

Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde

Daniel Resende Faleiros^I, Francisco de Assis Acurcio^{II}, Juliana Álvares^{II}, Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento^I, Ediná Alves Costa^{III}, Ione Aquemi Guibu^{IV}, Orlando Mario Soeiro^V, Silvana Nair Leite^{VI}, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski^{VII}, Karen Sarmiento Costa^{VIII}, Augusto Afonso Guerra Junior^I

^I Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil

^{IV} Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^V Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil

^{VI} Departamento de Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{VII} Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

^{VIII} Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Discutir fatores relacionados ao financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da gestão municipal do Sistema Único de Saúde.

MÉTODOS: A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil – Serviços é um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, que realizou levantamento de dados em amostra estratificada pelas regiões brasileiras, consideradas diferentes populações de estudo no plano de amostragem representativa de serviços de atenção primária em municípios. Os dados foram coletados em 2015, na forma presencial mediante a aplicação de roteiros de observação direta, entrevistas com usuários, médicos e responsáveis pela entrega dos medicamentos nos serviços de atenção primária e entrevistas telefônicas com gestores municipais de saúde e responsáveis municipais pela assistência farmacêutica. Os resultados foram extraídos dos questionários aplicados por telefone.

RESULTADOS: Da amostra de 600 municípios elegíveis, foram coletadas 369 entrevistas (61,5%) com secretários e 507 (84,5%) com responsáveis pela assistência farmacêutica. Em 70,8% dos municípios existe sistema informatizado de gestão; e em 11,9% qualificação/capacitação dos profissionais. Mais da metade (51,3%) dos municípios receberam recursos destinados à estruturação da assistência farmacêutica, quase 60% desses municípios realizou este tipo de gastos. Em 35,4% dos casos, secretários municipais de saúde afirmaram utilizar recursos de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica para cobrir demandas de outros medicamentos, mas apenas 9,7% acreditam que esses recursos são suficientes para atender à demanda. A existência de comissão permanente de licitação exclusiva para a aquisição de medicamentos foi registrada em 40,0% dos municípios.

CONCLUSÕES: São graves as deficiências, a pouca preocupação com a formalidade na execução dos recursos públicos, os gastos ocorridos para atendimento de demandas individuais em detrimento da coletividade, a insuficiência de recursos destinados ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica e a exaustão do modelo de financiamento.

DESCRIPTORIOS: Assistência Farmacêutica, economia. Financiamento da Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

Correspondência:

Daniel Resende Faleiros
PPGMAF – Faculdade de Farmácia
Universidade Federal de Minas Gerais
Avenida Presidente Antônio Carlos,
6627 Pampulha 31.270-901
Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: dfaleiros@gmail.com

Recebido: 30 mar 2016

Aprovado: 07 fev 2017

Como citar: Faleiros DR, Acurcio FA, Álvares J, Nascimento RCRM, Costa EA, Guibu IA, et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 2:14s.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

O financiamento dos sistemas de saúde tem se tornado um grande desafio frente à crescente demanda por ações e serviços de saúde. Destaca-se o gasto farmacêutico que vem se conformando como uma verdadeira ameaça à sustentabilidade dos sistemas públicos¹⁶. Estes gastos podem ser bastante significativos em função do alto valor unitário de alguns medicamentos ou pelo grande volume de itens necessários a suprir as necessidades da população.

De uma forma ou de outra, tais valores têm se mostrado expressivos frente ao conjunto dos gastos totais com saúde, seja na conta do cidadão ou do Poder Público. No ano de 1996, medicamentos representavam 37% dos gastos totais das famílias brasileiras com saúde, passando para 47% em 2008¹⁰. Por outro lado, a previsão de gastos do gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS), para promoção e organização da Assistência Farmacêutica (AF), manutenção e funcionamento do Programa Farmácia Popular (gratuidade e co-pagamento), produção de fármacos, medicamentos e fitoterápicos, bem como para aquisição, distribuição de medicamentos dos Componentes da AF e para o tratamento dos portadores de HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, totalizou R\$13,2 milhões para o ano de 2017, representando mais de 11% do total de despesas fixadas para o Ministério da Saúde⁷.

A Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM)¹¹ – Serviços teve por objetivo caracterizar a organização dos serviços de AF na atenção primária à saúde no SUS, com vistas à promoção do acesso e do uso racional de medicamentos, bem como identificar e discutir fatores que comprometem a consolidação da AF no âmbito municipal. O presente estudo integra a PNAUM – Serviços e teve por objetivo discutir fatores relacionados ao financiamento do CBAF no âmbito municipal.

MÉTODOS

A PNAUM – Serviços é um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, que realizou o levantamento de dados em uma amostra representativa de serviços de atenção primária em municípios. A amostra foi estratificada pelas regiões brasileiras, consideradas as diferentes populações de estudo no plano de amostragem¹.

