

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

MARCELA AMARAL PONTES

**APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA AQUISIÇÃO DE
MEDICAMENTOS PARA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

**BRASÍLIA – DF
2015**

Marcela Amaral Pontes

APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA AQUISIÇÃO DE
MEDICAMENTOS PARA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientadora: Janeth de Oliveira Silva Naves

Co-orientadora: Noemia Leão Uruth Tavares

BRASILIA – DF

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de ensino ou pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Aa	<p>Amaral Pontes, Marcela</p> <p>APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS / Marcela Amaral Pontes; orientador Janteh de Oliveira Silva Naves ; co-orientador Noemia Leão Uruth Tavares. -- Brasília, 2015.</p> <p>57 p.</p> <p>Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências Farmacêuticas) -- Universidade de Brasília, 2015.</p> <p>1. assistência farmacêutica. 2. gastos em saúde. 3. atenção básica. 4. financiamento da saúde. I. de Oliveira Silva Naves , Janteh, orient. II. Leão Uruth Tavares, Noemia, co-orient. III. Título.</p>
----	---

Marcela Amaral Pontes

APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA AQUISIÇÃO DE
MEDICAMENTOS PARA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Aprovado em 08 de julho de 2015.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Janeth de Oliveira Silva Naves – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro – Universidade de Brasília

Profa. Dra. Noemia Leão Uruth Tavares – Universidade de Brasília

Dedico a todos os envolvidos, pelo apoio e incentivo
em todas as minhas escolhas e decisões.

“A verdadeira viagem de descobrimento não
consiste em procurar novas paisagens,
mas em ter novos olhos”. (Marcel Proust)

RESUMO

PONTES, Marcela Amaral. **Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica nos municípios brasileiros**. Brasília, 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2015.

A Política Nacional de Medicamentos tem como uma de suas diretrizes a reorientação da assistência farmacêutica, a qual deve estar fundamentada, entre outras ações, na descentralização da gestão da assistência farmacêutica. A descentralização dos recursos financeiros federais iniciou-se com a criação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. Os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, estabeleceram que o financiamento referente à assistência farmacêutica é de responsabilidade dos três gestores do SUS, assim como a organização das ações de assistência farmacêutica. Esse processo de descentralização foi sendo aperfeiçoado por meio de Portarias que visavam minimizar as iniquidades e ampliar os recursos destinados à assistência farmacêutica na atenção básica. Apesar da evolução dos marcos regulatórios, os desafios para a estruturação da assistência farmacêutica nos municípios ainda são inúmeros. Nesse sentido, o presente estudo realizou análise dos dados sobre aquisição de medicamentos nos municípios com registro na Base Nacional de Dados das ações e serviços de Assistência Farmacêutica, no período de julho/2013 a junho/2014, com o objetivo de apresentar a aplicação dos recursos destinados ao financiamento do CBAF e subsidiar discussões sobre o atual modelo. Foram realizadas análises descritivas dos gastos com aquisição de medicamentos, bem como distribuição das frequências absolutas e percentuais relativas, por região geográfica, estado e porte populacional. Foram analisados os dados de 960 municípios, das cinco regiões brasileiras que representam 17,2% dos municípios brasileiros. Os resultados mostraram que 73% dos municípios aplicou um valor monetário inferior ao mínimo preconizado pela Portaria vigente. Municípios acima de 500 mil habitantes utilizaram, em média, menos recurso (R\$ 6,43) para disponibilizar mais itens para acesso dos usuários. Observou-se também que ocorreu investimento médio superior nas regiões Sul e Sudeste; 63,65% dos municípios

realizam a gestão do recurso de forma descentralizada e a modalidade de aquisição mais utilizada foi o “pregão”. Os medicamentos mais adquiridos estão de acordo com as doenças mais prevalentes na atenção básica. Nesse estudo foi possível observar que, a ausência de dados de número significativo de municípios e o incipiente monitoramento do repasse e da aplicação dos recursos, dificultam o acompanhamento da execução desse programa. Uma possível estratégia a ser adotada pelos entes federativos seria a reavaliação do modelo de monitoramento dos recursos a fim de garantir seu uso racional.

Palavras-chave: assistência farmacêutica, gastos em saúde, atenção básica, financiamento da saúde.

ABSTRACT

PONTES, Marcela Amaral. **Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica nos municípios brasileiros**. Brasília, 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2015.

The National Drug Policy has as one of its guidelines the reorientation of pharmaceutical assistance, which must be based, inter alia, the decentralized management of pharmaceutical care. The decentralization of federal funding began with the creation of the Incentive Basic Pharmaceutical Assistance. Pacts for Life in Defense of SUS and Management, established that funding related to pharmaceutical care is the responsibility of the three SUS managers, as well as the organization of pharmaceutical care activities. This decentralization process was being improved through ordinances aimed at minimizing inequities and expand resources for pharmaceutical care in primary care. Despite the evolution of regulatory frameworks, the challenges for the structuring of pharmaceutical care in the municipalities are still numerous. In this sense, the present study carried out analysis of data on drug procurement in the municipalities registered with the National Data Base of the shares or pharmaceutical assistance services, from July / 2013 to June / 2014 with the aim of presenting the application of resources for financing the CBAF and subsidize discussions on the current model. Descriptive analyzes were performed in spending on drug procurement and distribution of absolute and relative frequencies percentage, by region, state and population size. Data from 960 municipalities were analyzed, the five Brazilian regions representing 17.2% of Brazilian municipalities. The results showed that 73% of the municipalities applied a monetary value less than the minimum recommended by the current Ordinance. Above 500 000 inhabitants municipalities used, on average, less feature (R \$ 6.43) to provide more items for user access. It was also observed that there was higher average investment in the South and Southeast regions; 63.65% of the municipalities undertake the management of decentralized resource and the most used mode of acquisition was the "trading". The most medicines are purchased according to the most prevalent diseases in primary care. In this study we observed that the absence

of significant number of data municipalities and the incipient monitoring the transfer and application of resources, hinder monitoring of its implementation. One possible strategy to be adopted by federal entities would be the reevaluation of the monitoring model of resources to ensure their rational use.

Keywords: pharmaceutical services; health expenditures; primary care; healthcare financing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BI	<i>Business Intelligence</i>
BNDAF	Base Nacional de Dados das ações e serviços de Assistência Farmacêutica
BPS	Banco de Preços em Saúde
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNMAF	Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
DP	Desvio Padrão
ERN	Elenco de Referência Nacional
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
IAFB	Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MPAS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMVG	Preço Máximo de Venda ao Governo
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
QUALIFAR-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

- Figura 1 Distribuição dos municípios brasileiros (n = 960), por porte populacional, por região geográfica e de acordo com o valor mínimo de financiamento do CBAF, determinado na Portaria 1.555/2013 (R\$ 9,82). Brasil, julho/2013 a junho/2014.
- Figura 2 Distribuição dos municípios brasileiros (n = 960), de acordo com as formas de aquisição de medicamentos do CBAF. Brasil, julho/2013 a junho/2014.
- Figura 3 Valor unitário médio de aquisição dos cinco itens mais adquiridos do CBAF, de acordo com o porte populacional dos municípios brasileiros. Brasil, julho/2013 a junho/2014.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Distribuição da amostra (n = 960) com registro de dados na BNDAF, por porte populacional, valor financeiro médio aplicado por habitante/ano, coeficiente de variação, mediana e média de itens adquiridos. Brasil, julho/2013 a junho/2014.
- Tabela 2 Distribuição dos municípios (n = 960) com registro de dados na BNDAF, por região geográfica e por estado, valor financeiro médio das aquisições e modelo de gestão. Brasil, julho/2013 a junho/2014.
- Tabela 3 Valor unitário médio dos itens mais adquiridos do CBAF, em unidade farmacêutica, em ordem decrescente, pelos municípios brasileiros. Brasil, julho/2013 a junho/2014.

SUMÁRIO

1 Introdução	14
2 Referencial teórico	16
2.1 Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde	16
2.2 Promoção do acesso e do uso racional de medicamentos	18
2.3 Financiamento da assistência farmacêutica no SUS	19
2.4 Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica	21
2.5 Sistemas de Informação em Saúde e a avaliação da assistência farmacêutica na atenção básica	23
3 Objetivos	26
3.1 Objetivo geral	26
3.2 Objetivos específicos	26
4 Material e métodos	27
4.1 Delineamento do estudo	27
4.2 Método de coleta de dados	27
4.3 Definição da amostra	28
4.4 Análise dos dados	28
5 Resultados	30
5.1 Artigo submetido	30
6 Considerações finais	47
7 Referências bibliográficas	48

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Medicamentos, regulamentada por meio da Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, traz em suas diretrizes a reorientação da assistência farmacêutica fundamentada em práticas que garantam um financiamento eficaz e promovam o acesso e o uso racional de medicamentos (1).

