de saúde para o respaldo às intervenções na promoção, prevenção e no tratamento de patologias (BRASIL, 2012). Este profissional está inserido em diversas etapas do processo de cuidado ao paciente, o qual envolve desde a pesquisa e desenvolvimento de medicamentos até no acompanhamento, na avaliação dos resultados e na utilização dos mesmos, passando a ser o ator principal dentro do Ciclo da Assistência Farmacêutica (Figura 01), especialmente no que se refere à seleção de medicamentos (QUEMEL *et al.*, 2017).

Figura 1 - Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: Adaptado de Marin et al. (2003).

Abrangendo desde a fase de seleção e aquisição dos medicamentos, até a dispensação, acompanhamento e avaliação da sua utilização, a AF teve aprimoramento com a publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) em 2004, objetivando a redução do foco dado ao medicamento, e enfatizando o cuidado com o usuário. Com isso, os limites foram ampliados para além da aquisição e distribuição de medicamentos, dando espaço ao desenvolvimento de novas estratégias, elaboração de planos, atividades e programas, e a busca de solidificação de vínculos com a população, promovendo o acesso e o uso racional dos medicamentos (MARIN *et al.*, 2003).

Por outro lado, há uma grande importância em oferecer mais informações sobre os medicamentos de forma independente, sem conflitos de interesse e baseada na imparcialidade como subsídio para a promoção do uso racional de medicamentos em todas as esferas de governo e da sociedade civil (BRASIL, 2021a).

A AF é um dos grandes desafios para os gestores e profissionais de saúde atuantes no SUS, sendo cada vez mais necessário o planejamento e a mudança na forma de gerenciamento do modelo de organização de forma minuciosa e eficaz (KOCH; CZEPULA, 2016).

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) deve ser a responsável pela seleção dos medicamentos, ela deve ser composta por diversas categorias profissionais, como médicos de diversas especialidades, farmacêuticos, enfermeiros, gestores, entre outros. Esta comissão é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, ela auxilia, além da elaboração da lista de medicamentos, no processo de assistência à saúde, na contenção do desenvolvimento de resistência antimicrobiana, na redução das reações adversas a medicamentos e auxilia na redução de erros na utilização e prescrição de medicamentos (QUEMEL *et al.*, 2017).

3.3 Políticas Públicas

Políticas configuram decisões de caráter geral, no qual apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão, ou seja, a publicação do Ministério da Saúde de 1998, torna pública as intenções governamentais, permitindo o acesso popular, orientando e direcionando novas atividades, novos programas e projetos, além de servir como orientadora da ação governamental a fim de potencializar os recursos disponíveis (BRASIL, 1998).

Na área da saúde, trata-se da adoção de novas metodologias e processos que favoreçam novas propostas de forma participativa submetidas à avaliação e aprovação do Ministério da Saúde em conjunto com o setor farmacêutico, a fim de promover a eficácia e a qualidade dos medicamentos, desde sua concepção, até a utilização do mesmo nos diversos tratamentos (BRASIL, 1998).

3.4 Principais Diretrizes das Políticas Públicas

De acordo com a Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998, a fim de assegurar à população medicamentos seguros e eficazes, de qualidade e com baixo custo, os gestores do SUS, nas três esferas (federal, estadual e municipal), passaram a atuar em estreita parceria em conformidade com as seguintes diretrizes: adoção de relação de medicamentos essenciais; regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2019).

De modo geral, todas as diretrizes mencionadas anteriormente, fazem parte de um grupo de prioridades que almejam configurar a base para assim assegurar a realização do propósito desta política, através de ações específicas, projetos ou programas. Entre elas vale salientar a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), criado através da portaria nº 3.047, de 28 de novembro de 2019 estabelecendo a Relação Nacional de Medicamentos vinculadas ao SUS e passando a atualizar o elenco de medicamentos e insumos em suas publicações revisadas periodicamente (BRASIL, 2019).