Os dados foram coletados de julho de 2014 a maio de 2015, por meio de entrevistas realizadas presencialmente e por telefone. Na forma presencial, a coleta de dados foi realizada mediante aplicação de roteiros de observação direta, entrevistas com usuários, médicos e responsáveis pela entrega dos medicamentos nos serviços de atenção primária do SUS. Por telefone, com a utilização de questionários semiestruturados direcionados aos gestores municipais de saúde e responsáveis municipais pela AF, aplicados por meio de entrevistas realizadas por pesquisadores devidamente treinados, com utilização de tecnologia entrevista telefônica assistida por computador. Todas as entrevistas, presenciais ou por telefone, foram precedidas pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido¹.

Os instrumentos objetivaram conhecer a organização dos serviços de AF, incluindo o financiamento, bem como a conduta local relativa à utilização dos recursos financeiros dedicados ao CBAF. Os resultados pertinentes aos fatores relacionados ao financiamento foram extraídos dos questionários aplicados aos secretários municipais de saúde e aos responsáveis pela AF dos municípios. Os resultados pertinentes aos fatores relacionados ao financiamento foram extraídos dos questionários aplicados aos secretários municipais de saúde e aos responsáveis pela AF dos municípios, constantes nos seguintes grupos de variáveis: gestão dos recursos financeiros, utilização de sistemas informatizados, capacitação e qualificação de profissionais, formas de aquisição de medicamentos e estruturação da AF.

A análise estatística contou com cálculo de frequências absolutas e relativas (com intervalos de 95% de confiança). A comparação de grupos foi realizada por meio do teste qui-quadrado de

Pearson. A análise dos dados foi realizada por meio do *software* SPSS®, versão 22, utilizando-se o plano de amostras complexas¹.

O projeto de pesquisa obteve aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por meio do parecer número 398.131 de 16/set/2013.

RESULTADOS

Da amostra calculada de 600 municípios elegíveis para o estudo, foram realizadas 369 entrevistas (61,5%) com secretários municipais de saúde e 507 (84,5%) com responsáveis pela AF dos municípios.

De acordo com os secretários, 54% dos municípios brasileiros adotaram o regime de descentralização parcial na forma de pactuação da execução dos recursos do CBAF, seguidos de 30,8%, que adotaram o regime totalmente descentralizado (Figura 1). A coordenação da AF contava com total autonomia de gestão dos recursos financeiros definidos para a AF em 22,7% dos municípios e parcial em 45,6%. Dos municípios avaliados, 67,3% realizaram gastos destinados à estruturação da AF no ano anterior à pesquisa. Recursos do CBAF foram utilizados para cobrir demandas de medicamentos não pertencentes a este componente por 35,4% dos municípios. Registrou-se ainda que 9,7% dos secretários municipais de saúde afirmaram que os recursos destinados ao CBAF eram suficientes para atender às demandas da população.

Sob a perspectiva dos responsáveis pela AF, a coordenação da AF tinha autonomia de gestão dos recursos financeiros definidos para a AF em 19,7% dos municípios. A autonomia parcial de gestão desses recursos ocorria em 38,2% dos municípios. Registrou-se que 70,8% dos municípios brasileiros contavam com um sistema informatizado para a gestão da AF, com destaque para região Sul (88,8%). Atividades para qualificação ou capacitação de profissionais da AF ocorreram em 11,9% dos municípios (Tabela 1).

Mais da metade dos municípios recebeu, no ano anterior à pesquisa, recursos provenientes dos estados ou da União destinados à estruturação da AF. Pouco mais de 50% dos municípios realizaram algum tipo de gasto com a estruturação da AF. Conforme declarado pelos entrevistados, 86,4% dos municípios aplicaram, no ano anterior ao da pesquisa, o valor total pactuado de contrapartida do CBAF, contra 72,7% dos estados (Tabela 1). Questionados quanto à suficiência dos recursos financeiros do CBAF para atender à demanda do município, cerca de 37% dos responsáveis pela AF nas regiões Sul e Centro-Oeste avaliaram positivamente, enquanto nas regiões Norte e Nordeste esses percentuais foram de apenas 13,6% e 21,8%, respectivamente (Figura 2).

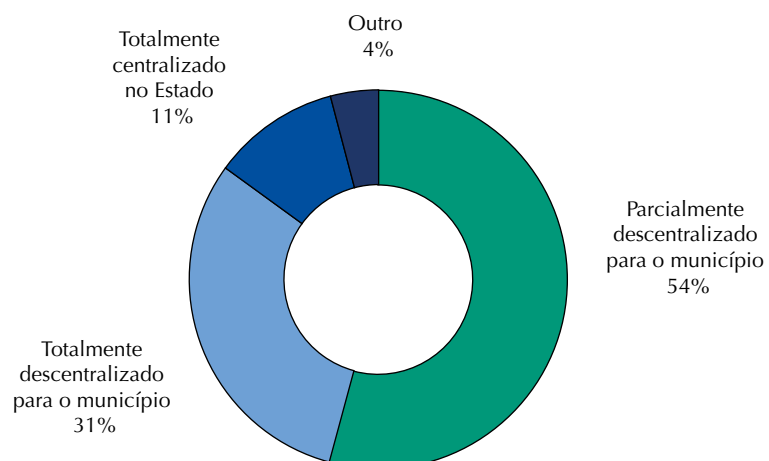


Figura 1. Forma de pactuação da execução dos recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica nos municípios, segundo secretários municipais de saúde. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