A partir desse marco regulatório, o processo de descentralização do financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) foi iniciado. Com a criação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), por meio da Portaria GM/MS nº 176, de 8 de março de 1999, a União passou a transferir recurso financeiro a estados e municípios para a aquisição de medicamentos para a atenção básica. O recurso mínimo aplicado, contabilizando a partida federal e as contrapartidas estaduais e municipais era de R\$ 2,00 por habitante/ano (2).

Com a Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, o bloco de financiamento referente à assistência farmacêutica foi dividido em três componentes: básico, estratégico e especializado (3). Desde então, o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica foi sendo consolidado por meio de Portarias que visavam minimizar as iniquidades e ampliar o recurso destinado à assistência farmacêutica (4,5,6,7).

Atualmente, o Componente Básico da Assistência Farmacêutica tem seu financiamento estabelecido por meio da Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, e o valor mínimo a ser investido é de R\$ 9,82 por habitante/ano. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais é a lista norteadora para definição do elenco de medicamentos financiado com esse recurso (8).

Apesar da evolução dos marcos regulatórios da assistência farmacêutica na atenção básica, os desafios para sua estruturação nos municípios ainda são inúmeros. O gerenciamento dos recursos financeiros da assistência farmacêutica é uma das atividades que deve ser bem planejada.

Portanto, para garantir uma gestão eficiente, observa-se que mais informações sobre o financiamento dos medicamentos no SUS são imprescindíveis aos gestores para contribuir com a reorientação da assistência farmacêutica e

qualificação dos serviços farmacêuticos, buscando sempre a garantia do acesso a medicamentos de forma racional.

Estudos recentes têm demonstrado a evolução dos gastos com medicamentos no país, porém devido à limitação de acesso aos dados de aquisição e consumo de medicamentos, a avaliação do modelo de financiamento da assistência farmacêutica no Brasil ainda é incipiente (9,10,11,12,13).

Outros estudos demonstram que os municípios têm buscado estratégias para que o financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica seja mais eficaz e seguro, tais como a aquisição por meio de consórcios intermunicipais e a qualificação do processo de aquisição (12,14,15).

De acordo com Vieira (16), o Brasil tem um grande caminho a ser percorrido para garantia de acesso a medicamentos com uso racional, mas é certo que avanços já ocorreram. Faz-se necessário despender mais esforços com a finalidade de melhorar a gestão da assistência farmacêutica, a fim de garantir o uso eficiente dos recursos alocados para a aquisição de medicamentos e a sustentabilidade do SUS.

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo analisar o valor financeiro investido por habitante/ano nos municípios brasileiros, segundo porte populacional e região geográfica, para aquisição de medicamentos do CBAF, no período de julho/2013 a junho/2014, e contribuir para a discussão sobre o financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Um dos primeiros marcos para a área de medicamentos no país ocorreu em 1964, com a promulgação do Decreto nº 53.612, que estabeleceu a “Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário”, antes mesmo da própria OMS definir as listas de medicamentos essenciais como ponto central de uma política de medicamentos (17).

A assistência farmacêutica, como política pública, teve início em 1971 com a criação da Central de Medicamentos (CEME) que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los e caracterizava-se por manter uma política centralizada de aquisição e distribuição de medicamentos (18).

Em 1975, antes mesmo da Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborar uma lista de medicamentos essenciais, fato que só aconteceu em 1977, foi instituída, por meio da Portaria MPAS nº 233, de 8 de julho de 1975, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, apresentada como o documento que define os produtos farmacêuticos prioritários para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças prevalentes na população brasileira (19), sendo considerada uma das mais importantes atuações da CEME.

Com a Constituição Federal, de 1988, e a consequente criação do SUS, a saúde passou a ser direito do cidadão e dever do Estado, devendo o último garantir à população, através de políticas sociais e econômicas, o acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde (20,21). A elaboração da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 21 de junho de 1990, que regulamenta o SUS, veio justamente para estabelecer a organização básica das ações e dos serviços de saúde quanto à direção, gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo, assegurando em seu artigo 6º o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica (22).

A partir dessas normativas, a organização da assistência farmacêutica, baseada nos princípios e diretrizes do SUS, se tornou necessária.

Em 30 de outubro de 1998, foi publicada a Portaria nº 3.916, que aprova a PNM, integrada à Política Nacional de Saúde, e tem como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos; a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Para cumprir com seu objetivo, a PNM define as responsabilidades dos gestores no SUS e oito diretrizes para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população (1):

- A adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
- A regulamentação sanitária de medicamentos;
- A reorientação da assistência farmacêutica;
- A promoção do uso racional de medicamentos;
- O desenvolvimento científico e tecnológico;
- A promoção da produção de medicamentos;
- A garantia da segurança, eficácia e qualidade de medicamentos;
- O desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), pela Resolução nº. 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que compreende a assistência farmacêutica como política pública e como parte integrante da Política Nacional de Saúde, abordando definições como assistência e atenção farmacêutica (23). A PNAF foi concebida a partir das deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003, cujo tema central foi “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”.

Estes marcos regulatórios são fundamentais para o reconhecimento da assistência farmacêutica como um serviço essencial na assistência integral à saúde dos usuários do SUS.

Mais recentemente, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica foi reafirmado por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (24).

E, a Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2012, define que a garantia da assistência farmacêutica é uma das ações que deverá estar contida no projeto de implantação das equipes e dos núcleos de apoio à saúde da família (25).

2.2 PROMOÇÃO DO ACESSO E DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Garantir o acesso e uso racional dos medicamentos é prerrogativa para que os serviços de assistência farmacêutica praticados nos municípios brasileiros possam ser considerados eficientes e efetivos.

Nesse sentido, a OMS diz que o uso racional de medicamentos ocorre quando os pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (26).

A PNM define o uso racional de medicamentos de forma condizente à OMS, sendo, portanto, o conjunto de ações que compreende a apropriada prescrição, a disponibilidade oportuna com preços acessíveis, a correta dispensação e o conhecimento da posologia (1).

Estimativas da OMS apontam que a metade de todos os medicamentos é prescrita, dispensada ou vendida de maneira inadequada e que metade dos pacientes não utilizam seus medicamentos de maneira correta (26).

Outros dados apontados pela OMS sobre uso de medicamentos demonstram que, de 25 a 70% do gasto em saúde nos países em desenvolvimento correspondem a medicamentos, em comparação a menos de 15% nos países desenvolvidos; e 50 a 70% das consultas médicas geram prescrição medicamentosa (27).

De acordo com Vieira (16), o Brasil tem um grande caminho a ser percorrido para garantia de acesso a medicamentos com uso racional, mas é certo que avanços já ocorreram. Faz-se necessário despender mais esforços com a finalidade de melhorar a gestão da assistência farmacêutica, a fim de garantir o uso eficiente dos recursos alocados para a aquisição de medicamentos e a sustentabilidade do SUS.

Portanto, as etapas técnico-assistenciais, como a dispensação, orientação farmacêutica, seguimento farmacoterapêutico e a educação em saúde; e etapas técnico-gerenciais, tais como a programação, aquisição e armazenamento de medicamentos; devem ser valorizadas no processo de discussão do modelo de financiamento da assistência farmacêutica, visando garantir disponibilidade e acesso de toda a população a medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (28).

2.3 FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

A inserção da assistência farmacêutica no modelo assistencial do SUS foi marcado pela elaboração e implementação de instrumentos normativos que visam, principalmente, a racionalização do financiamento e da gestão nos estados e municípios. Nas duas últimas décadas, a crescente preocupação dos gestores públicos com as despesas relacionadas à saúde vem ocasionando muitas discussões nas três esferas de governo, principalmente quando o tema está relacionado à aquisição de medicamentos (29).

E, mesmo com os avanços na assistência farmacêutica, muitos problemas persistem e comprometem a missão de garantir o acesso da população aos medicamentos e a racionalidade do uso (30).

Vieira (31) estimou em seu estudo que o gerenciamento de logística de medicamentos absorve 20% dos recursos financeiros da saúde. A aquisição a preços superiores ao Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), a perda por validade expirada e avaria, também podem ser destacadas como algumas das causas para a ineficiência no uso dos recursos.

Para o Ministério da Saúde (MS), enquanto os gastos totais com saúde aumentaram em 9,6%, aqueles com medicamentos tiveram incremento de 123,9% no período de 2002 a 2006, e pouco se sabe sobre a evolução dos gastos entre os diferentes programas que compõem o gasto total. Nesse mesmo estudo, foi observado que o gasto com medicamentos em 2007 foi 3,2 vezes o de 2002, e a participação do gasto com medicamentos no gasto total do MS aumentou de 5,4% em 2002 para 10,7% em 2007. Já o gasto com os medicamentos da atenção básica

teve aumento de 75% no mesmo período (31). Em 2010, os gastos chegaram a cerca de R\$ 6,5 bilhões, correspondentes a 12,5% do orçamento (32).

Com o Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 e a Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, foi acordado que todas as esferas de gestão do SUS são responsáveis por promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir o acesso da população aos medicamentos, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas (33,34).