3.5 Relações Estaduais de Medicamentos Essenciais (RESME) e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)

De acordo com a PNM, os estados e municípios brasileiros devem elaborar Listas de Medicamentos Essenciais próprios, o que fortalece o processo de descentralização da gestão, e, na medida em que define necessidades, prioriza e direciona a aplicação de recursos financeiros das três esferas de governo. A lista nacional deve ser adotada como documento de referência na construção das listas de medicamentos essenciais estaduais e municipais (BRASIL, 1998).

A compreensão da relevância da seleção adequada de medicamentos essenciais para uma população é primordial para que haja melhorias nos serviços, bem como na organização e na gestão da AF municipal. É importante que a seleção de medicamentos considere diferentes aspectos clínicos, epidemiológicos, demográficos, técnicos e inclua as particularidades e necessidades de cada faixa etária (CHIAROTTI, 2016).

Em âmbito estadual, a relação estadual de medicamentos essenciais (RESME) é o instrumento padrão para o planejamento de ações, norteia a seleção de medicamentos e deve servir de base para a organização da AF no âmbito do SUS em cada Estado da federação, é fundamentada na RENAME, e é atualizada periodicamente (CASTRO *et al.*, 2015).

Para a população usuária do SUS, a RESME expressa um compromisso com a disponibilização gratuita de medicamentos selecionados nos preceitos técnico-científicos e de acordo com as prioridades de saúde da população (CASTRO *et al.*, 2015). De caráter local, a relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME) engloba ações desde a seleção de produtos farmacêuticos, até o momento de sua utilização pelo usuário municipal do SUS, e serve como base para orientar a aquisição de produtos eficazes e seguros, a prescrição e a dispensação, constituindo a melhor gerência para os recursos públicos que são limitados (CASTRO *et al.*, 2015).

Em relação aos medicamentos essenciais no domínio municipal o REMUNE, existe a possibilidade de inclusões, exclusões ou ainda substituição de medicamentos, através da solicitação de alteração na REMUME do município, por meio de Formulário Terapêutico Nacional (FTN). As solicitações serão incluídas juntamente com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, que definem as prioridades de revisão e atualização da REMUME anualmente (SANTANA *et al.*, 2014).

Os autores Santana *et al.*, (2014), descrevem que as solicitações serão avaliadas através do formulário estabelecido por cada município, estabelecendo regras e diretrizes,

onde o formulário ou ficha devem estar preenchidos com todos os campos corretamente. O profissional requerente deve justificar de acordo com dados técnicos como: extensão do uso, eficácia, efeitos colaterais, contraindicações, precauções, toxicidade, custo/benefício, custo médio do tratamento, e ainda se possível a justificativa precisa ser acompanhada de embasamento teórico com referências bibliográficas, a inclusão, exclusão ou substituição (SANTANA *et al.*, 2014).

Quemel *et al.*, (2017) citam que as listas de medicamentos essenciais expressam em âmbito federal, estadual e principalmente municipal a garantia de eficácia, segurança terapêutica e menor custo como alguns dos benefícios de uma seleção racional de medicamentos, também podem ser citados o melhor padrão de atendimento, maior resolubilidade do sistema, redução de gastos, redução da morbimortalidade, melhoria na qualidade de vida da população e aumento da confiança do usuário na saúde pública. Para que se torne um instrumento legal, as listas de medicamentos essenciais devem ser aprovadas, registradas e publicadas, seguindo os trâmites legais das esferas de gestão (QUEMEL *et al.*, 2017).

No entanto ocorre na Saúde os tramites de judicialização da saúde, o qual é o processo de requerer, na Justiça, o acesso a medicamentos, consultas e procedimentos que possuem um alto custo, como nos casos de doenças crônicas e degenerativas. A grande preocupação é o uso racional do orçamento no âmbito federal, estadual e principalmente municipal. Pois a RENAME como já explicitado anteriormente existe para que todos tenham acesso aos medicamentos, e a judicialização trata de casos específicos individuais e tratamentos geralmente com preço elevado, seguindo sempre o direito a saúde disposto na Constituição de 1988 (LOPES *et al.*, (2017).

3.6 Listas de Medicamentos Essenciais e a Promoção de Uso Racional de Medicamentos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inadequada e mais da metade dos pacientes não fazem o tratamento corretamente, além de erros na administração de dosagem e polifarmácia, gerando desperdício e agravos à saúde. Para que haja melhora desses dados, a OMS propõe indicadores para avaliação das prescrições, que visam além da garantia de acesso, a otimização da terapia farmacológica (FREITAS *et al.*, 2019).

Corroborando com a OMS, a PNM reconhece que as questões de prescrição são grandes obstáculos para o uso racional de medicamentos, pois a escassez de informações

importantes na prescrição contribui para os tratamentos ineficazes e prejuízos terapêuticos (ZANETTI; MARCHETTI; ANDRADE, 2017).

No Brasil existem regulamentações destinadas a normatizar as informações contidas nas prescrições, de modo a prevenir erros e conferir valor jurídico ao documento. Entretanto, das inúmeras prescrições de medicamentos elaboradas anualmente, um número elevado não contém os requisitos legais mínimos exigidos. A análise dos determinantes legais e indicadores de qualidade da prescrição facilita a análise introdutória da qualidade do tratamento, pois revela erros que podem comprometer a segurança e efetividade do mesmo (ZANETTI; MARCHETTI; ANDRADE, 2017).

Alguns dos indicadores de uso racional de medicamentos propostos pela OMS, são: o número médio de medicamentos prescritos por receita, que permite avaliar o grau de polifarmácia que contribui para o aumento de reações adversas e interações medicamentosas; a porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico, que avalia a tendência dos prescritores em utilizar o nome genérico que é uma obrigatoriedade no âmbito do SUS; a porcentagem de prescrições contendo antibióticos, que preocupa-se com o uso indiscriminado dos antibióticos e a questão da resistência bacteriana; a porcentagem de medicamentos prescritos que pertencem à REMUME, o que permite avaliar a aderência dos prescritores às listas de medicamentos padronizados e o grau de adequação às necessidades terapêuticas da população municipal; a porcentagem de medicamentos dispensados, que permite avaliar o grau de acesso da população aos medicamentos essenciais (FREITAS; SANT'ANA; COELHO, 2019). Desde 1993, a OMS vem propondo a implementação de indicadores de utilização de medicamentos, com objetivo de garantir uma farmacoterapia de qualidade e eficiência no uso dos recursos disponíveis e na resolutividade dos serviços ofertados (BRASIL, 2012).

3.7 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de 2020 A 2022: Breve Análise Sobre as Inclusões e Exclusões

A OMS considera os medicamentos essenciais aqueles que satisfazem as necessidades de atenção à saúde prioritárias da população e são selecionados levando em consideração a prevalência e incidência dos problemas de saúde aos quais se destinam e tenham eficácia, segurança e custo-efetividade comprovadas. Nacionalmente, foi elaborado um elenco de medicamentos, com o objetivo de atender os agravos prioritários e prevalentes, o mesmo é denominado RENAME (ASSUNÇÃO; SANTOS; BLAT, 2013).

A RENAME é elaborada atendendo aos princípios fundamentais do SUS, que são universalidade, equidade e integralidade, configurando-se como a relação dos medicamentos disponibilizados por meio de políticas públicas para os tratamentos das doenças e agravos que acometem a população brasileira. Seus fundamentos estão determinados em atos normativos pactuados entre as três esferas de gestão do SUS (ASSUNÇÃO; SANTOS; BLAT, 2013).

Com isso, a concepção, a sistematização e a harmonização da RENAME devem ser realizadas de forma democrática e articulada. A lista de medicamentos deve ser construída a partir de uma avaliação que respeite as informações de eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, entre outros aspectos, obtidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis (BRASIL, 2019).

Publicada em quatro seções: A, B, C e D, a RENAME do ano de 2020 está organizada através da denominação genérica, concentração/composição, forma farmacêutica e descrição.

Na seção A, a RENAME 2020 é apresentada conforme definido na Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 1, de 17 de janeiro de 2012, em cinco anexos: a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico, a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico, Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado, a Relação Nacional de Insumos, a Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar, conforme demonstrado na tabela 01 (BRASIL, 2019).

Tabela 01: Especificações da Seção A da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e Insumos referentes ao ano de 2020.

| SEÇÃO A | ESPECIFICIDADE DA RELAÇÃO | REGULAMENTAÇÃO | DOCUMENTAÇÃO | INSTRUMENTO DE REGISTRO |
|------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anexo I | Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico | Legislação específica que define o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. | Formulário Terapêutico Nacional (FTN) e protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) definidos pelo Ministério da Saúde. | Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) e sistemas municipais e estaduais próprios. |
| Anexo II | Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico | Legislação específica que define os programas estratégicos do Ministério da Saúde. | protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs), diretrizes específicas para as doenças que fazem parte do escopo dos programas estratégicos do Ministério da Saúde e Formulário Terapêutico Nacional (FTN). | Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), sistemas específicos dos programas estratégicos e sistemas municipais e estaduais próprios. |
| Anexo III | Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado | Legislação específica que define o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. | Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) definidos pelo Ministério da Saúde. | Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), sistemas estaduais próprios e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). |
| Anexo IV | Relação Nacional de Insumos | Legislação específica que define os programas do Ministério da Saúde. | Diretrizes dos programas do Ministério da Saúde ou Formulário Terapêutico Nacional (FTN). | Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), sistemas específicos dos programas do Ministério da Saúde e sistemas municipais e estaduais próprios. |
| Anexo V | Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar | Portarias da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. | Procedimentos hospitalares discriminados no SIGTAP | Sistema de Informações Hospitalar (SIH/SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). |

Fonte: Adaptado de BRASIL (2019).

A seção B apresenta-se por intermédio de itens de acordo com o Sistema de Classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC) (tabela 02), indicado pela OMS, reunidos de acordo com o Grupo Principal Anatômico - 1º nível do sistema - onde são separados por grupos de acordo com o órgão ou sistema sobre o qual operam as propriedades terapêuticas, farmacológicas e químicas (BRASIL,2019).

Tabela 02: Sistema de Classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC).

| Classificação da ATC | Denominação | Dosagem | Tipologia | Especificação |
|--------------------------------------------|-------------|-----------------------------|----------------------------------|---------------|
| A: Aparelho digestivo e metabolismo | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------|-------------------------------------|------------|
| B: Sangue e órgãos hematopoéticos | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |
| C: Aparelho cardiovascular | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |
| D: Medicamentos dermatológicos | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |
| G: Aparelho genit urinário e hormônios sexuais | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |
| H: Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |
| J: Anti-infecciosos para uso sistêmico | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |
| L: Agentes antineoplásicos e imunomoduladores | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |
| M: Sistema musculoesquelético | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |
| N: Sistema nervoso | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |
| P: Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |
| R: Aparelho respiratório | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |
| S: Órgãos sensitivos | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |
| V: Vários | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |
| H*: Fitoterápicos * classificação Herbal ATC para alguns fitoterápicos. | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |
| Insumos* * não fazem parte da classificação ATC/OMS. | Genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica/ Descrição | Componente |

Fonte: Adaptado de BRASIL (2019).

Como podemos ver na tabela 02, o sistema conta com 14 grupos anatômicos/farmacológicos principais, perfazendo o 1º nível. A seção B também contempla a classificação ATC para alguns medicamentos fitoterápicos. Por sua característica, há uma divisão ATC específica para plantas medicinais, nomeada como Herbal ATC Index, disponibilizada pela OMS. Nesse conjunto, o quinto nível de

classificação (sistema músculo-esquelético), composto por quatro números, é adicionado ao código de acordo com a parte utilizada da planta medicinal (BRASIL, 2019).

Na seção C, os itens são exibidos em ordem alfabética, com a apresentação do componente de financiamento da AF ao qual estão classificados e seus respectivos códigos ATC (BRASIL, 2019).

Na seção D são exibidas as alterações da lista em relação à edição anterior, reunidas de acordo com as inclusões, exclusões e alterações, bem como as recomendações de não inclusão de medicamentos. Ainda no anexo D podem ser analisadas as principais alterações em cada componente. Esta seção traz o índice remissivo como uma ferramenta a fim de possibilitar a busca dos medicamentos tanto pelo nome do fármaco ou ainda por sua denominação derivada (sais, ésteres e outros) (BRASIL, 2019).

Em sequência, surge a portaria GM/MS nº 3.435 de 08 de dezembro de 2021 a qual estabelece a RENAME 2022, no âmbito do SUS, por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos (BRASIL, 2021b).

A RENAME 2022, apresenta-se em dois apêndices A e B, sendo que o primeiro possui itens apresentados de acordo com o ATC, recomendado pela OMS, classificados de acordo com o órgão ou sistema sobre o qual atuam as diferentes propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas. No anexo A, foi introduzido a classificação Acess, Watch, Reserve (AWaRe) traduzidos como acesso, alerta e reservado, por apresentarem as recomendações sobre o uso de cada categoria de antimicrobianos, buscando contribuir para a redução do desenvolvimento de bactérias resistentes a estes medicamentos (BRASIL, 2022b).

A lista da RENAME 2022 está apresentada de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), além de manuais publicados pelo Ministério da Saúde (MS), a fim de adaptar-se a oferta de cuidados no SUS e evitar duplicidade e desordens nos procedimentos, promovendo o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2022b).

A ATC na RENAME 2022, é descrita por Martins (2022), como novidade, busca por uma linguagem mundial que descreve sobre a droga, o princípio ativo a fim de fortalecer a RENAME por intermédio da globalização de informações destinadas a tratamentos atuais como os imunizantes, além dos itens serem apresentados de acordo com o Sistema de informações sobre a classificação de antimicrobianos AWaRe (Access, Watch, Reserve), quando for o caso.

Na ATC (2022), os medicamentos são classificados em cinco níveis diferentes, o primeiro nível permite que as substâncias ativas sejam classificadas em 14 grupos

anatômicos principais, onde os demais grupos são ramificações interligadas a escolha do nível principal. O segundo nível consiste na divisão dos grupos primários em subgrupos terapêuticos ou farmacológicos. O terceiro e o quarto nível podem representar os subgrupos químicos, farmacológicos e terapêuticos. Já o quinto nível descreve o subgrupo da substância química (BRASIL, 2022b).

A AWaRe está alinhada ao Plano de Ação Global da OMS sobre a resistência antimicrobiana, que visa combater o aumento da resistência a medicamentos, garantindo o melhor emprego dos medicamentos e diminuição do surgimento de patógenos resistentes a antimicrobianos, onde a resistência antimicrobiana pode ser observada como um potencial fator para o surgimento de uma crise de saúde pública global (BRASIL, 2022b).

Martins (2022), relata que um dos principais objetivos do plano de ação global OMS e da RENAME (2022), é ampliar o acesso ao conhecimento adequado sobre o uso consciente de antibióticos, para combater a resistência e otimizar o uso de antimicrobianos.

Como forma de expandir os cuidados com a população, a RENAME 2022 foi incluída na classificação AWaRe (tabela 03), relacionada a medicamentos antimicrobiano, onde a mesma divide-se em três categorias principais: acesso, alerta e reservado, com base na potencialidade de tratamento e possível impacto na terapia e resistência antimicrobiana (BRASIL, 2022b).

Tabela 03: Classificação AWaRe 2022, três categorias de medicamentos antimicrobiano.

| CATEGORIA | TIPO DE TRATAMENTO |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------|
| ACESSO | Tratamento de infecções comuns, acessível |
| ALERTA | Tratamento de síndromes bem definidas, monitorada |
| RESERVADO | Tratamento de infecções bacterianas resistente a múltiplos medicamentos. |

Fonte: Adaptado de BRASIL (2022b).

Com relação às alterações, ou seja, as inclusões entre a RENAME 2020 e a RENAME 2022, acrescentou-se nas tabelas o código de ATC em cada medicamento (Tabela 04).

Tabela 04: Comparativo entre as listas da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) dos anos de 2020 a 2022.

| 2020 | 2022 | 2020/2022 | 2020/2022 | 2020/2022 | 2020/2022 | CÓDIGO ATC 2022 |
|------|------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------|
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------|------------|----------|
| A: Aparelho digestivo e metabolismo | A: Trato alimentar e metabolismo | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |
| B: Sangue e órgãos hematopoéticos | B: Sangue e órgãos formadores de sangue | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |
| C: Aparelho cardiovascular | C: Aparelho cardiovascular | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |
| D: Medicamentos dermatológicos | D: Medicamentos dermatológicos | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |
| G: Aparelho geniturinário e hormônios sexuais | G: Aparelho geniturinário e hormônios sexuais | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |
| H: Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas | H: Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |
| J: Anti-infecciosos para uso sistêmico | J: Anti-infecciosos para uso sistêmico | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |
| L: Agentes antineoplásicos e imunomoduladores | L: Agentes antineoplásicos e imunomoduladores | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |
| M: Sistema musculoesquelético | M: Sistema musculoesquelético | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |
| N: Sistema nervoso | N: Sistema nervoso | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |
| P: Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes | P: Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |
| R: Aparelho respiratório | R: Aparelho respiratório | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |
| S: Órgãos sensitivos | S: Órgãos sensoriais | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |
| H*: Fitoterápicos * classificação Herbal ATC para alguns fitoterápicos. | H*: Fitoterápicos * classificação Herbal ATC para alguns fitoterápicos. | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |

| Insumos* * não fazem parte da classificação ATC/OMS. | Insumos* * não fazem parte da classificação ATC/OMS. | Denominação genérica | Concentração/ Composição | Forma farmacêutica / Descrição | Componente | Inserido |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------|------------|----------|
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------|------------|----------|

Legenda: ATC*: Classificação Anatômica Terapêutica Química; OMS*: Organização Mundial de Saúde.
 Fonte: Adaptado de BRASIL (2019) e de BRASIL (2022b).

O anexo B da Rename 2022 é composto por cinco anexos, com definição do grupo de financiamento da AF ao qual fazem parte (BRASIL, 2022b p. 21): I – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; II – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; III – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; IV – Relação Nacional de Insumos; V – Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar (BRASIL, 2022b).

Nesse contexto, vale salientar que houve a inclusão/exclusão de diversos medicamentos que apesar de não serem objeto de estudo neste artigo, são de suma importância para a análise do contexto como um todo, pois trata-se de um marco, que a partir dessa atualização, passam a fazer parte da RENAME 2022 (BRASIL, 2022b)

As inclusões e exclusões foram realizadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no SUS. Sendo assim, o MS, através da Portaria nº 2.009, de 13 de setembro de 2012, nos traz no Art. 2º, algumas especificidades da CONITEC, abordando seu papel junto às Políticas Públicas:

“Art. 2º A CONITEC tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de tecnologias em saúde, na constituição ou na alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e na atualização da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME).

Parágrafo único. O assessoramento de que trata o caput consiste na produção de relatório que levará em consideração, no mínimo, os seguintes elementos:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento

objeto do processo relatado, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso, de preferência comparadas à melhor tecnologia disponível no SUS e complementadas por revisão da literatura na perspectiva do SUS;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível;

III - o impacto da incorporação da tecnologia no SUS;

IV - a relevância da incorporação tecnológica para as políticas de saúde prioritárias do SUS;

V - as condicionantes necessárias, tais como o preço máximo de incorporação, critérios técnico-assistenciais para alocação, estrutura e logística necessários para implantação da tecnologia e acompanhamento da tecnologia incorporada, quando pertinente;

VI - as contribuições recebidas nas consultas públicas e, quando realizadas, nas audiências públicas; e
VII - a inovação e contribuição para o desenvolvimento tecnológico do Brasil (BRASIL, 2012).”

Em consonância, temos a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada para o SUS bem como a ordenadora das práticas de atenção. Tendo em vista, mais especificamente, os atendimentos farmacêuticos em atenção primária, são apresentadas em três relações na RENAME 2020:

“I - Relação Nacional de Componentes Básicos da Assistência Farmacêutica (Cbaf) que é uma relação de medicamentos e insumos dirigida aos principais problemas de saúde e programas da Atenção Primária, sendo seu financiamento de responsabilidade das três esferas de governo. A responsabilidade pela aquisição e pelo fornecimento dos itens à população fica a cargo dos municípios, exceto as variações de organização pactuadas por estados e regiões de saúde (BRASIL, 2019). O Ministério da Saúde é responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos insulina humana NPH e regular, clindamicina 300 mg e rifampicina 300 mg exclusivamente para tratamento de condições específicas e também dos itens que compõem o Programa Saúde da Mulher como contraceptivos, dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma.

II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica que é destinado ao controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico, e que muitas vezes estão relacionadas a situações de vulnerabilidade social e pobreza como é o caso dos tratamentos de tuberculose, hanseníase, malária, entre outros. São incluídos nesta relação os antirretrovirais, hemoderivados, imunobiológicos, medicamentos para combate ao tabagismo e que fazem parte do programa de alimentação e nutrição, entre outros (BRASIL, 2019). O financiamento deste componente é destinado à aquisição de medicamentos e insumos relacionados em programas estratégicos de saúde do SUS e é o Ministério da Saúde quem adquire e distribui esses itens aos estados e ao Distrito Federal, cabendo a esses o recebimento, o armazenamento e a distribuição aos municípios.

III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) que procura garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para situações clínicas, especialmente os agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade (BRASIL, 2019).”

A Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017, apresenta a divisão do elenco de medicamentos em três grupos e define as responsabilidades de financiamento entre os entes federados (BRASIL, 2019).

O financiamento dos medicamentos do CEAF é tripartite, entretanto aqueles de maior complexidade, de elevado impacto financeiro são adquiridos de forma centralizada pelo MS, ou financiados por este, por meio da transferência de recursos aos estados. As etapas que compõem a execução do CEAF são descentralizadas, e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) têm responsabilidade pela organização dos serviços para atendimento à população, incluindo a dispensação dos medicamentos. Porém, algumas

atividades podem ser realizadas pela rede de serviços municipais, desde que ocorra a pactuação entre os gestores (ROVER *et al.*, 2021).

4. CONCLUSÃO

As relações de medicamentos essenciais existentes são instrumentos norteadores para aquisição, distribuição, prescrição e planejamento da assistência farmacêutica. Neste sentido, a descentralização da gestão e a reorientação da Assistência Farmacêutica, estabelecida pela Política Nacional de Medicamentos, trouxe a possibilidade de padronização de medicamentos nos estados e municípios, que a partir desse momento, passaram a ter autonomia para gerenciar seu elenco de medicamentos essenciais.

De modo geral, um grande desafio apresentado ao Sistema Único de Saúde é manter a RENAME como instrumento de fortalecimento do SUS e ampliação do acesso a medicamento, sendo promotora do uso racional e orientadora do financiamento de medicamentos na assistência farmacêutica, devido à complexidade das necessidades de saúde da população, da velocidade da incorporação tecnológica e dos diferentes modelos de organização e financiamento do sistema de saúde.

Trata-se não apenas de políticas públicas, e sim de manter o direito do cidadão estabelecidos pela Constituição da República Federativa do Brasil. Neste sentido, não há pretensão de esgotar as possibilidades de discussão sobre o assunto, mas sim, de somar esforços com outros trabalhos já desenvolvidos sobre esse tema e que visam ao aprimoramento do Sistema Único de Saúde, uma vez que o farmacêutico é o principal profissional responsável, pois é ele que gerencia a lista de medicamentos padrão, porém para que ela exista, julga-se necessário uma equipe multiprofissional. Sendo assim, mais estudos acerca do assunto são necessários.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO I. A.; SANTOS K.; BLATT C. R. Relação municipal de medicamentos essenciais: semelhanças e diferenças. 2013. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 34, n. 3, p. 431-439, 2013. Disponível em <https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/207/205>. Acesso em 24 mai. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html . Acesso em 1 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília, 2012. 25 p. Documento técnico apresentado ao DAF/SCTIE/MS, não publicado na íntegra. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjcgclclefindmkaj/https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3252/1/Assist%C3%A2ncia%20Farmac%C3%AAutica%20na%20RAS.pdf>. Acesso em 01 out. 2022

BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf. Acesso em 3 mai. 2022.

BRASIL. **Contribuições para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos v.1** Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/arquivos/contribuicoes-para-o-uso-racional-de-medicamentos.pdf>. Acesso em 24 set. 2022

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 3.435, de 8 de dezembro de 2021b**. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2022 no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 dez. 2021b. Disponível em https://saude.campinas.sp.gov.br/lista_legislacoes/legis_2021/U_PT-MS-GM-3435_081221.pdf. Acesso em 1 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC**. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/a-comissao/conheca-a-conitec>. Acesso em 01 de out. 2022

BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf> Acesso em 6 ago. 2022.

CASTRO, L.C.*et al.* Construção das listas de medicamentos: atuação multiprofissional e interdisciplinar das comissões de farmácia e terapêutica. **A interdisciplinaridade na saúde e na educação**, v. 54, 2015. Lajeado: Univates. Disponível em: https://www.univates.br/editora-univates/media/publicacoes/112/pdf_112.pdf#page=54 acesso 07 set. 2022.

CHIAROTI, R. **Análise das Relações Municipais de Medicamentos Essenciais de municípios do estado de São Paulo com aplicação dos Critérios de Beers**. Dissertação de Mestrado Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2016. disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-26042018-112244/pt-br.php>. Acesso em 24 mai. 2022

FREITAS, D. G. *et al.* (2019). Avaliação dos indicadores de prescrições de um município do interior do estado de Minas Gerais. **Brazilian Journal of Health and Pharmacy**, v.1, p51-57. Disponível em: <https://revistacientifica.crfmg.emnuvens.com.br/crfmg/article/view/78/45>. Acesso em 25 abr. 2022.

KOCH, D. M.; CZEPULA, A. I. S. Planejamento estratégico como ferramenta para gestão da assistência farmacêutica em uma farmácia básica de um município do estado do Paraná. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 17, n. 3, 2016. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/48947/30209>. Acesso em 20 jun. 2022

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100005>>. Epub 21 Nov 2012. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100005>. Acesso em 23 jul. 2022.

LOPES, L.M. N. *et al.* Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde. **Saúde Soc. São Paulo [online]**, v.28, n.2, p.124-131, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zg4Jnz5w58m3Hp9d69BYPZJ>. Acesso 25 nov. 2022.

MARIN, N. *et al.* Assistência farmacêutica para gerentes municipais. **Secretaria estadual de Saúde SP / SESSP-IS ACERVO [online]**, p. 374, 2003. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf. Acesso 01 out. 2022.

MARTINS, Alexandre. Mapeando a Relação Nacional de Medicamentos. **Gran Cursos Saúde [online]**. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1L5OGk1jIsHYNDQKNLnvQSKB9IbLuZAj4/view>. Acesso 01 out 2022.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z. ; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos [online]. **Fiocruz**, p. 112. 2017. Disponível em <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=z-vmAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=acesso+a+saude+assist%C3%A2ncia+farmaceutica&ots=7krZzpha4D&sig=AZJ84fdRWzPgxZquXnyUr0VthUk#v=onepage&q=acesso%20a%20saude%20assist%C3%A2ncia%20farmaceutica&f=false>. Acesso em 22 jul. 2022.

QUEMEL F. S. *et al.* Guia De Orientação Para Elaboração Da Relação Municipal De Medicamentos Essenciais (Resumo) **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v, 21, n. 2, p. 54-60, 2017. Disponível em https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180103_165733.pdf. Acesso em 15 jul. 2022.

RIBEIRO, P. T. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional, v. 14, n. 3. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300017>>. Acesso 01 out. 2022

ROVER, M. R. M. *et al.* Acesso a medicamentos de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5499-5508, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VDv9JVTKCvnHVSyg49r5QLn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 07 set. 2022

SANTANA, R. S. *et al.* A institucionalização da seleção de medicamentos em hospitais públicos por meio do planejamento estratégico situacional. **Rev. Adm. Pública**, v. 48, n. 6, p. 1587-1603, 2014.

ZANETTI, M. O. B., MARCHETTI, J. M., ANDRADE, R. C. G. Adequação da prescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto-SP: estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.12, p.1-11. 2017. Disponível em <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1443/877>. Acesso 25 abr. 2022.