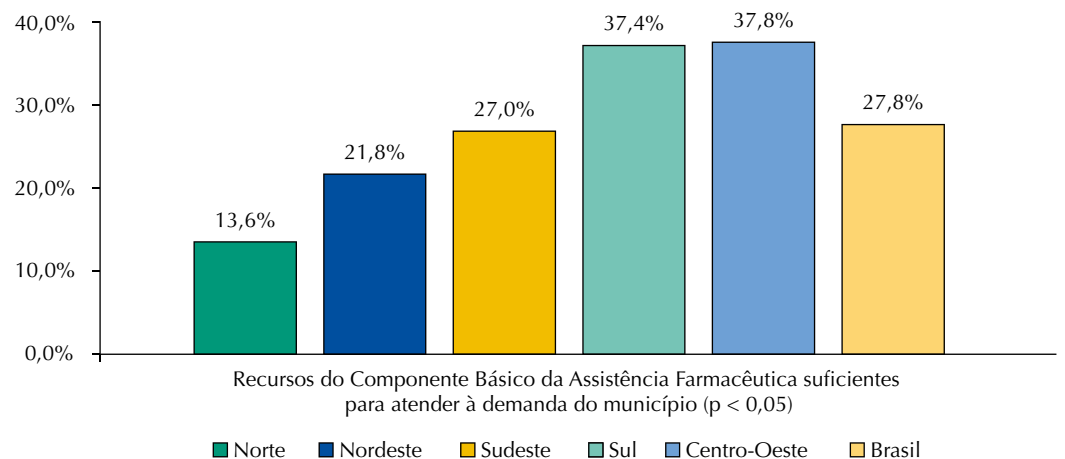
Tabela 1. Dados informados pelos responsáveis pela assistência farmacêutica municipal segundo regiões brasileiras. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Variável	Centro-Oeste		Norte		Nordeste		Sul		Sudeste		Brasil	
	n ^a	% (IC95%)	n ^a	% (IC95%)	n ^a	% (IC95%)	n ^a	% (IC95%)	n ^a	% (IC95%)	n ^a	% (IC95%)
A coordenação da AF tem autonomia de gestão dos recursos financeiros												
Sim, totalmente	17	19,5 (12,4–29,2)	10	10,8 (5,6–19,6)	16	15,3 (8,7–25,3)	24	24,3 (16,7–33,9)	20	22,8 (15,0–33,0)	87	19,7 (15,7–24,4)
Sim, parcialmente	30	30,9 (22,2–41,3)	22	25,0 (16,7–35,6)	35	38,4 (28–49,9)	43	42,3 (32,8–52,5)	38	39,8 (29,9–50,7)	168	38,2 (33,0–43,6)
Existe sistema informatizado para a gestão da AF ^b												
Sim	54	53,5 (43,5–63,3)	41	40,1 (30,5–50,5)	60	61,2 (50,0–71,4)	95	88,8 (80,9–93,7)	81	78,7 (69,2–85,8)	331	70,8 (66,0–75,1)
Existe no Município algum tipo de qualificação ou capacitação de profissionais da AF												
Sim	11	14,8 (8,4–24,9)	9	10,4 (5,3–19,2)	8	11,6 (5,6–22,4)	11	9,5 (4,8–17,8)	11	13,5 (7,6–22,8)	50	11,9 (8,6–16,2)
Município recebeu recursos (do Estado ou União) destinados à estruturação da AF no último ano												
Sim	23	43,2 (30,4–57,0)	23	35,8 (24,6–48,7)	37	60,6 (47,2–72,5)	27	42,1 (30,5–54,7)	35	53,9 (41,4–65,9)	145	51,3 (44,8–57,7)
Município realizou gastos com a estruturação da AF no último ano												
Sim	44	58,5 (47,0–69,1)	35	44,0 (32,9–55,8)	50	62,5 (50,5–73,2)	56	59,1 (48,4–69,0)	35	44,3 (33,0–56,2)	220	54,8 (49,1–60,5)
Município aplicou, no último ano, o valor total pactuado de contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica												
Sim	37	85,3 (70,8–93,3)	41	73,7 (59,8–84,1)	46	80,5 (67,0–89,4)	59	92,7 (83,0–97,0)	63	90,2 (79,8–95,5)	246	86,4 (81,1–90,4)
Estado aplicou, no último ano, o valor total pactuado na contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica ^b												
Sim	25	77,0 (59,4–88,4)	22	57,2 (40,7–72,3)	27	49,9 (35,1–64,8)	47	86,8 (74,7–93,7)	54	84,2 (72,4–91,6)	175	72,7 (65,7–78,6)
Existe uma comissão permanente de licitação exclusiva para a aquisição de medicamentos no município												
Sim	43	49,0 (38,6–59,5)	34	41,4 (31,2–52,4)	26	33,6 (23,5–45,6)	40	36,9 (27,8–46,9)	39	38,1 (28,5–48,7)	182	37,7 (32,6–43,0)
O Programa Farmácia Popular influencia na aquisição de medicamentos pelo município ^b												
Sim	54	56,1 (45,8–65,9)	32	33,2 (24,2–43,7)	29	35,9 (25,7–47,5)	61	58,4 (48,6–67,7)	60	61,7 (51,4–71,1)	236	50,9 (45,8–56,0)
O município adquiriu medicamento para atendimento de demandas judiciais no último ano ^b												
Sim	71	75,3 (65,3–83,2)	43	47,6 (36,7–58,6)	52	59,0 (46,3–70,6)	73	69,2 (59,1–77,7)	74	72,4 (62,3–80,7)	313	66,6 (61,3–71,5)

AF: assistência farmacêutica

^a Valor de n não ponderado, ^b p < 0,05

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

**Figura 2.** Nível adequado de suficiência dos recursos financeiros no Componente Básico da Assistência Farmacêutica atendimento das demandas, segundo responsáveis pela Assistência Farmacêutica, por regiões e Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

A existência de uma comissão permanente de licitação (CPL), exclusiva para a aquisição de medicamentos no município, foi relatada como existente em 37,7% dos municípios, com destaque para a região Centro-Oeste, que alcançou o índice de 49%. Quando questionados se o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) influenciava na aquisição de medicamentos realizada pelos municípios, 50,9% dos municípios registraram respostas afirmativas. Destacaram-se a região Norte, com o menor índice de interferência (33,2%) relatado e a região Sudeste, com o maior (61,7%). Registrou-se que 66,6% dos municípios adquiriram medicamentos para atendimento a demandas judiciais no ano anterior ao da pesquisa. A região Centro-Oeste destacou-se por apresentar o mais alto índice (75,3%) e a região Norte por apresentar o menor (47,5%) (Tabela 1).

A associação entre município e estado foi a forma de parceria para compras de medicamentos mais comum (26,2%), seguida de consórcio entre municípios (15,0%). A região Sul adotou a estratégia de consórcios em 52,2% dos municípios (Figura 3). Compra de medicamentos realizada em farmácias/drogarias locais foi registrada em 58,3% dos municípios, com ênfase para os municípios da região Norte que apresentaram o maior índice (73,4%) (Figura 4).

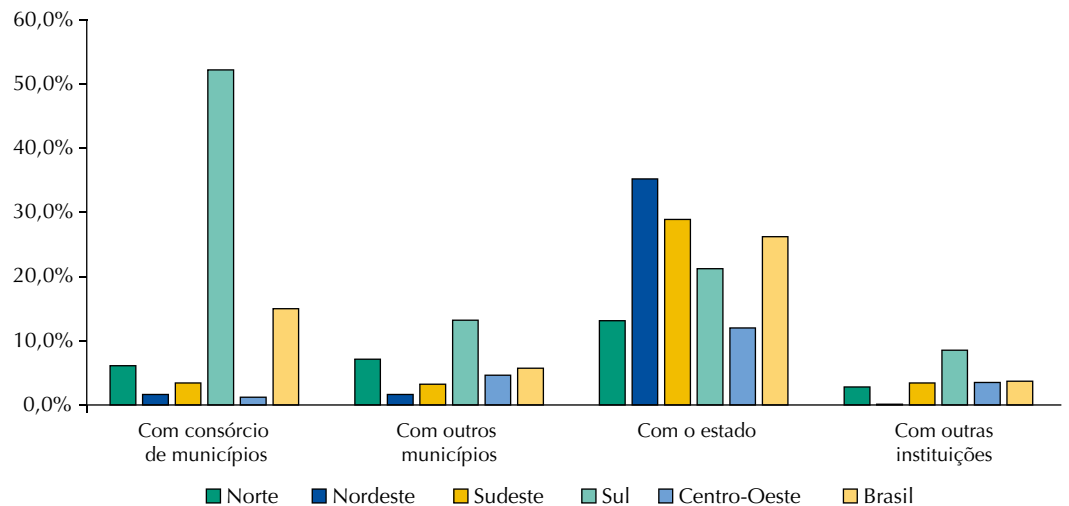


Figura 3. Parceiros que os municípios estabeleceram para as compras de medicamentos, segundo os representantes da Assistência Farmacêutica municipal, por regiões e Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

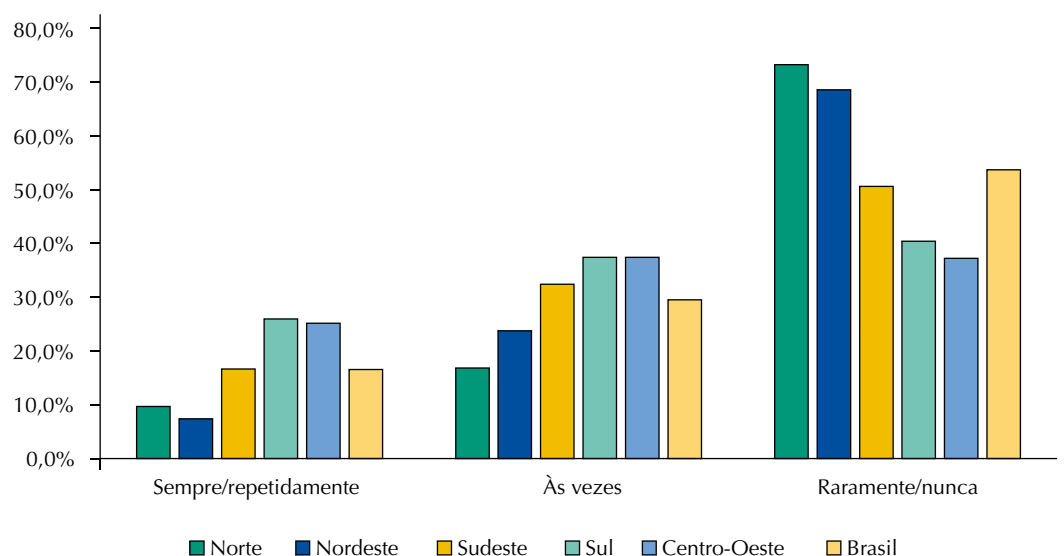


Figura 4. Frequência de aquisição de medicamentos em farmácias/drogarias locais pelos municípios, segundo representantes da assistência farmacêutica municipal, por regiões e Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

DISCUSSÃO

Medicamentos têm se apresentado como um insumo de vital importância na realização do cuidado à saúde²², bem como no processo de sustentabilidade dos sistemas de saúde frente ao volume de recursos financeiros destinados às aquisições destes itens¹⁶. Em um cenário de recursos finitos e demandas infinitas, a necessidade de uma gestão adequada dos recursos empregados na AF é imperativa. Nesse sentido, os resultados alcançados pela PNAUM – Serviços colaboram na superação deste desafio, uma vez que possibilitaram conhecer e discutir os fatores relacionados à gestão dos recursos financeiros, no âmbito do CBAF.

O CBAF¹² destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, previstos nos Anexo I e Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos (Rename), incluindo-se aqueles relacionados aos agravos e programas de saúde da atenção primária em saúde, dedicada a suprir as necessidades básicas individuais e coletivas da população⁹. Também compõem o elenco do CBAF medicamentos fitoterápicos, matrizes homeopáticas e tinturas-mães da Farmacopeia Homeopática Brasileira e os medicamentos listados no grupo 3 do Componente Especializado da AF.

A partir do estabelecimento de fontes de recursos destinados ao financiamento do CBAF, as secretarias de saúde dos estados e dos municípios estabelecem nas respectivas comissões intergestores bipartite (CIB) a forma de pactuação da execução dos recursos do CBAF. Segundo os dados apurados com secretários de saúde, 11% dos municípios pactuaram a execução dos recursos do CBAF de forma centralizada no gestor estadual, o qual passou a se responsabilizar pelo processo de aquisição, logística e entrega dos medicamentos e insumos nos municípios. Outros 31% pactuaram a forma totalmente descentralizada na gestão municipal e se tornaram responsáveis pela aquisição direta dos itens. Entretanto, mais da metade (54%) optou pela modalidade parcialmente descentralizada, o que significa que a esfera de gestão estadual do SUS manteve algum grau de responsabilidade pela aquisição dos medicamentos, inclusive possibilitando aos municípios a adesão às suas Atas de Registro de Preços⁶.

Observou-se que em apenas 19,7% dos municípios a gestão dos recursos financeiros da AF nos municípios era realizada de forma autônoma pelos responsáveis pela AF, apesar de a maioria dos municípios (70,8%) possuir um sistema informatizado de gestão da AF, ferramenta que possibilita monitoramento e controle da gestão pelo secretário de saúde.

Com relação às compras realizadas pelos municípios, 26,2% delas ocorreram em parceria com as secretarias estaduais de saúde, destacando-se as regiões Nordeste (35,2%) e Sudeste (28,9%). Ressalta-se a possibilidade dos estados destas regiões estabelecerem parcerias com os grandes laboratórios públicos. A forma de aquisição realizada por meio de consórcios públicos foi adotada por 15% dos municípios, com destaque para a região Sul, a qual registrou que mais de 50% dos seus municípios adotaram esta modalidade de compra. Contribuiu fortemente para este resultado o Consórcio Paraná⁴, com o qual a grande maioria dos municípios desse estado é consorciada. A região Norte foi a que informou o menor índice de parcerias para compras de medicamentos.

Independentemente da esfera de gestão do SUS, todas as aquisições de insumos e medicamentos devem ser realizadas em cumprimento às normas que regulamentam compras, licitações e contratos da Administração Pública³. Praticamente metade dos responsáveis pela AF informou que sempre, repetidamente ou às vezes realizaram compras de medicamentos em farmácias ou drogarias locais. Provavelmente esta prática, que teve as maiores ocorrências registradas nas regiões Centro-Oeste e Sul do País, não atenderam às normas vigentes.

É também de responsabilidade dos gestores fazer constar todos os recursos financeiros relacionados à AF no Plano de Saúde, na Programação Anual e no Relatório Anual de Gestão, assim como promover o monitoramento destes recursos, assegurar o equilíbrio da responsabilidade e da participação no financiamento e promover análises mediante informações sobre preços praticados, quantidades adquiridas e número de pacientes atendidos¹².

⁴ Consórcio Intergestores Paraná Saúde, fundado em 1999, constituído sob a forma de Consórcio Público, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins econômicos. Congrega 394 municípios dos 399 do estado do Paraná. O Consórcio efetua a aquisição dos medicamentos elencados na Assistência Farmacêutica Básica do Estado.

Ainda no que tange à aquisição de medicamentos, chama atenção entre os resultados a prática declarada por 35,4% dos secretários sobre a utilização dos recursos do CBAF para situações não contempladas nas pactuações e o fato de mais de 66% dos municípios terem comprado medicamentos destinados ao atendimento de demandas judiciais. De fato, a judicialização da saúde tem o efeito positivo de garantir o acesso a medicamentos em situações de desabastecimento, ou suprir vazios assistenciais, ou mesmo possibilitar a incorporação de novas tecnologias em saúde. Entretanto, representa um grande desafio para o SUS na medida em que coloca em risco o cumprimento dos princípios constitucionais do sistema e acarreta dificuldades para a gestão da AF, podendo comprometer a qualidade do uso de medicamentos¹⁷. Acredita-se que este fenômeno é agravado pela falta de recursos humanos capacitados, o que proporciona fragilidades no manejo das demandas da população, impossibilitando a orientação adequada aos pacientes nas unidades de dispensação, que em última análise passam a funcionar de maneira limitada, apenas como simples local de entrega de medicamentos¹⁸. Pode corroborar tal entendimento o fato de apenas 12% dos municípios terem registrado investimentos na capacitação de profissionais da AF.

Uma significativa consequência da judicialização é a desorganização do sistema de saúde^b, especialmente nos processos de aquisição, uma vez que decisões judiciais são expedidas em caráter de urgência, obrigando gestores a realizarem frequentemente aquisições diretas em farmácias ou drogarias. Certamente, estas aquisições ocorrem a um preço desfavorável em relação às outras modalidades, o que tende a agravar uma das consequências deste fenômeno, qual seja: a utilização de recursos financeiros destinados ao atendimento de necessidades individuais em detrimento às da coletividade^{19,b}.

Ainda com relação à desorganização dos processos de aquisição de insumos e medicamentos, os resultados registraram a interferência do PFPB na aquisição dos medicamentos do CBAF. O PFPB foi criado com a finalidade de ampliar o acesso dos cidadãos aos medicamentos essenciais, destinados ao tratamento das doenças mais comuns, por meio do credenciamento de farmácias e drogarias da rede privada, promovendo a dispensação de medicamentos gratuitamente ou em sistema de co-pagamento⁴. O financiamento destes medicamentos se dá por meio de transferência de recursos do Ministério da Saúde aos estabelecimentos credenciados¹³. Neste contexto, e considerando um cenário de insuficiência de recursos, as secretarias municipais de saúde podem optar por não adquirir o elenco de produtos ofertados pela rede credenciada do Programa. Deve-se considerar ainda que a aquisição pelos municípios pode ser prejudicada em função da capacidade dos fabricantes em atender simultaneamente as redes pública e privada, seja pela limitação de produção, ou pela praticidade no processo de venda com a prática de preços sem os descontos condicionados às vendas ao Poder Público. Ainda assim, para além do aspecto da organização dos processos, o aspecto econômico deve ser considerado. Recentes evidências do mundo real registraram que a produção direta dos serviços de AF pelo setor público, realizada por meio de uma rede própria, apresentou-se economicamente mais favorável frente à terceirização dos serviços do PFPB⁸.

Os resultados relacionados ao financiamento para a estruturação e manutenção da AF são preocupantes. Pouco mais da metade dos municípios (54,3%) realizou gasto nesta área, mesmo com o registro de que 51,3% dos municípios receberam algum tipo de incentivo financeiro da União ou do estado. Índices ainda mais baixos foram verificados quanto ao investimento em qualificação ou capacitação de profissionais da AF. Tal panorama denota um progressivo sucateamento dos serviços prestados, em franco contraste com o fato de que, desde 2010, é possível a utilização de até 15% da soma dos recursos provenientes do estado e do município para financiar melhorias na AF, quais sejam: adequação de espaço físico das farmácias do SUS, aquisição de equipamentos e mobiliário propostos ao suporte das ações de AF e realização de atividades vinculadas à educação continuada e qualificação dos recursos humanos da área¹⁴.

Como forma de apoiar a qualificação nacional da AF, o Ministério da Saúde, no ano de 2012, instituiu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), priorizando municípios de até 100 mil habitantes classificados na faixa de extrema pobreza.

^b Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. [Citado 10 jan 2017]. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>

O programa foi organizado em quatro eixos: estrutura, educação, informação e cuidado. O financiamento se dá por meio da transferência de recursos federais destinados à aquisição de mobiliários e equipamentos necessários à estruturação das Centrais de Abastecimento Farmacêutico e Farmácias no âmbito da atenção básica, além da manutenção dos serviços farmacêuticos. Até 2016 foram destinados recursos para 1.582 municípios, totalizando 28% dos municípios brasileiros. O valor do recurso total de investimento, repassado em parcela única, varia conforme porte populacional, entre R\$11,2 mil e R\$24 mil. O recurso total de custeio é de R\$24 mil/ano, repassado de forma trimestral. Apesar de apresentar-se com um programa importante e necessário, registra impacto de pequena monta, seja como fonte de financiamento da AF, seja pela quantidade de municípios contemplados e principalmente pela baixa cobertura populacional alcançada.

A AF no SUS tem como fonte de financiamento os recursos provenientes dos orçamentos municipais, estaduais e federal, segundo as peculiaridades dos seus componentes: básico, especializado ou estratégico. O CBAF é financiado de forma tripartite e conta com aplicação de valores mínimos, por habitante/ano, originários das três esferas de gestão, tendo como base a população de cada município¹². Os recursos são transferidos mensalmente da União para os estados e destes para os municípios, ou ainda da União diretamente para os municípios, conforme o tipo de gestão municipal pactuada. Da mesma forma, ocorrem os repasses dos estados aos municípios, podendo ainda ocorrer o fornecimento de medicamentos. Aos repasses provenientes da União e estados devem ser somados os recursos provenientes do tesouro municipal. Para além dos valores pactuados de forma tripartite, cabe ainda ao Ministério da Saúde financiar, adquirir e distribuir insulinas, medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, bem como financiar, por meio de transferências anuais a estados, a compra de medicamentos no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e AF na Saúde Indígena.

Registrou-se, entre os anos de 1999 e 2016, um aumento de 390% no valor mínimo *per capita*/ano de financiamento tripartite do CBAF¹⁴. Da mesma forma, entre os anos de 2005 e 2009, ocorreu um aumento de 61% no valor total gasto para aquisição de medicamentos pelas três esferas de gestão do SUS²¹. Conforme resultados apurados 72,7% dos estados e 86,4% dos municípios aplicaram o total pactuado para o financiamento da farmácia básica. Todavia, para apenas 9,7% dos Secretários de Saúde os recursos financeiros destinados ao CBAF são suficientes para atender às necessidades da população. O que de fato ocorre é que os valores destinados ao CBAF estão defasados, principalmente por parte do gestor federal do SUS, responsável por mais de 50% do financiamento. A defasagem financeira, em detrimento à possibilidade de estados e municípios terem majorados os valores em pactuações nas respectivas CIB, ultrapassa 50%, quando aplicado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo, e torna-se ainda maior se considerada a estimativa de crescimento populacional no período, que ultrapassa 12 milhões de pessoas^c. A situação de discrepância foi agravada no ano de 2013, quando alguns medicamentos de outros componentes migraram para o CBAF, desacompanhados do respectivo aporte financeiro¹⁵. Neste sentido, registra-se por parte dos municípios aumento dos recursos próprios destinados às ações e serviços públicos de saúde (ASPS) e aumento dos gastos *per capita* com medicamentos. Entre os anos de 2010 e 2016 o percentual médio de gastos com ASPS saltou de 20,37% para 23,27%^d, bem acima dos 15% preconizados pela Constituição Federal. Entre os anos de 2010 e 2015 a mediana de gastos *per capita* dos municípios com medicamentos saltou de R\$15,71 para R\$21,04^d.

Não obstante ao congelamento dos valores financeiros destinados à AF, ocorre o completo esgotamento do modelo vigente de financiamento da AF, derivado do modelo de financiamento do SUS. Fundamentam este entendimento os achados da presente pesquisa e a lei 141/2012⁵, a qual disciplinou para o financiamento do sistema a obrigatoriedade da utilização de critérios de rateio para os recursos da União e estados transferidos aos demais entes, objetivando à progressiva redução das disparidades regionais. O rateio dos recursos vinculados às ASPS, incluído aí o financiamento de toda a atenção primária, deve levar em conta as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de

^c Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População total, homens e mulheres 2000-2030. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado 11 dez 2016]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/

^d Ministério da Saúde (BR). DATASUS.SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Indicadores municipais: 3.2% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29) e 2.3% Despesa Medicamentos/Despesa Total. [citado 10 jan 2017]. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/defthtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def>

ações e de serviços de saúde e, ainda, a combinação dos critérios disciplinados pela Lei Orgânica da Saúde². Adicionalmente, deve empregar uma metodologia de cálculo que considere um índice geral, construído mediante as necessidades de saúde, redes de atenção e desempenho técnico de execução das ASPS de cada um dos entes federados²⁰. Conforme estabelecido em lei, este é modelo de financiamento pactuado e normatizado para AF, bem como para o SUS desde 2012.

Configura-se como limitação da presente pesquisa a aplicação do questionário por telefone, pois nem sempre possibilita ao entrevistado acesso ou consulta a material auxiliar. E ainda, por se tratar de um estudo transversal, reflete apenas o momento da realização da pesquisa, o que impossibilita o estabelecimento de relações temporais entre os resultados encontrados.

Finalmente, os resultados observados neste estudo registram deficiências graves no financiamento e gestão dos recursos financeiros do CBAF. Dentre estas se destacam: pouca preocupação com a formalidade na execução dos recursos públicos seja por indícios de aquisição ou destinação de recursos fora dos padrões normativos ou pela não aplicação por parte dos estados e municípios das respectivas contrapartidas; gastos ocorridos para atendimento de demandas individuais em detrimento à coletividade; e registro da maioria dos gestores de que os recursos destinados ao CBAF são insuficientes para cobrir necessidades e demandas da população. Corroborando tal entendimento o fato do principal incentivo financeiro da AF estar defasado em mais de 50% no seu valor, desde 2010 e a constatação, em função dos resultados obtidos e em virtude de normativa legal, do esgotamento do modelo vigente de financiamento da AF.

Grandes desafios ainda precisam ser superados no âmbito CBAF. Dada a multiplicidade de responsabilidades entre os níveis de gestão do sistema no processo de acesso da população aos medicamentos na atenção primária, o enfrentamento desses desafios pressupõe as revisões do modelo de financiamento da AF, da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

REFERÊNCIAS

1. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Junior AA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:4s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao*. 20 set 1990. [citado 10 jan 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
3. Brasil. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao*. 22 jun 1993; Seção 1:8269. Publicação retificada em 6 de julho de 1994.
4. Brasil. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao*. 21 maio 2004 [citado 10 jan 2017]; Seção 1:6. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm
5. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao*. 16 jan 2012 [citado 10 jan 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm
6. Brasil. Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013. Regulamenta o Sistema de Registro de Preços previsto no art. 15 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. *Diário Oficial Uniao*. 24 jan 2013 [citado 3 jan 2017]; Seção 1:2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Decreto/D7892.htm
7. Brasil. Lei nº 13.414, de 10 de janeiro de 2017. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2017 [Lei Orçamentária Anual]. *Diário Oficial Uniao*. 11 jan 2017 [citado 3 jan 2016]; Seção 1:70. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13414.htm

8. Garcia MM, Guerra Junior AA, Acúrcio FA. Economic evaluation of the Programs Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2017;22(1):221-33. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.15912015>
9. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2.ed. rev ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.493-545.
10. Helfer AP, Camargo AL, Tavares NUL, Kanavos P, Bertoldi AD. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):225-32. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000300007>
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.077 de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). *Diario Oficial Uniao*. 19 set 2012 [citado 12 fev 2017]; Seção 1:26. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diario Oficial Uniao*. 31 jul 2013 [citado 3 jan 2017]; Seção 1. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/17/FAQ—Portaria-CBAF.pdf>
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB). *Diario Oficial Uniao*. 29 jan 2016; Seção 1:104. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0111_28_01_2016.html
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.217 de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. *Diario Oficial Uniao*. 30 dez 2010. Revogada pela PRT nº 1.555/GM/MS de 30.07.2013, que manteve em seu Art. 4º a utilização dos citados 15% para a realização das referidas melhorias.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diario Oficial Uniao*. 31 jul 2013 [citado 10 jan 2017]; Seção 1:69. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html
16. Mota DM, Silva MGC, Sudo EC, Ortún V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13 Supl:589-601. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700008>
17. Pepe VLE, Acúrcio FA. Assistência farmacêutica e demandas judiciais de medicamentos no Sistema Único de Saúde. In: Osorio-de-Castro CGS; Luíza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM, organizadores. Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. v.1, p.325-39.
18. Pinto CDBS, Osorio-de-Castro CGS. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. *Saude Debate*. 2015;39 N° Espec:171-83. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005152>
19. Sant'Ana JMB, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):138-44. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892011000200010>
20. Santos L, Mendes A. Notas técnico-jurídicas sobre critérios e metodologia de rateio dos recursos federais para os Estados e Municípios no SUS. *BDM Bol Direito Munic*. 2014;30(9):647-64.
21. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Saude Soc*. 2013;22(1):73-84. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100008>
22. Vieira FS, Mendes ACR. Evolução dos gastos com medicamentos: crescimento que preocupa. In: Anais do VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde; 7-9 nov 2007; São Paulo (SP). Rio de Janeiro: ABES; 2007 [citado 3 jan 2017]. Disponível em: http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/mesa_07_-_fabiola_gastos_medicamentos.pdf

Financiamento: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS – Processo 25000.111834/2, Descentralização de Recursos do FNS).

Contribuição dos Autores: Análise e interpretação dos dados: DRF, RCRMN, IAG, OMS, SNL, MGOK. Redação do manuscrito: DRF, RCRMN. Revisão crítica do manuscrito: EAC, KSC, FAA, JA, AAG Jr. Todos os autores declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Conflito de Interesses: KSC declara conflito de interesses por ser ex-dirigente no Ministério da Saúde, órgão financiador da pesquisa. Os demais autores declaram não haver conflito de interesses.