O modelo de financiamento da assistência farmacêutica no SUS segue o estabelecido na Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, a qual determina que os recursos federais sejam repassados na forma de blocos de financiamento, de acordo com seus objetivos e características (3). Portanto, os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

O bloco de financiamento da assistência farmacêutica é constituído por três componentes. Estes recursos devem ser movimentados em contas específicas para cada componente:

- Componente básico da assistência farmacêutica (CBAF): permite a aquisição de medicamentos e insumos, listados na RENAME, no âmbito da atenção básica em saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, por meio do repasse de recursos financeiros às secretarias municipais e/ou estaduais de saúde ou pela aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde (8).
- Componente estratégico da assistência farmacêutica (CESAF): medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde para controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas, entre outras; antirretrovirais; hemoderivados e imunobiológicos.
- Componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF): estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia de integralidade do tratamento medicamentoso em nível

ambulatorial, baseado em linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (35).

De acordo com o MS, a assistência farmacêutica vem sendo implementada de forma articulada pelos municípios, estados e União, onde as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) acontecem com o objetivo de ampliar o financiamento, de atualizar os elencos dos medicamentos, de estabelecer as formas para sua gestão e execução, de definir as questões relacionadas a sua estruturação e qualificação, e também para estabelecer um novo ordenamento na forma de acesso aos medicamentos (32).

2.4 FINANCIAMENTO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Após a extinção da CEME, em 1997, o governo federal estabeleceu algumas estratégias para o provimento de medicamentos aos Estados. Foi criada a Farmácia Básica, que consistia na distribuição de medicamentos essenciais destinados aos municípios com até 21.000 habitantes, visando possibilitar o acesso da população aos medicamentos na atenção básica em saúde. O programa sofreu muitas críticas e teve problemas operacionais devido às decisões centralizadas (36).

A partir da PNM, o processo de descentralização do financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) foi iniciado. A descentralização dos recursos financeiros federais, destinados ao CBAF, ocorreu a partir da criação do IAFB, por meio da Portaria GM/MS nº 176, de 8 de março de 1999 (2).

O recurso mínimo aplicado, contabilizando a partida federal e as contrapartidas estaduais e municipais era de R\$ 2,00 por habitante/ano. Portanto, o financiamento referente à assistência farmacêutica na atenção básica passou a ser de responsabilidade dos três gestores do SUS e a organização das ações de assistência farmacêutica passaram a ser realizadas de acordo com a organização dos serviços de saúde nos estados e municípios (2).

Esse processo de descentralização foi sendo aperfeiçoado por meio de Portarias publicadas entre 2005 e 2010 que visavam minimizar as iniquidades e

ampliar os recursos destinados à assistência farmacêutica na atenção básica (4,5,6,7).

Nesse período, é importante destacar a revisão do CBAF, ocorrida de forma integrada e conjunta com a revisão do CEAF, que resultou em dois elencos de medicamentos próprios com características diferentes, mas que se complementam quando necessário. Essa ação visou a garantia da disponibilização dos medicamentos da primeira linha de cuidado indicados nos PCDT no Elenco de Referência Nacional do CBAF, a fim de contribuir para a melhora do prognóstico das doenças, para a redução da necessidade de atenção especializada e pela redução dos recursos financeiros diretos e indiretos envolvidos (7; 37).

Pode-se destacar também a possibilidade de utilização de até 15% da soma dos valores dos recursos financeiros aplicados pelos municípios e estados para atividades destinadas à infraestrutura e à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, a partir de 2010 (7,8).

Paralelamente ao desenvolvimento do CBAF, considerando a necessidade de implementar ações que promovam a universalização do acesso da população aos medicamentos, o Governo Federal lançou em 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil. Este programa tem como meta assegurar medicamentos básicos e essenciais, a baixo custo, à população assistida pela rede privada, diminuindo o impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar (38).

Atualmente, o CBAF, destinado à aquisição de medicamentos e insumos para atendimento dos agravos característicos da atenção básica em saúde, tem sua execução estabelecida por meio da Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013 (8).

Seu financiamento é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com aplicação, no mínimo, dos valores descritos a seguir, de seus orçamentos próprios para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS.

- União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano: repassado mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde, aos estados ou municípios, de acordo com pactuação nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB).

- Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano: municípios recebem o recurso ou os medicamentos básicos, definidos e pactuados nas CIB.
- Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano: a contrapartida municipal deve ser realizada pelas prefeituras com recursos do tesouro municipal.

Apesar da evolução dos marcos regulatórios da assistência farmacêutica na atenção básica, os desafios para sua estruturação nos municípios ainda são inúmeros. Dentre tantos desafios para a administração pública no setor saúde, observa-se que a gestão de sua estrutura, a busca pelas melhores informações em tempo ágil e a utilização dessas informações representam fatores essenciais na formulação e execução de políticas e programas voltados à melhoria das condições de vida da população brasileira (39).

2.5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E A AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) podem ser definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde (40).

Os SIS brasileiros tiveram um crescimento acelerado nos últimos anos, especialmente com a implementação do SUS. Porém, existe uma grande necessidade em avançar, tanto no caminho da integração entre os sistemas de informação, quanto no uso da informática para a melhoria da produtividade e qualidade dos processos de trabalho em saúde, da gestão e do controle social (41).

A tecnologia da informação e a integração dos sistemas de informação em saúde contribuem para aperfeiçoar e consolidar a gestão descentralizada do SUS, fortalecendo o comando único do Sistema em cada esfera de governo, aprimorando a descentralização progressiva dos recursos e contribuindo para a orientação das ações de saúde segundo as necessidades e demandas locais (41).

Diante do exposto, a informação em saúde é importante para avaliar e monitorar a implementação e efetividade de políticas de saúde. A avaliação e o

monitoramento, como parte do processo de planejamento, devem ser capazes de subsidiar as tomadas de decisão e auxiliar nas iniciativas voltadas para a mudança do modelo assistencial.

O processo de reforma do sistema de saúde brasileiro tem incentivado a tomada de decisões com base em dados e informações, de forma que a avaliação está prevista em vários documentos e textos legais (42).

A avaliação e o monitoramento da assistência farmacêutica se concentravam na necessidade de acompanhar a aplicação dos recursos federais repassados para financiar a aquisição dos medicamentos para a atenção básica, juntamente com as contrapartidas estaduais e municipais (18).

Nesse sentido, o acompanhamento da aplicação dos recursos destinados ao financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica passou a ser realizado por intermédio da alimentação do Sistema Informatizado para Acompanhamento da Execução do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (SIFAB), disponibilizado e mantido pelo Ministério da Saúde (4).

Porém, a utilização deste sistema não foi efetiva, sendo extinto em 2007, o que resultou em pactuação na CIT, que a prestação de contas dos recursos da assistência farmacêutica na atenção básica seria feita no Relatório de Gestão, submetido e aprovado pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, da mesma forma como ocorre com os demais recursos.

Na assistência farmacêutica, mesmo com várias iniciativas, persiste o problema de se conseguir consolidar a avaliação como uma prática gerencial acessível aos gerentes em todos os níveis do sistema que permita fortalecer o processo de descentralização e de participação popular (42).

Em 2009, o MS disponibilizou aos municípios um sistema gerencial informatizado para gestão da assistência farmacêutica, denominado, Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. No início de sua disponibilização, a utilização deste sistema não era obrigatória, portanto, os municípios com intenção de utilizá-lo podiam formalizar seu interesse por meio da assinatura de um termo de adesão.

Com a criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), estruturado em quatro eixos (estrutura, educação informação e cuidado) e que tem por finalidade contribuir para o processo de

aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da assistência farmacêutica nas ações e serviços de saúde. A utilização do Sistema Hórus passou a ser obrigatória para gestão dos medicamentos do CBAF em municípios habilitados no eixo estrutura, o qual tem como objetivo, contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS (43,44).

Em 2013, o MS criou a Base Nacional de Dados das ações e serviços de Assistência Farmacêutica no SUS (BNDAF), constituída por um conjunto de dados referentes aos componentes da assistência farmacêutica, que tem como objetivo disponibilizar dados que gerem informações para auxiliar a tomada de decisão dos gestores e profissionais de saúde. Esta Base é constituída por dados registrados no Hórus ou nos serviços *web (webservice)* disponibilizados pelo MS aos municípios e estados para envio de dados (45).

O presente estudo analisou os dados de aquisições de medicamentos do CBAF, realizadas pelos municípios brasileiros no período de julho de 2013 a junho de 2014, registrados na BNDAF, a fim de contribuir com a avaliação da assistência farmacêutica, mas especificamente, na aplicação dos recursos destinados ao financiamento do CBAF, para subsidiar discussões sobre o atual modelo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o valor financeiro investido por habitante/ano nos municípios brasileiros, segundo porte populacional e região geográfica, para aquisição de medicamentos do CBAF e contribuir para a discussão sobre o financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever, de acordo com a legislação, a evolução do financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica.
- Analisar as diferenças entre os valores financeiros investidos para aquisição dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes da RENAME vigente, de acordo com variáveis demográficas.
- Verificar o modelo de gestão da assistência farmacêutica adotado pelos municípios e o tipo de aquisição realizado para a compra dos medicamentos e insumos da atenção básica.
- Apresentar os medicamentos e insumos do CBAF, listados na RENAME vigente, mais adquiridos pelos municípios.
- Apresentar subsídios para contribuir com a discussão do atual modelo de financiamento e monitoramento do CBAF.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, relativo aos dados de aquisição de medicamentos pelos municípios brasileiros que alimentaram a Base Nacional de Dados de ações e serviços de assistência farmacêutica no SUS, por meio da utilização do Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica ou do serviço *web* (*webservice*), no período de julho de 2013 a junho de 2014. Foram consideradas as aquisições referentes aos medicamentos e insumos dos Anexos I e IV da RENAME, referentes ao CBAF. Durante o período de análise dos dados, foi realizada uma revisão na literatura científica e na legislação brasileira referente à assistência farmacêutica na atenção básica e seu financiamento no Sistema Único de Saúde. O estudo foi realizado no Brasil, república federativa que possui 27 unidades federativas e 5570 municípios.

4.2 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

Foram coletados os dados a partir da Base Nacional, na ferramenta de *Business Intelligence (BI)*, disponibilizada pelo Ministério da Saúde, aos gestores públicos para análise e tomada de decisões relativas à gestão da assistência farmacêutica no SUS. Estes dados referem-se aos registros das aquisições de medicamentos e insumos do CBAF, realizados no Hórus e em sistemas próprios de municípios que enviaram dados à Base Nacional por meio do *webservice*. Foram coletados os seguintes dados: região geográfica; estado; município; população; nome do medicamento ou insumo; quantidade adquirida, em unidade farmacêutica; valor unitário do produto; modelo de gestão e modalidade de aquisição, conforme Lei 8666, de 21 de junho de 1993.

4.3 DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Para definição da amostra, foram selecionados os municípios com um ano ou mais de registros na Base Nacional e foram excluídos os municípios com valor por habitante/ano igual a R\$ 0,00 para o período de julho de 2013 a junho de 2014.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

O cálculo do valor investido por habitante/ano foi realizado a partir da somatória das aquisições registradas pelos municípios selecionados, dividida pela população do município utilizada para repasse do recurso destinado à assistência farmacêutica básica, baseada na estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2009 e 2011.

Para fins de análise, foram excluídos:

- Medicamentos de compra centralizada pelo Ministério da Saúde;
- Medicamentos e insumos registrados como doação, totalizando 3.930 registros;
- Medicamentos e insumos cujo valor unitário multiplicado pela quantidade adquirida, era maior que o valor do recurso total anual que o município deveria dispor para aquisição de medicamentos e insumos do CBAF, totalizando 292 registros. Estes dados foram considerados como erros de alimentação dos sistemas.

Para definição dos medicamentos mais adquiridos, somou-se a quantidade adquirida em todos os municípios e, de acordo com esta, classificou-os, em ordem decrescente, do mais adquirido para o menos adquirido. Calculou-se a média simples dos valores unitários de aquisição e utilizou-se para comparação, a média ponderada das aquisições registradas no Banco de Preços em Saúde (BPS) no período de 28/03/2013 a 28/09/2014, extraídas por meio do relatório de item por programa do Ministério da Saúde.

Todas as análises foram realizadas através do pacote estatístico SPSS 20, sendo apresentados a média, e seu respectivo desvio-padrão (DP), a mediana e o coeficiente de variação dos gastos com aquisição de medicamentos nos municípios avaliados, em valores monetários, por porte populacional, região geográfica e unidade federativa.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO SUBMETIDO

TÍTULO

Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica nos municípios brasileiros

AUTORES

Pontes, MA¹; Tavares, NUL²; Francisco, PMSB³; Naves, JOS⁴

¹Marcela Amaral Pontes. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde (DF), Brasil. Correspondência: QRSW 03, bloco A-1, apto 306, Sudoeste, Brasília – DF. CEP 70675-301. apmarcela@gmail.com. Telefone: 55 (61) 8524-6616.

²Noemia Uruth Leão Tavares. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil.

³Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas (SP), Brasil. Correspondência: primaria@fcm.unicamp.br.

⁴Janeth de Oliveira Silva Naves. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar o valor financeiro investido por habitante/ano pelos municípios brasileiros para aquisição de medicamentos para atenção básica.

Método: estudo transversal descritivo, baseado nas informações sobre aquisição de medicamentos dos municípios com registro na Base Nacional de Dados das ações e serviços de Assistência Farmacêutica, no período de julho/2013 a junho/2014. Calculou-se o valor por habitante/ano e foram realizadas análises descritivas dos gastos com aquisição de medicamentos, bem como distribuição das frequências absolutas e percentuais relativas, por região geográfica, estado e porte populacional.

Resultados: foram analisados os dados de 960 municípios, das cinco regiões brasileiras que representam 17,2% dos municípios brasileiros. Destes, 73% aplicaram valor monetário inferior ao mínimo preconizado pela Portaria vigente. Municípios acima de 500 mil habitantes utilizam, em média, menos recurso (R\$ 6,43) para disponibilizar mais itens para acesso dos usuários. Nas demais faixas populacionais, o gasto mediano é maior à medida que o porte populacional cresce. Observou-se também que ocorre investimento médio superior nas regiões Sul e Sudeste. 63,65% dos municípios realizam a gestão do recurso de forma descentralizada e a modalidade de aquisição mais utilizada foi “pregão”. Os medicamentos mais adquiridos estão de acordo com as doenças mais prevalentes na atenção básica.

Conclusão: observou-se ausência de dados de número significativo de municípios e incipiente monitoramento do repasse e da aplicação dos recursos que dificultam o acompanhamento da execução desse programa. Uma possível estratégia a ser adotada pelos entes federativos seria a reavaliação do modelo de monitoramento dos recursos a fim de garantir seu uso racional.

PALAVRAS-CHAVE

Assistência farmacêutica, gastos em saúde, atenção básica, financiamento.

INTRODUÇÃO

Após mais de duas décadas de ações de assistência farmacêutica centralizadas no Ministério da Saúde, a primeira política de medicamentos brasileira, aprovada em 1998, trouxe em suas diretrizes a reorientação da assistência farmacêutica fundamentada em práticas que propunham a promoção do acesso e do uso racional de medicamentos (1). A partir desse marco regulatório, iniciou-se o processo de descentralização do financiamento e das ações da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1999 foi criado o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), com o estabelecimento de critérios para a habilitação dos estados e municípios a receberem recursos financeiros para a aquisição de medicamentos para a atenção básica (2).

Posteriormente, o bloco de financiamento referente à assistência farmacêutica foi dividido em três componentes: básico, estratégico e especializado (3). Desde então, o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) foi sendo consolidado por meio de Portarias que visam minimizar as iniquidades e ampliar o recurso destinado à assistência farmacêutica (4,5,6,7).

Atualmente, o CBAF tem seu financiamento estabelecido por meio da Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, e o valor mínimo a ser investido pelas três esferas de governo é de R\$ 9,82 por habitante/ano por município, sendo R\$ 5,10 repassados pela União, R\$ 2,36 aplicados pelos estados e R\$ 2,36 pelos municípios. Do total desse recurso, os municípios podem aplicar 15% das contrapartidas municipais e estaduais na estruturação dos serviços de assistência farmacêutica. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é a lista norteadora para definição do elenco de medicamentos financiado com esse recurso (8).

Apesar da evolução dos marcos regulatórios da assistência farmacêutica na atenção básica, os desafios para sua estruturação nos municípios ainda são inúmeros. Segundo Oliveira (2010) (46), muitos são os fatores que comprometem a qualidade da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros, entre eles está a insuficiência de recursos financeiros.

Estudos recentes (9,10,11,12,13) têm demonstrado a evolução dos gastos com medicamentos no país, porém devido à limitação de acesso aos dados de aquisição e consumo de medicamentos, a avaliação do modelo de financiamento da assistência farmacêutica no Brasil ainda é insipiente.

Outros estudos demonstram que os municípios têm buscado estratégias para que o financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica seja mais eficaz e seguro, tais como a aquisição por meio de consórcios intermunicipais e a qualificação do processo de aquisição (12,14,15).

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo analisar o valor financeiro investido por habitante/ano nos municípios brasileiros, segundo porte populacional e região geográfica, para aquisição de medicamentos do CBAF e contribuir para a discussão sobre o financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal descritivo, retrospectivo, com dados oriundos da Base Nacional de Dados das ações e serviços de Assistência Farmacêutica no SUS (BNDAF), constituída por um conjunto de dados referente ao CBAF, registrados no Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica ou enviados por meio de um serviço *web* (*webservice*) pelos municípios brasileiros (45).

O estudo levantou dados do período de julho de 2013 a junho de 2014 e foram considerados os registros das aquisições que continham medicamentos e insumos dos Anexos I e IV da RENAME 8ª edição, referentes ao CBAF.

Para definição da amostra, foram selecionados os municípios brasileiros que possuíam, no mínimo, um ano de registro na BNDAF.

Dos municípios selecionados, foram excluídos os registros que continham medicamentos e insumos adquiridos pelo Ministério da Saúde, as doações e os produtos registrados com valor total de aquisição igual ou superior ao valor total do recurso anual a ser aplicado pelo município.

O cálculo do valor aplicado por habitante/ano foi realizado a partir da somatória das aquisições registradas, dividida pela população do município, estimada para 2011 pelo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para os municípios que tiveram a população reduzida neste censo, considerou-se a população de 2009, estimada no censo do IBGE, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 1 555/2013 (8).

Foram realizadas análises descritivas dos gastos com aquisição de medicamentos em valores monetários (médias e respectivos desvios-padrão, medianas e coeficiente de variação), bem como a distribuição das frequências absolutas e percentuais relativas, por região geográfica, estado e porte populacional.

Para definição dos medicamentos mais adquiridos, realizou-se a somatória da quantidade adquirida em todos os municípios e classificou-os de acordo com a quantidade total de aquisição. Calculou-se a média simples dos valores unitários de aquisição e utilizou-se para comparação, a média ponderada das aquisições registradas no Banco de Preços em Saúde (BPS) no período de 28/03/2013 a 28/09/2014.

Todas as análises foram realizadas através do pacote estatístico SPSS 20.

RESULTADOS

A partir dos dados da BNDAF, foram identificados os registros referentes à aquisição de medicamentos e insumos do CBAF em 1.801 municípios, os quais representam 32,3% do total de municípios do País (N = 5.570). Destes, 841 foram excluídos por não possuírem, no mínimo, um ano de registro de dados, no período de julho de 2013 a junho de 2014. Portanto, para realização deste estudo, foram analisados os dados de aquisição dos itens do CBAF em 960 municípios, que representam 17,2% dos municípios brasileiros.

A distribuição dos municípios por porte populacional, nas cinco regiões geográficas e em 25 estados do país, bem como, o valor financeiro médio e mediano aplicado por habitante/ano, e a média de itens adquiridos são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da amostra (n = 960) com registro de dados na BNDAF, por porte populacional, valor financeiro médio aplicado por habitante/ano, coeficiente de variação, mediana e média de itens adquiridos. Brasil, julho/2013 a junho/2014.

População	Nº de municípios	Nº de estados	Nº de regiões geográficas	Valor médio das aquisições por hab/ano (R\$) ± DP	CV	Valor mediano (R\$)	Nº médio de itens adquiridos
Até 5mil	147	16	5	9,11 ± 13	1,41	5,44	62
5 a 10mil	185	21	5	9,26 ± 19	2,00	4,55	72
10 a 20mil	281	22	5	9,38 ± 17	1,76	4,71	84
20 a 50mil	226	23	5	8,57 ± 17	1,98	5,34	94
50 a 100mil	72	17	5	8,79 ± 9	1,08	6,86	115
100 a 500mil	37	16	5	11,18 ± 13	1,14	7,47	139
Acima 500mil	12	09	4	6,43 ± 6	0,96	4,56	142
Total	960	25	5	8,67 ± 14	1,59	5,22	86

DP: Desvio padrão; CV: Coeficiente de variação.

Fonte de dados: Base Nacional de Dados das ações e serviços de Assistência Farmacêutica.

Ao analisar os resultados observa-se que a amostra, estratificada por porte populacional, é heterogênea e que não há tendência bem estabelecida entre a população e o valor investido por habitante/ano. Os municípios com população superior a 500 mil habitantes utilizam, em média, menos recurso (R\$ 6,43) para

disponibilizar mais itens para acesso dos usuários. Já os municípios com população entre 100 e 500 mil habitantes tiveram um gasto médio superior ao o mínimo recomendado, porém ao verificar a mediana, o gasto é inferior, conforme Tabela 1.

Em relação ao número de itens adquiridos, constata-se que quanto maior o porte populacional, maior é este número médio (Tabela 1). Porém, não é possível relacionar o valor investido por habitante/ano ao número de itens adquiridos. Ao detalhar os dados por região geográfica e estado, verifica-se que há estados que adquirem mais itens e investem menos, e há estados que investem menos e adquirem mais itens (Tabela 2).

Na Tabela 2, pode-se observar também o valor médio de aquisição por habitante/ano, de acordo com a região geográfica e o estado; assim como a classificação dos municípios segundo modelo de gestão.

Ao classificar os dados por região geográfica, nota-se que a amostra se mantém heterogênea. Os municípios da região Sudeste, em média, aplicam um valor de aquisição por habitante/ano maior e adquirem mais itens do que os municípios das demais regiões. Este valor também é superior ao mínimo definido na legislação vigente.

Percebe-se também que os valores médio e mediano das aquisições nos municípios nas demais regiões do País são menores do que o previsto na Portaria atual.

Ao detalhar esses dados por estado, depara-se com um valor médio de aquisição por habitante/ano maior que R\$ 9,82 nos estados do Paraná, Rio Grande do Sul, Acre, Ceará e Mato Grosso do Sul, além dos estados da região Sudeste. O gasto mediano superior à Portaria é identificado em mais de 50% dos municípios do Acre e do Rio de Janeiro (Tabela 2).

Para análise do valor aplicado, foram selecionados os medicamentos e insumos do CBAF, listados na RENAME 8ª edição, publicada de 2013, e vigente no período analisado. Nesta edição, a lista disponibilizava 348 itens entre medicamentos e insumos, e, conforme apresentado na Tabela 2, a média de itens adquiridos pelos municípios é de 86, ou seja, 25% dos itens listados na RENAME.

Em relação ao modelo de gestão, observa-se que 611 (63,65%) municípios possuem a gestão do recurso do CBAF descentralizada, ou seja, a aquisição dos medicamentos e insumos é realizada diretamente pelo município. Nas regiões Sul,

Sudeste e Nordeste verifica-se que há estados responsáveis pela aquisição de itens para a atenção básica, porém não é possível verificar uma relação entre o menor valor médio de aquisição nos municípios com o modelo de gestão centralizada no estado (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos municípios (n = 960) com registro de dados na BNDAF, por região geográfica e por estado, valor financeiro médio das aquisições e modelo de gestão. Brasil, julho/2013 a junho/2014.

Regiões geográficas e estados	Nº de municípios e representação % no estado N (%)	Valor médio das aquisições por hab/ano (R\$) ± DP	CV	Valor mediano (R\$)	Nº médio de itens adquiridos	Modelo de gestão (N)		
						E	M	E/M
Centro-Oeste	73	7,70 ± 8	1,04	6,27	88	-	73	-
Goiás	41 (17)	6,44 ± 6	0,93	4,88	78	-	41	-
Mato Grosso do Sul	10 (13)	10,09 ± 8	0,79	8,49	107	-	10	-
Mato Grosso	22 (16)	8,96 ± 10	1,12	6,78	99	-	22	-
Nordeste	546	8,11 ± 15	1,85	4,77	86	191	355	-
Alagoas	87 (85)	7,31 ± 10	1,37	5,79	102	-	87	-
Bahia	101 (24)	6,41 ± 9	1,40	3,09	74	73	28	-
Ceará	120 (66)	13,88 ± 26	1,87	9,02	129	118	2	-
Maranhão	2 (1)	4,71 ± 3	0,64	4,71	112	-	2	-
Paraíba	62 (28)	7,17 ± 12	1,56	4,03	66	-	62	-
Pernambuco	65 (35)	8,29 ± 13	1,57	3,75	77	-	65	-
Piauí	14 (6)	3,64 ± 5	1,37	1,78	48	-	14	-
Rio Grande do Norte	79 (47)	4,25 ± 7	1,65	1,49	54	-	79	-
Sergipe	16 (21)	6,11 ± 7	1,15	3,72	80	-	16	-
Norte	92	6,95 ± 10	1,44	3,86	76	-	92	-
Acre	2 (9)	10,11 ± 7	0,69	10,11	42	-	2	-
Amazonas	2 (3)	4,40 ± 1	0,23	4,40	96	-	2	-
Pará	24 (17)	4,46 ± 5	1,12	2,58	88	-	24	-
Rondônia	10 (19)	8,99 ± 7	0,78	6,68	17	-	10	-
Roraima	1 (7)	5,58	-	5,58	88	-	1	-
Tocantins	53 (38)	7,69 ± 12	1,69	3,28	63	-	53	-
Sudeste	111	12,21 ± 14	1,15	7,96	94	3	56	52
Espirito Santo	18 (23)	12,27 ± 13	1,06	9,02	86	-	18	-
Minas Gerais	4 (0,5)	12,57 ± 19	1,51	3,28	111	3	1	-
Rio de Janeiro	25 (27)	16,45 ± 21	1,28	13,22	92	-	25	-
São Paulo	64 (10)	10,52 ± 11	1,05	7,44	97	-	12	52
Sul	138	9,72 ± 12	1,23	5,71	79	103	35	-
Paraná	103 (26)	9,93 ± 13	1,31	5,60	77	103	0	-
Rio Grande do Sul	22 (4)	11,12 ± 11	0,99	7,37	81	-	22	-
Santa Catarina	13 (4)	5,75 ± 5	0,87	4,94	90	-	13	-
Total	960	8,67 ± 14	1,61	5,22	86	297	611	52

DP: Desvio padrão; CV: Coeficiente de variação; E = aquisição de medicamentos centralizada no estado;

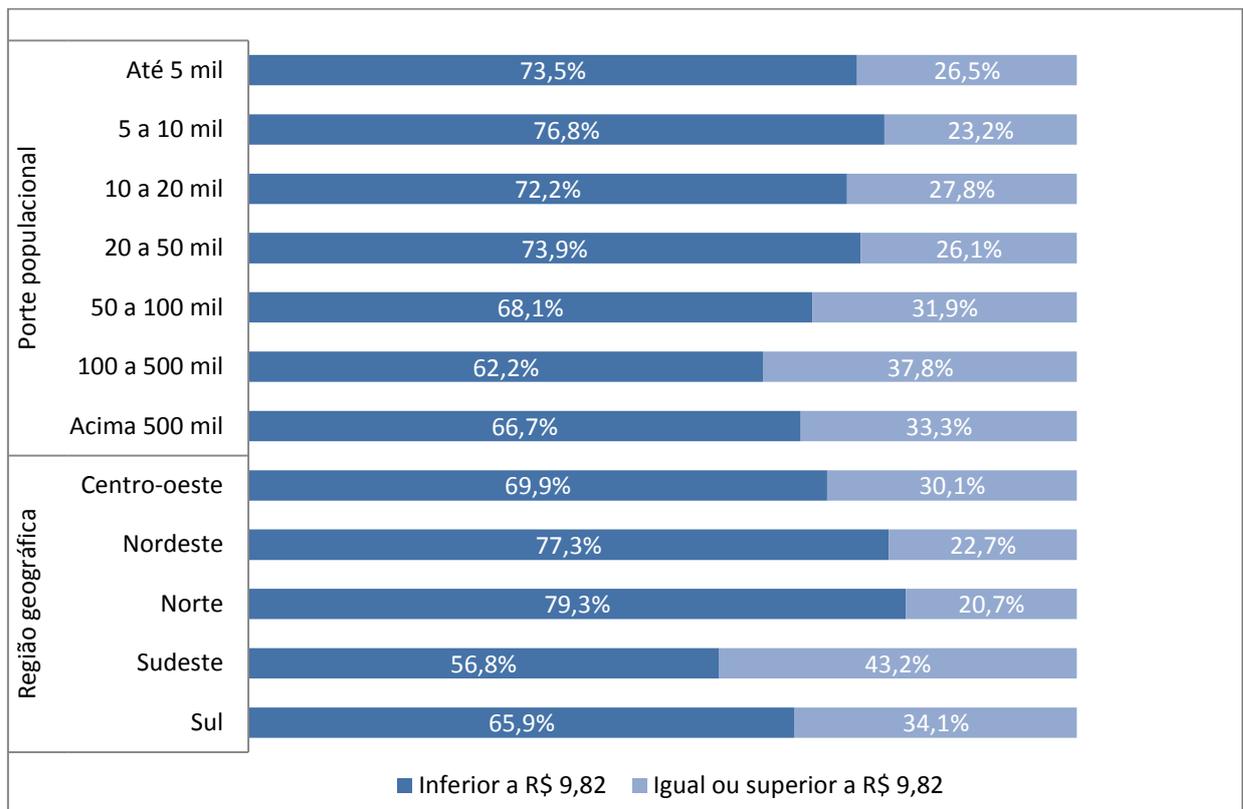
M = aquisição descentralizada no município; E/M = parte da aquisição realizada pelo estado e parte realizada pelo município.

Fonte de dados: Base Nacional de Dados das ações e serviços de Assistência Farmacêutica.

A Figura 1 apresenta a distribuição da amostra por porte populacional e por região geográfica, de acordo com valor médio de aquisição por habitante/ano aplicado. Esta demonstra que 700 (72,92%) municípios investiram um valor por habitante/ano menor do que R\$ 9,82 e, destes, 453 (47,19%) possuem até 20 mil

habitantes. Verifica-se também que de acordo com a proporcionalidade da amostra, a região Norte é a que possui maior número de municípios com menor investimento, seguida das regiões Nordeste e Centro-oeste.

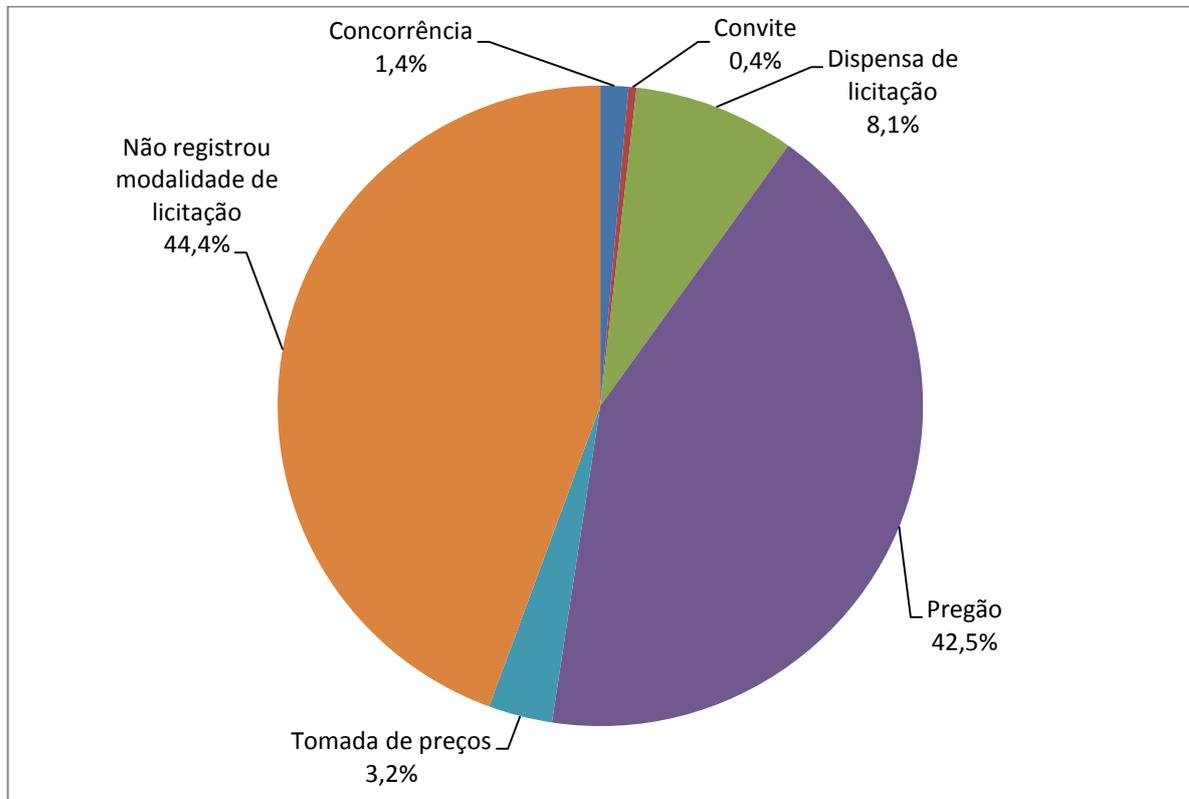
Figura 1 – Distribuição dos municípios brasileiros (n = 960), por porte populacional, por região geográfica e de acordo com o valor mínimo de financiamento do CBAF, determinado na Portaria 1.555/2013 (R\$ 9,82). Brasil, julho/2013 a junho/2014.



Fonte de dados: Base Nacional de Dados das ações e serviços de Assistência Farmacêutica.

Ao verificar as formas de aquisição de medicamentos informadas pelos municípios, percebe-se que, dentre os 534 que registraram este dado, 408 indicaram “pregão” como o a modalidade mais utilizada, 31 municípios “tomada de preço”, 13 municípios “concorrência” e quatro “convite”. 78 municípios registraram “dispensa de licitação” como a forma de aquisição mais utilizada (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição dos municípios brasileiros (n = 960), de acordo com as formas de aquisição de medicamentos do CBAF. Brasil, julho/2013 a junho/2014.



Fonte de dados: Base Nacional de Dados das ações e serviços de Assistência Farmacêutica.

Ao analisar o valor unitário médio dos 20 medicamentos e insumos mais adquiridos, em unidade farmacêutica, pode-se identificar que 95% destes itens estão com preços acima da média registrada no Banco de Preços em Saúde (BPS), no período de 28/03/2013 a 28/09/2014 (Tabela 3).

Dos 20 itens mais adquiridos pelos municípios da amostra, percebe-se que 50% são utilizados para problemas relacionados ao sistema cardiovascular, quatro para tratamento e monitoramento do diabetes, três para sistema nervoso, dois analgésicos e um inibidor da bomba de prótons (Tabela 3).

Ao calcular o valor unitário médio dos cinco itens mais adquiridos, por porte populacional, identificou-se que o preço médio unitário não é maior em municípios de menor população (Figura 3).

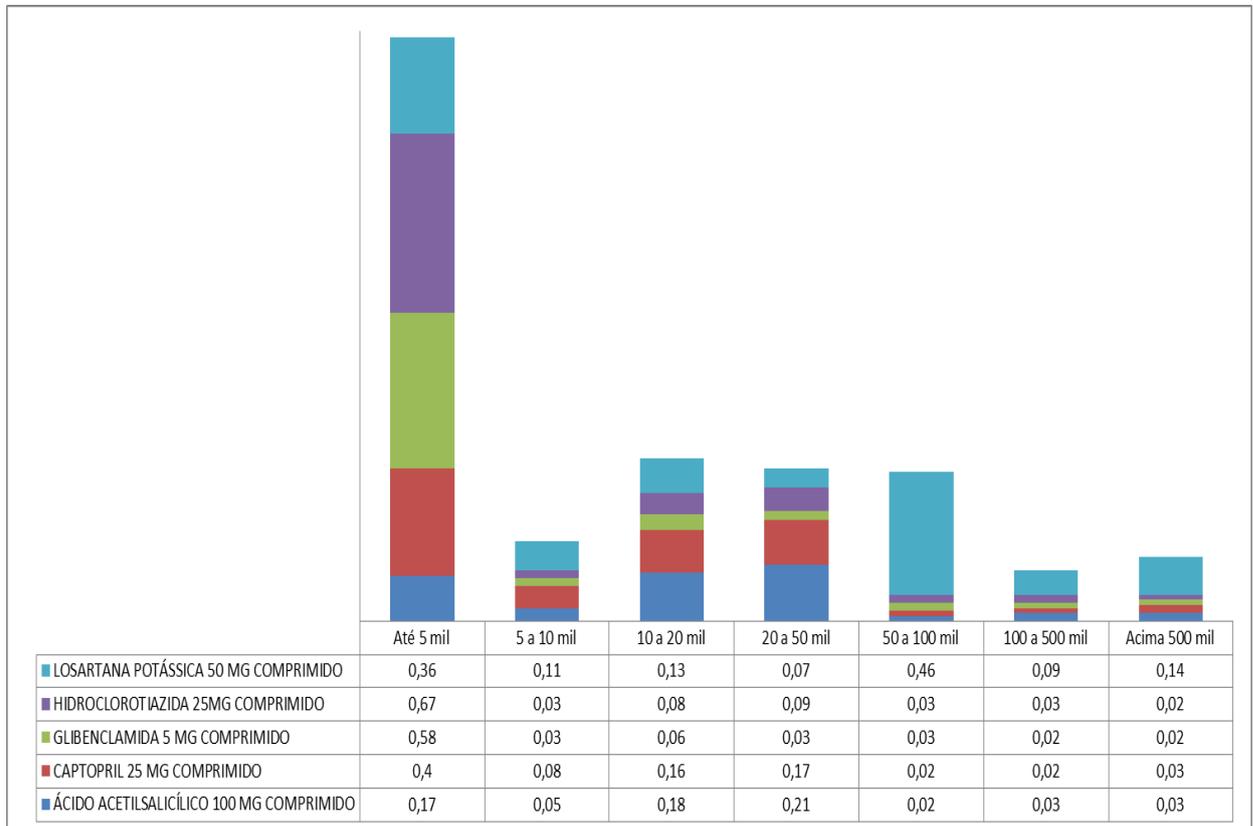
Tabela 3 – Valor unitário médio dos itens mais adquiridos do CBAF, em unidade farmacêutica, em ordem decrescente, pelos municípios brasileiros. Brasil, julho/2013 a junho/2014.

Medicamentos	Valor unitário médio (R\$ ± DP)	Valor unitário médio BPS* (R\$)
Captopril 25 mg comprimido	0,15 ± 1,5	0,04
Hidroclorotiazida 25 mg comprimido	0,13 ± 1,6	0,02
Glibenclamida 5 mg comprimido	0,10 ± 1	0,01
Losartana potássica 50 mg comprimido	0,17 ± 1,6	0,07
Ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido	0,13 ± 1,6	0,02
Omeprazol 20 mg cápsula	0,36 ± 3	0,04
Propranolol, cloridrato 40 mg comprimido	0,12 ± 1,3	0,02
Metformina, cloridrato 850 mg comprimido	0,45 ± 5,6	0,05
Amitriptilina, cloridrato 25 mg comprimido	0,35 ± 3	0,41
Carbamazepina 200 mg comprimido	0,37 ± 4,3	0,12
Enalapril, maleato 20 mg comprimido	0,38 ± 3,5	0,06
Fluoxetina, cloridrato 20 mg cápsula	0,35 ± 3,2	0,09
Ibuprofeno 600 mg comprimido	0,31 ± 3	0,09
Sinvastatina 20 mg comprimido	0,13 ± 0,3	0,05
Atenolol 50 mg comprimido	0,14 ± 1,5	0,03
Metformina, cloridrato 500 mg comprimido	0,14 ± 1,3	0,05
Tira reagente para medir glicemia capilar	6,63 ± 19,7	0,19
Anlodipino, besilato 5 mg comprimido	0,07 ± 0,4	0,03
Furosemida 40 mg comprimido	0,16 ± 1,7	0,03
Paracetamol 500 mg comprimido	0,22 ± 2,07	0,04

Fonte: Base Nacional de dados das ações e serviços de assistência farmacêutica.

*O valor unitário médio BPS considera a média ponderada.

Figura 3 – Valor unitário médio de aquisição dos cinco itens mais adquiridos do CBAF, de acordo com o porte populacional dos municípios brasileiros. Brasil, julho/2013 a junho/2014.



Fonte: Base Nacional de dados das ações e serviços de assistência farmacêutica.

DISCUSSÃO

Este estudo se baseou nas informações de municípios brasileiros que registraram dados de aquisição de medicamentos e insumos para a atenção básica na BNDAF, a fim de analisar o valor investido por habitante/ano por porte populacional, estado e região geográfica.

Dentre os municípios selecionados, verificou-se que 72% destes possuem até 25 mil habitantes. No Brasil, 75,3% possuem até 25 mil habitantes. Os municípios com mais de 500 mil habitantes têm 31,6% deles representados nessa amostra. Também se verificou que 63,9% estão habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, o que corresponde a 67,7% dos municípios obrigados a enviar dados à BNDAF.

Uma possível leitura destes resultados é a dificuldade que os municípios de pequeno porte possuem em garantir infraestrutura necessária para a informatização e disseminação de informação. Alguns estudos apontam que a infraestrutura é um dos fatores condicionantes para uma boa gestão dos serviços farmacêuticos (47,48).

Estudo recente (49), realizado a partir da realidade apresentada das Unidades Básicas de Saúde, na avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), observou que há necessidade de incentivos e investimentos à infraestrutura de equipamentos de tecnologia da informação.

A pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros, realizada em 2013, indica que o maior déficit de acesso à Internet, concentra-se nos estabelecimentos responsáveis pela atenção básica de saúde, justamente aqueles sem leitos de internação e de atendimento exclusivamente ambulatorial, ou seja, 29% não estão conectados à Internet (50).

Os resultados deste estudo também demonstram a necessidade da assistência farmacêutica incorporar mais iniciativas que garantam informações necessárias para avaliação das políticas e dos programas atuais.

Em 2010, o Ministério da Saúde disponibilizou o Hórus – Sistema Nacional Gestão da Assistência Farmacêutica para dar suporte à qualificação da gestão da assistência farmacêutica nos municípios (7) e, em 2013, determinou o envio de dados sobre as aquisições e consumo de medicamentos e insumos (45) para 453

municípios habilitados no Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS em 2012, e mais 453 municípios habilitados em 2013, os quais recebem recursos destinados à estruturação da assistência farmacêutica (43,44).

Essas ações foram passos importantes para a garantia da informação, porém, o desafio de aproveitar melhor as informações na gestão do SUS ainda é grande.

Em relação à aplicação do recurso destinado à aquisição de medicamentos e insumos do CBAF, os dados analisados demonstraram que 73% dos municípios avaliados aplicaram um valor monetário inferior ao mínimo preconizado pela Portaria vigente. Diversos fatores podem estar relacionados a essa falta de investimento, entre elas, conforme demonstrado por estudos anteriores, a não aplicação da contrapartida estadual e/ou municipal; contrapartidas estadual e/ou municipal em desacordo com a pactuação; a ausência de controle de estoque ou deficiência, acarretando aquisições em quantidades superiores ou inferiores à necessidade (7,51).

Com relação ao porte populacional, verificou-se que os municípios com população entre 100 e 500 mil habitantes apresentam um investimento médio por habitante/ano superior ao mínimo recomendado. Os municípios considerados nas demais faixas populacionais apresentaram, em média, gasto inferior.

Já os municípios com população igual ou superior a 500 mil habitantes apresentaram o menor gasto médio por habitante/ano, no entanto, conseguiram adquirir um número maior de medicamentos e insumos para acesso da população. No entanto, este fato não justificaria um gasto menor do que o recomendado.

Uma das hipóteses para esta situação seria a aquisição em escala, o que propicia melhor negociação de preços. Porém, ao analisar o valor unitário médio dos cinco itens mais adquiridos, verificou-se que não é possível inferir que a compra em municípios de grande porte, proporciona a aquisição com valores unitários menores.

Marin e colaboradores (52) recomendam que as administrações públicas criem mecanismos que possibilitem a ampliação de sua escala de compras pela adoção de compras consolidadas, seja por meio de aquisições para um período maior de tempo – para 12 meses, por exemplo – seja por meio de associações ou consórcios entre várias instituições, processando as compras em conjunto.

De acordo com Ferraes (53), as literaturas nacional e internacional não registram redução de custos mediante organizações associativas como os

consórcios, porém, segundo Bevilacqua (15), a adesão de um município a determinado consórcio para a aquisição de medicamentos, possibilitou a redução dos custos garantindo maior oferta de medicamentos e diminuição do desabastecimento do componente da assistência farmacêutica básica. Os preços pagos em 2008 para a aquisição dos medicamentos por unidade, já sob influência do consórcio, foram sistematicamente mais baixos que em 2007 (63% dos itens). Quando comparados os valores unitários de 2009 com a aquisição dos medicamentos por meio de consórcio com os valores de 2007, os valores unitários foram inferiores para 76% dos itens (15).

Araújo (29) considera a necessidade de rediscussão dos valores repassados pelas três esferas de gestão para custeio da assistência farmacêutica básica, devido ao déficit demonstrado para aquisição de medicamentos do CBAF em municípios de pequeno porte.

Outro fator importante a ser considerado é a reforma dos sistemas nacionais de saúde, trazendo à tona a questão do copagamento. Segundo Osório-de-Castro (38), a descentralização da saúde trouxe resultados de ampliação de acesso importantes, entretanto não tem se mostrado eficaz para a gestão da assistência farmacêutica em todos os municípios do Brasil.

Com o Programa Farmácia Popular aqueles municípios que não cumprem com as funções básicas de provisão de medicamentos podem estar vendo no Programa uma possibilidade extra para solução desse problema.

Como consequência, há substituição do financiamento estatal pelo desembolso privado, excesso de prescrição de medicamentos e nenhuma melhora no acesso. Ainda que possa existir o copagamento, ele deve apenas complementar a contrapartida estatal, e não substituí-la (54).

Neste estudo observou-se também uma desigualdade na aplicação de recursos entre as regiões geográficas, demonstrada pelo investimento médio, superior nas regiões Sul e Sudeste, as quais, no Brasil, são as regiões mais economicamente ativas e industrializadas (55). Outra hipótese que pode estar relacionada a essa diferença é o acesso aos serviços de saúde.

Estudo realizado (56) demonstra que os gastos federais por habitante, em ambulatório especializado, cuidados hospitalares e assistência farmacêutica, foram maiores nas regiões Sul e Sudeste, seguido pelo Centro-Oeste, com menores

gastos no Nordeste e no Norte, refletindo assim as desigualdades na oferta e utilização dos serviços de saúde no país.

Em relação ao modelo de gestão, conforme pactuações vigentes existem quatro formas de repasse do recurso do CBAF entre estados e municípios: aquisição totalmente centralizada no estado, parcialmente centralizada no estado, totalmente descentralizada no município e parcialmente descentralizada no município. Os dados analisados demonstraram que 63,65% dos municípios realizam a gestão do recurso de forma descentralizada, ou seja, a aquisição dos medicamentos e insumos é realizada diretamente pelo município.

Ao analisar o valor investido por habitante/ano de acordo com o modelo de gestão, verificou-se que os municípios que possuem a gestão da assistência farmacêutica básica descentralizada no município, investem, em média, menos do que os municípios com gestão total ou parcialmente centralizada no estado.

Sobre o número médio de itens adquiridos pelos municípios, observou-se que, em relação à RENAME vigente, 25% dos itens disponibilizados, são adquiridos. Em comparação ao Elenco de Referência Nacional apresentado na Portaria 4217/2010 e vigente até julho de 2013, esse percentual seria de 35%, uma vez que a RENAME 8ª edição listava 348 itens para aquisição e o ERN 245 itens de compra descentralizada. É válido lembrar que a lista de medicamentos dos municípios deve sempre considerar o perfil epidemiológico local/regional, não sendo obrigatória a disponibilização de todos os medicamentos do CBAF.

Outro aspecto observado foi a forma de aquisição utilizada pelos municípios. Este estudo constatou que o “pregão” foi a modalidade mais informada pela maioria dos municípios que registrou esse dado. Verificou-se também que, quanto maior o porte populacional, mais municípios utilizaram esta modalidade. Porém do total de municípios analisados, não registrou modalidades de aquisição, o que pode estar relacionado ao modelo de gestão destes municípios, uma vez que municípios com a gestão total ou parcialmente centralizada no estado correspondem as 62,18% (217) dos que não informaram.

Merisio (14) verificou que a escolha da modalidade pregão presencial para a compra de medicamentos, juntamente com o registro de preço estão possibilitando, de acordo com os entrevistados, maior economia para a administração pública municipal.

Sobre os valores unitários dos 20 produtos mais adquiridos do CBAF pelos municípios da amostra, foi observado que o valor unitário médio de aquisição está superior ao valor médio apresentado no BPS. Um estudo (57) observou que um dos aspectos que mais contribuiu para o desperdício de recurso destinado à compra de medicamentos em 2004 e 2007, foi a aquisição de medicamentos a preços superiores ao Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG).

Foi verificado também que entre os 20 medicamentos mais adquiridos, as três classes farmacológicas predominantes foram cardiovasculares, antidiabéticos orais e sistema nervoso. Esses grupos de medicamentos atendem as enfermidades consideradas entre as mais prevalentes na população brasileira, conforme observado na literatura nacional (58,59,60).

Algumas limitações neste estudo devem ser consideradas. A metodologia considerou apenas os medicamentos destinados ao CBAF, da RENAME 8ª edição para definição do valor de aquisição por habitante/ano, portanto, pode ser que esses valores estejam subestimados, uma vez que os municípios podem adquirir outros medicamentos para a atenção básica com recursos próprios.

A utilização de 15% dos recursos estaduais e municipais, prevista na Portaria GM/MS n. 1555/2013 para estruturação da assistência farmacêutica, pode alterar o valor mínimo a ser aplicado para aquisição de medicamentos e insumos pelos municípios, e, conseqüentemente, alguns resultados, porém pela falta desses dados, o desconto desse percentual não foi considerado na análise das informações obtidas. A omissão de dados e a alimentação eventual dos sistemas de informação também podem ser consideradas um fator limitante, pois a obrigatoriedade de envio de dados à BNADF, de forma contínua, é determinada para uma pequena parte dos municípios brasileiros.

Apesar das limitações apresentadas, este estudo demonstra resultados inéditos que podem auxiliar na discussão do financiamento da assistência farmacêutica, da suficiência dos recursos destinados ao custeio de medicamentos utilizados na atenção básica e nas reflexões sobre a contribuição do uso de sistemas de informações em saúde para as políticas e os programas atuantes no país.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados da BNDAF revelou que ainda há poucos municípios que utilizam os sistemas de informação de assistência farmacêutica disponibilizados pelo Governo Federal.

Diferenças regionais e estaduais na aplicação do recurso indicam a iniquidade na disponibilidade de medicamentos e trazem como reflexão a importância de rediscussão do modelo de financiamento da assistência farmacêutica básica e da responsabilidade das esferas do SUS na gestão eficiente desses recursos.

A não obrigatoriedade do uso de sistemas de informação e o incipiente monitoramento do repasse e da aplicação dos recursos destinado à assistência farmacêutica básica dificultam o acompanhamento da execução desse programa, o que pode comprometer o acesso e a disponibilidade de medicamentos para a população.

Os resultados do presente trabalho poderão subsidiar discussões do atual modelo de financiamento do CBAF. Uma possível estratégia a ser adotada pelos entes federativos seria a reavaliação do modelo de monitoramento do repasse dos recursos a fim de garantir o seu uso racional, como um primeiro passo para o aprofundamento da discussão do modelo de financiamento.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da saúde, 1998.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 176, de 8 de março de 1999. Estabelece que o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica será financiado pelos três gestores, e que a transferência de recursos está condicionada a contrapartida dos estados, Distrito Federal e municípios. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.084, de 26 de outubro de 2005. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3.237, de 24 de dezembro de 2007. Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.982, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da

Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 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). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

9. Vieira FS, Mendes ACR. Evolução dos gastos com medicamentos: crescimento que preocupa. *VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde*. São Paulo: PUC/SP. 2007.

10. Vieira FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):674-81.

11. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2):149-56.

12. Amaral SMS, Blatt CR. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(4):799-801.

13. Silva RM, Caetano R. