

Descentralização do acesso a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Paraná – Brasil

Decentralizing access to the Specialized Medicines Program in Parana – Brazil

Paula Rossignoli¹, Deise Regina Sprada Pontarolli², Priscilla Marys Limberger³, Roberto Pontarolo⁴, Fernando Fernandez-Llimos⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8691-7359> Farmacêutica. Doutora em Assistência Farmacêutica. Coordenação de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: paula.rossignoli@sesa.pr.gov.br
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0694-6740> Farmacêutica. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica. Coordenação de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: deiseponta@gmail.com
3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2788-1368> Farmacêutica. Mestre em Assistência Farmacêutica. Centro de Medicamentos do Paraná da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: priscillamarys@sesa.pr.gov.br
4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7049-4363> Professor. Doutor em Ciências (Bioquímica). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: pontarolo@ufpr.br
5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8529-9595>. Professor. Doutor em Farmácia. Universidade do Porto, Porto, Portugal.
E-mail: fllimos@ff.up.pt

RESUMO

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica contempla medicamentos para tratamento de doenças crônicas, incluindo doenças raras, no âmbito do Sistema Único de Saúde. As secretarias estaduais de saúde são responsáveis pelo acesso a esses medicamentos. No Paraná, originalmente os locais de acesso se limitavam aos 22 municípios-sede de regionais de saúde. O objetivo deste estudo foi descrever a evolução histórica e analisar fatores associados à descentralização da dispensação às secretarias municipais de saúde. Foram obtidas as datas de descentralização aos municípios entre 2009 e 2022. Foram calculados antiguidade e tempo para

atingir 90% dos usuários do município. O número de municípios descentralizados passou de apenas um em 2009 para 374 em 2022. A regional de saúde foi o único fator associado à velocidade da descentralização e de implementação. A descentralização se mostrou um processo inovador, com maior acessibilidade geográfica e equidade no acesso ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DESCRITORES: Acessibilidade aos Serviços de Saúde. Assistência Farmacêutica. Equidade em Saúde.

ABSTRACT

The Specialized Medicines Program (CEAF) is a group of medicines used to treat chronic diseases, including rare diseases, under the Brazilian National Health Service (SUS). The State Health Administrations (SES) are responsible for ensuring access to CEAF medicines. In Parana, which consists of 399 municipalities, access to CEAF drugs was limited to the 22 municipalities where the Regional Health Administration (RS) was located. The objective of the study was to describe the historical evolution, and the factors related to the process of decentralization of CEAF dispensing to the existing municipal pharmacies. Dates of decentralization of CEAF dispensing from 2009 to 2022 were obtained. The time from decentralization and the time to reach 90% of users were calculated for each municipality. From 2009 to 2022, the number of municipalities with decentralized CEAF increased from 1 (0.3%) to 374 (99.2%). Being part of some RS was the only factor associated with a rapid adoption of decentralization and a rapid full implementation. Dispensing decentralization was assimilated to an innovative process, dependent on municipal-state inter-sectoral relationships, which increases geographic accessibility and improves equity on CEAF program.

DESCRIPTORS: Health Services Accessibility. Pharmaceutical Services. Health Equity.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi precursor no desenvolvimento de políticas públicas com gestão participativa e com compartilhamento de responsabilidades e divisão de atribuições entre os três níveis de governo¹. Permeada por muitos desafios, a Assistência Farmacêutica (AF) ambulatorial no SUS vem sendo construída e executada de forma tripartite, com responsabilidades distintas entre os três níveis de gestão nos três componentes da AF (i.e., Básico (CBAF), Estratégico (CESAF) e Especializado (CEAF)), não somente em questões de financiamento, mas também na efetivação do acesso aos medicamentos²⁻³.

O CEAF compreende um conjunto de medicamentos para tratamento de doenças crônicas, incluindo doenças raras, cujas linhas de cuidado estão descritas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde⁴, que trazem os critérios para acesso a esses medicamentos⁵. A responsabilidade pela regulação e efetivação do acesso ao CEAF é das Secretarias Estaduais de Saúde (SES)⁶. Diferentemente dos medicamentos do CBAF e do CESAF, que são dispensados aos usuários em unidades e farmácias municipais, o acesso da população ao CEAF ocorre originalmente de forma centralizada em farmácias estaduais, existentes apenas em alguns municípios do estado. Essa organização pode restringir os locais de dispensação aos maiores centros urbanos do estado, onde normalmente estão localizadas as sedes das regiões de saúde das SES⁷. A existência do CBAF e do CEAF acabaram por resultar em duas redes diferentes de atendimento ao usuário para a dispensação de medicamentos ambulatoriais no SUS levando muitas vezes à fragmentação do acesso e impondo obstáculos aos usuários do CEAF⁸.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) demonstrou melhora no acesso a medicamentos no âmbito da atenção primária no SUS⁹, contudo, estudos demonstraram que há limitações de acesso a alguns tratamentos, como por exemplo, a medicamentos do CEAF¹⁰. Estudo sobre consumo de medicamentos do CEAF para artrite reumatoide no Paraná revelou aumento da prevalência de tratamento ao longo dos anos. No entanto, verificou-se que a prevalência do tratamento ficou bem abaixo da prevalência da doença,

demonstrando que há um número importante de pacientes sem acesso ao tratamento¹¹.

A equidade no acesso aos medicamentos é um grande desafio em todo o mundo¹²⁻¹³ e a acessibilidade geográfica, juntamente com a disponibilidade de medicamentos, são barreiras bem descritas à efetivação do acesso¹⁴. A ausência de farmácias perto das casas dos usuários dificulta a obtenção dos medicamentos e resulta numa utilização limitada do tratamento necessário em pacientes com problemas de mobilidade¹⁵. O acesso desigual a medicamentos pode exacerbar as disparidades no controle de doenças crônicas colocando aqueles que vivem em áreas mais afastadas em situação de desvantagem¹⁶. Além disso, o fornecimento de medicamentos próximo à residência também é considerado essencial para a continuidade dos cuidados em saúde em pacientes que recebem alta hospitalar e precisam de tratamento contínuo em nível ambulatorial¹⁷. Estudo conduzido no estado de Minas Gerais revelou que mais da metade dos pacientes residia em município diferente daquele em que recebia medicamento do CEAF e estavam a uma distância média de mais de 40 km do local de dispensação¹⁸. No estado do Rio de Janeiro um estudo revelou que 90 dos 93 municípios tinham acesso a medicamentos do CEAF em apenas 25 unidades/farmácias¹⁹. Na literatura, há apenas relatos isolados sobre descentralização do CEAF, que envolvem um único município ou uma única região de saúde²⁰⁻²¹.

Para minimizar os problemas de acesso ao CEAF, o Paraná iniciou nos últimos anos da década de 2000 a descentralização da dispensação dos medicamentos aos municípios utilizando a rede de farmácias públicas municipais. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo descrever a evolução histórica e analisar fatores associados à descentralização da dispensação do CEAF aos municípios no Paraná.

MÉTODO

Desenho do estudo

O Paraná é um estado da região Sul do Brasil com uma superfície de 199.315 km² e uma população de aproximadamente 11,4 milhões de habitantes, de acordo com o último censo de 2022, dividido em 399 municípios. O Paraná ocupa a quinta posição entre os estados, tanto em número de municípios quanto em população. Do

ponto de vista da organização da saúde, o Paraná está dividido em 22 regiões de saúde agrupadas em 4 macrorregiões. Cada região de saúde possui um município-sede, com estrutura administrativa da SES, também denominada Regional de Saúde (RS). Originalmente, no Paraná, os medicamentos do CEAF eram dispensados apenas nas farmácias estaduais situadas nos 22 municípios-sede das RS. A denominação “descentralização da dispensação do CEAF” adotada neste estudo se refere à transferência da dispensação dos medicamentos do CEAF da farmácia estadual da RS para as farmácias públicas dos municípios-não sede da RS. Trata-se, portanto, do processo de descentralização aos 377 municípios-não-sede de RS, municípios em que não havia originalmente dispensação de medicamentos do CEAF.

Foi realizado um estudo longitudinal retrospectivo com utilização de dados de dispensação do CEAF entre os anos de 2009 e 2022. O acesso aos dados foi autorizado pela Coordenação de Assistência Farmacêutica da SES/PR em 30 de janeiro de 2023. Neste estudo não foram utilizados dados de caráter pessoal dos pacientes do CEAF, motivo pelo qual não foi necessário aprovação por comitê de ética para pesquisa.

Coleta de dados

Para identificar a primeira dispensação realizada em cada município foi utilizada a informação sobre a dispensação de medicamentos do CEAF existente no sistema de informação utilizado na SES/PR para a gestão do componente especializado (Sismedex). Para a extração dos dados foi utilizado uma ferramenta de *business intelligence* que exporta a um arquivo de Microsoft Excel® as dispensações por meio da utilização de uma série de filtros a partir dos dados existentes no Sismedex. Para a presente extração foram selecionadas as dispensações de cada ano apenas para os PCDT de Asma e de Dislipidemia. Estes dois PCDT foram utilizados como “marcadores da descentralização” e foram escolhidos pelos seguintes critérios: a) protocolos existentes desde o início do período de análise (2009); b) elenco de medicamentos com poucas modificações no período; c) doenças de alta prevalência. Para cada ano o arquivo extraído continha: data da dispensação, farmácia dispensadora, município de residência do paciente e RS. Não foi exportado qualquer dado de caráter pessoal dos pacientes.

Para cada município foram obtidas a área territorial em km² da seção de organização do território do banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística - IBGE (www.ibge.gov.br) e a população reportada na seção de censo demográfico 2022 da área de estatísticas sociais do mesmo banco de dados. Foram calculadas também a distância entre o município de residência do paciente e a farmácia da RS e o tempo de viagem correspondente utilizando o Google Maps (www.google.com/maps).

Análise dos dados

Em cada um dos arquivos extraídos, foi identificada a primeira vez em que aparecia uma dispensação realizada em uma farmácia municipal. Foi definida a “antiguidade” da descentralização como o número de meses transcorridos desde a data da primeira dispensação realizada no município até dezembro de 2022. Foi calculado o nível de implementação da descentralização como a percentagem de usuários de um município atendidos na sua farmácia municipal sobre o total de usuários daquele município em dezembro de 2022. Foi definida a variável “tempo para atingir >90%” como os meses transcorridos entre a primeira dispensação realizada no município e o mês em que o nível de implementação da descentralização atingiu pelo menos 90% dos usuários do município.

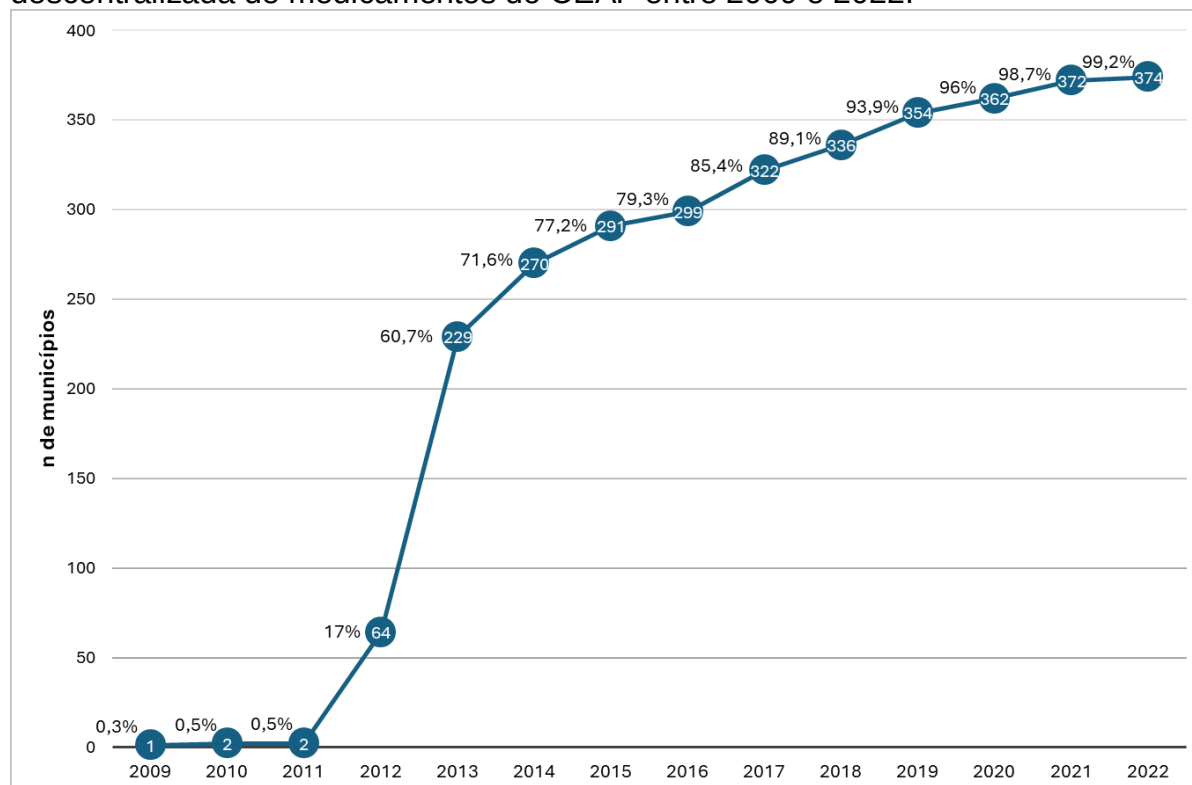
Foi realizada uma análise bivariada entre as variáveis dependentes “antiguidade” e “tempo para atingir >90%” e as variáveis independentes: a) RS; b) área territorial; c) população; d) distância à RS; e) tempo de viagem à RS. Devido ao viés identificado nas distribuições, as variáveis quantitativas foram apresentadas como mediana e intervalo interquartil. Para a associação entre antiguidade e tempo para atingir >90% com a RS a qual pertence o município, foi realizado um teste de *Kruskal-Wallis*. Foram ainda avaliadas as correlações entre essas duas variáveis e área territorial, população, distância à RS e tempo de viagem por meio do teste de *Spearman*. Para estes testes foi considerado nível de significância de 5%. Os cálculos estatísticos foram realizados utilizando-se o SPSS versão 28.

RESULTADOS

A descentralização da dispensação do CEAF a uma farmácia municipal ocorreu pela primeira vez em 2009. Ao final de 2022, três municípios, com percentual de 0,85% (n=3.038) do total de usuários do CEAF, ainda não tinham iniciado a dispensação

descentralizada. A descentralização ocorreu, portanto, em 374 dos 377 municípios potenciais (99,2%). Dos 374, apenas 5 municípios não haviam atingido mais de 90% do atendimento dos seus usuários em dezembro de 2022. A evolução no número de municípios que assumiram a dispensação descentralizada do CEAf entre os anos de 2009 e 2022 é demonstrada na Figura 1.

Figura 1. Evolução do número de municípios que passaram a ter a dispensação descentralizada de medicamentos do CEAf entre 2009 e 2022.



Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Ao longo do período de análise (2009 a 2022), o total de usuários atendidos nos municípios com dispensação descentralizada passou de 0,7% para 52,2% do total de usuários do estado, superando, em 2022, o número de pacientes atendidos nos municípios-sede de RS (Tabela 1).

Tabela 1. Evolução do número de usuários atendidos nos municípios-não-sede em que houve descentralização da dispensação do CEAF.

Ano	Total de usuários CEAF	Usuários atendidos no município descentralizado (município não-sede)	% usuários
2009	76.774	538	0,7%
2010	87.509	1.284	1,5%
2011	95.783	1.874	2,0%
2012	106.980	9.131	8,5%
2013	127.165	31.715	24,9%
2014	147.296	46.767	31,8%
2015	162.409	57.609	35,5%
2016	184.508	69.249	37,5%
2017	209.751	82.601	39,4%
2018	236.948	100.847	42,6%
2019	264.509	119.914	45,3%
2020	278.162	130.400	46,9%
2021	317.293	158.142	49,8%
2022	356.066	185.821	52,2%

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Na Tabela 2 é apresentada a análise da descentralização da dispensação do CEAF considerando-se a antiguidade da descentralização em meses, relativa ao período de janeiro de 2009 a dezembro de 2022, verificando-se variações entre 121 meses de mediana para os 29 municípios da RS de Maringá até 39 meses para os 15 municípios da RS de Ivaiporã. Foi encontrada associação entre a antiguidade da descentralização da dispensação do CEAF e a Regional de Saúde (*Kruskal-Wallis* $H = 253,259$; $p < 0,001$). Não foi encontrada correlação entre a antiguidade da descentralização da dispensação do CEAF e: a) área territorial do município (*Spearman* $p = 0,501$); b) população do município ($p = 0,828$); c) distância do município à RS ($p = 0,512$) e d) tempo de viagem do município à RS ($p = 0,275$).

Tabela 2. Análise descritiva da antiguidade da descentralização da dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica por Regional de Saúde (RS).

RS	Município-sede da RS	nº municípios descentralizados/total municípios*	Mediana antiguidade (meses)	Intervalo interquartilico
1	Paranaguá	6/6	62,5	48,5 - 81,50
2	Curitiba	25/28	56,5	28,25 - 111,75
3	Ponta Grossa	11/11	116	97 - 122
4	Irati	8/8	114,5	112,5 - 115,75
5	Guarapuava	19/19	112	111 - 115
6	União da Vitória	8/8	110	101,5 - 111
7	Pato Branco	14/14	110,5	110 - 113
8	Francisco Beltrão	26/26	118,5	116 - 121
9	Foz do Iguaçu	8/8	103,5	93,75 - 113
10	Cascavel	24/24	76,5	54 - 88
11	Campo Mourão	24/24	114	111,75 - 114
12	Umuarama	20/20	112	102 - 114
13	Cianorte	10/10	112	110,75 - 113,75
14	Paranavaí	27/27	111	110 - 112
15	Maringá	29/29	121	118 - 122
16	Apucarana	16/16	63	62,25 - 64
17	Londrina	20/20	60,5	22 - 81
18	Cornélio Procopio	20/20	112	110,25 - 113
19	Jacarezinho	21/21	105	102 - 114
20	Toledo	17/17	121	121 - 121
21	Telêmaco Borba	6/6	97	96 - 97,5
22	Ivaiporã	15/15	39	36 - 42

Nota: *exceto município-sede da Regional de Saúde

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Na Tabela 3 é apresentada a análise da descentralização da dispensação do CEAF considerando o tempo para atingimento da descentralização superior a 90% em dezembro de 2022. Aqui também foram encontradas variações importantes na intensidade do processo de descentralização, com quatorze RS atingindo 90% no primeiro mês de implementação e, no extremo oposto, uma RS onde a mediana ficou em 28,5 meses para atingir esse nível de implementação. Foi encontrada associação entre o tempo para atingir >90% da descentralização da dispensação do CEAF e a RS (*Kruskal-Wallis* $H=115,764$; $p<0,001$). Não foi encontrada correlação entre o tempo para atingir >90% da descentralização da dispensação do CEAF e: a) a área territorial do município ($p=0,091$); b) a distância do município à Regional de Saúde ($p=0,271$) e

c) o tempo de viagem do município à RS ($p=0,823$). Foi encontrada uma correlação significativa ($p<0,001$), com proporção direta, ainda que fraca, ($\rho=0,167$), entre o tempo para atingir >90% da descentralização da dispensação do CEAF e a população do município.

Tabela 3. Implementação da descentralização da dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) por Regional de Saúde (RS) em dezembro de 2022.

RS	Município-sede RS	nº municípios descentralizados /total municípios*	Municípios > 90% implementação	Tempo (meses) para atingir 90% de implementação Mediana	Intervalo interquartilico
1	Paranaguá	6/6	6	28,5	4,5 - 37,25
2	Curitiba	25/28	22	10	2 - 21,25
3	Ponta Grossa	11/11	11	0	0 - 1
4	Irati	8/8	8	0	0 - 4,5
5	Guarapuava	19/19	19	2	2 - 3
6	União da Vitória	8/8	8	0	0 - 0
7	Pato Branco	14/14	14	3	2 - 3,25
8	Francisco Beltrão	26/26	26	0	0 - 0
9	Foz do Iguaçu	8/8	8	1	0 - 3,5
10	Cascavel	24/24	24	0	0 - 1
11	Campo Mourão	24/24	24	0	0 - 1
12	Umuarama	20/20	20	0	0 - 0
13	Cianorte	10/10	10	0	0 - 0,75
14	Paranavaí	27/27	27	0	0 - 4
15	Maringá	29/29	28	0	0 - 2,5
16	Apucarana	16/16	16	1,5	1 - 3
17	Londrina	20/20	19	2	0 - 13
18	Cornélio Procopio	20/20	20	0	0 - 2,5
19	Jacarezinho	21/21	21	0	0 - 1
20	Toledo	17/17	17	0	0 - 0
21	Telêmaco Borba	6/6	6	1	0,75 - 15,25
22	Ivaiporã	15/15	15	0	0 - 3

Nota: *exceto município-sede da Regional de Saúde

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

DISCUSSÃO

O processo de descentralização do CEAF aos municípios foi heterogêneo tanto entre as diferentes RS quanto numa mesma RS, com diferenças na antiguidade da descentralização e no tempo de implementação (tempo para atingir >90%). Nesse processo de descentralização foi possível observar três fases: nos dois primeiros anos não se alcançou 1% dos municípios, entre o terceiro e quinto ano houve um incremento brusco, superando 60% dos municípios, seguindo para a terceira fase, a partir de 2013, com crescimento paulatino até atingir 99,2% dos municípios em 2022. Ao final do período de análise, apenas três municípios com número de usuários equivalente a menos de 1% do total de usuários do CEAF no estado, ainda não haviam iniciado a descentralização.

A descentralização da dispensação do CEAF, que aumentou a acessibilidade geográfica a esses medicamentos, pode ser considerada um modelo inovador, uma vez que buscou a instituição de um novo processo para acesso, diferente do padrão anterior²². Nesse sentido, é possível comparar o processo ocorrido no Paraná ao modelo de difusão de inovação Everett Rogers²³ e notar que a curva da evolução do número de municípios com dispensação descentralizada do CEAF apresentada na Figura 1 se assemelha à “curva em S”. Esse modelo de difusão de inovação propõe diferentes perfis na adoção de uma inovação ao longo do tempo.

A descentralização do acesso a medicamentos especializados no sistema público também ocorreu em Portugal durante a pandemia de COVID-19. Um estudo sobre os benefícios do modelo adotado neste país, revelou melhora significativa na adesão à terapia autorrelatada, redução de custos para os pacientes, além de um aumento significativo nos níveis de satisfação do usuário²⁴. É possível que benefícios semelhantes tenham sido obtidos no Paraná com a descentralização da dispensação do CEAF, o que deveria ser avaliado em estudos futuros.

Em relação às variáveis dependentes avaliadas, observou-se que RS com maior população (Curitiba e Londrina) apresentaram amplo intervalo tanto na antiguidade da descentralização, quanto no tempo de implementação, demonstrando comportamentos bastante distintos entre os municípios. A dificuldade de alguns municípios em aderir ao processo de descentralização pode ser reflexo da sobrecarga do modelo de municipalização adotado no SUS²⁵. Disparidades entre os municípios e assimetrias na capacidade de gestão estão entre os maiores desafios da

descentralização²⁶.

Tanto a antiguidade da descentralização quanto o tempo de implementação tiveram associação com RS, indicando que a regional influenciou essas variáveis. Não havendo nenhuma característica ou diferença entre as RS que pudesse ser testada para investigar a associação, é necessário refletir sobre a regionalização e descentralização do SUS para buscar compreender os resultados²⁷. O processo de descentralização nas RS pode ter sido influenciado pela governança regional, processo que envolve articulação, gestão e decisão intergovernamental, iniciado a partir do pacto pela saúde de 2006. Admitindo múltiplos partícipes, esse processo envolve relações intersetoriais constituindo-se num processo político, condicionado pelas relações estabelecidas entre diferentes atores sociais²⁸.

Assumir a dispensação do CEAF pode gerar custos adicionais aos municípios pelo maior volume de pacientes, entretanto, é importante ponderar que muitos usuários do CEAF já são atendidos em farmácias municipais para recebimento de medicamentos do CBAF. Ainda assim, entende-se que esse processo pode requerer tanto melhorias na estrutura física das farmácias, quanto incremento de recursos humanos²⁹, sobretudo em locais com capacidade instalada já esgotada. Nesse sentido, o Paraná implantou em 2012 um incentivo financeiro aos municípios para a estruturação e manutenção das farmácias municipais, denominado Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica (IOAF). Entre 2012 e 2023 foi repassado mais de 71 milhões de reais entre recursos de investimento e de custeio. Atualmente, o valor anual de repasse é calculado com base no número de pacientes do CEAF atendidos no município³⁰.

O processo de descentralização apresentado neste estudo teve como foco viabilizar o acesso do usuário a medicamentos do CEAF no seu município de residência. Sendo assim, não envolveu inicialmente os municípios-sede das RS, que já contavam com a dispensação nas farmácias estaduais. No entanto, nos municípios-sede persistiu o fenômeno de duas redes de dispensação (CBAF e CEAF) o que obrigava o usuário a ir a duas farmácias diferentes quando do uso de medicamentos de ambos os componentes. Para viabilizar o acesso dos usuários aos medicamentos em um único local, uma segunda onda do processo de descentralização está em andamento, com a incorporação dos municípios-sede das RS, buscando-se a totalidade da descentralização da dispensação do CEAF nas farmácias municipais.

Limitação

No presente estudo foram utilizados apenas dois PCDT para avaliar o início da descentralização da dispensação de todos os medicamentos do CEAF aos municípios, no entanto, estes são os PCDT com maior número de usuários e vigentes durante todo o período de análise.

CONCLUSÃO

A análise do histórico da descentralização da dispensação do CEAF aos municípios no Paraná revelou a existência de um processo longo e heterogêneo de implementação, mas também progressivo e consolidado, sem a ocorrência de recentralização. O pertencimento a algumas RS foi o único fator associado tanto à rápida adoção da descentralização pelo município como à velocidade de implementação. A descentralização da dispensação do CEAF se mostrou um processo inovador, que ocorreu a partir de articulações e relações intersetoriais, no âmbito das regiões de saúde, com vistas à maior equidade no acesso aos medicamentos do CEAF no Paraná.

REFERÊNCIAS

1. Machado JA, Paloti PLM. Entre cooperação e centralização. Federalismo e políticas sociais no Brasil pós-1988. RBCS. 2015;30(88). DOI: <https://doi.org/10.17666/308861-82/2015>
2. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, Vasconcelos DMM, Chaves GC, Oliveira MA, et al. Pharmaceutical Services and comprehensiveness 30 years after the advent of Brazil's Unified Health System. Cien Saude Colet. 2018;23(6):1937-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>
3. Pontarolli DRS, Moretoni C, Rossignoli P. A Organização da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Direito à Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2015. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/direito-a-saude/>
4. Ministério da Saúde. Componente especializado da assistência farmacêutica: Inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Brasília, DF: Ministerio da Saúde; 2014. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/publicacoes/livro-2-completo-para-site-com-isbn.pdf/view>

5. Tavares NU, Luiza VL, Oliveira MA, Costa KS, Mengue SS, Arrais PS, et al. Free access to medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(suppl 2):7s. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006118>
6. Fatel KO, Rover MRM, Mendes SJ, Leite SN, Storpirtis S. Challenges in the management of high-priced drugs in the SUS: evaluation of Pharmaceutical Policy in Sao Paulo, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2021;26(11):5481-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.00842021>
7. Rover MRM, Pelaez CMV, Faraco EB, Farias MR, Leite SN. An evaluation of governance capacity of the specialized component of pharmaceutical services in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2017;22(8):2487-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.01602017>
8. Rover MRM, Pelaez CMV, Farias MR, Leite SN. Da organização do sistema à fragmentação 691 do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2016;26(2):691-711. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200017>
9. Meiners M, Tavares NUL, Guimaraes LSP, Bertoldi AD, Pizzol T, Luiza VL, et al. Access and adherence to medication among people with diabetes in Brazil: evidences from PNAUM. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(3):445-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030008>
10. Vieira FS. Evolução do Gasto com Medicamentos do Sistema Único de Saúde no Período de 2010 a 2016. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2018. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8250>
11. Germano JL. Estudo de utilização de medicamentos para artrite reumatoide no componente especializado da assistência farmacêutica no estado do paraná [dissertação]. Curitiba-PR: Universidade Federal do Paraná; 2020. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/handle/1884/67205>
12. Cameron A, Ewen M, Ross-Degnan D, Ball D, Laing R. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet*. 2009;373(9659):240-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61762-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61762-6)
13. World Health Organization. Equitable access to essential medicines : a framework for collective action. World Health Organization. [citado em 2023 nov 03]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/68571>
14. Silva AM, Fausto MCR, Gonçalves MJF. Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária   saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019 *Cad Saúde Pública*. 2023;39(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT163722>

15. Padeiro M. Geographical accessibility to community pharmacies by the elderly in metropolitan Lisbon. *Res Social Adm Pharm*. 2018;14(7):653-62. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.07.014>.
16. Guadamuz JS, Durazo-Arvizu RA, Daviglius ML, Calip GS, Nutescu EA, Qato DM. Statin nonadherence in Latino and noncitizen neighborhoods in New York City, Los Angeles, and Chicago, 2012-2016. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2021;61(4):e263-e78. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.japh.2021.01.032>
17. Clark RA, Coffee N, Turner D, Eckert KA, van Gaans D, Wilkinson D, et al. Application of geographic modeling techniques to quantify spatial access to health services before and after an acute cardiac event: the Cardiac Accessibility and Remoteness Index for Australia (ARIA) project. *Circulation*. 2012;125(16):2006-14. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.083394>
18. Almeida-Brasil CC, Costa Jde O, Aguiar VC, Moreira DP, Moraes EN, Acurcio Fde A, et al. Access to medicines for Alzheimer's disease provided by the Brazilian Unified National Health System in Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(7):e00060615. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00060615>
19. Lima-Dellamora EC, Caetano R, Osorio-de-Castro CG. Dispensing specialized component medicines in areas of the State of Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2012;17(9):2387-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000900019>
20. Morais-Borges KD, Paula-Franca FA, Franca-Fonteles M. Analyses of the pharmacotherapeutic profile and treatment costs of patients treated by the specialized component of pharmaceutical care in the city of Caririçu, Ceará. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude*. 2023;14(2):1-8. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: <https://rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/920/786>
21. Silva AA, Costa SM. A descentralização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na 15ª região de saúde do estado do Ceará. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude*. 2015;6(1):37-40. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: <https://rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/214>
22. OECD, Eurostat. Oslo Manual 2018. Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation. Paris/Eurostat, Luxembourg: OECD Publishing; 2018. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/oslo-manual-2018_9789264304604-en.html
23. Rogers EM. Diffusion of Innovations. 5 ed. New York: Free Press; 2003. 576 p.
24. Murteira R, Romano S, Teixeira I, Bulhosa C, Sousa S, Conceicao MI, et al. Real-World Impact of Transferring the Dispensing of Hospital-Only Medicines to Community Pharmacies During the COVID-19 Pandemic. *Value Health*. 2022;25(8):1321-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2022.03.004>
25. Viana AL, Heimann LS, de Lima LD, de Oliveira RG, Rodrigues Sda H. Significant changes in the health system decentralization process in Brazil. *Cad*

- Saude Publica. 2002;18 Suppl:139-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700014>
26. Faleiros DR, Acurcio FA, Alvares J, Nascimento R, Costa EA, Guibu IA, et al. Financing of Pharmaceutical Services in the municipal management of the Brazilian Unified Health System. Rev Saude Publica. 2017;51(suppl 2):14s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007060>
27. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra I. Regionalization in the SUS: implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers. Cien Saude Colet. 2017;22(4):1155-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>
28. de Lima LD, de Queiroz LF, Machado CV, Viana AL. Decentralization and regionalization: dynamics and conditioning factors for the implementation of the Health Pact in Brazil. Cien Saude Colet. 2012;17(7):1903-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>
29. Pierantoni CR, Garcia AC. Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system. Hum Resour Health. 2011;9:12. DOI: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-9-12>
30. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Relatório anual de gestão 2023. [citado em 2024 out 01]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Relatorio-Anual-de-Gestao>

RECEBIDO: 21/12/2024
APROVADO: /03/2025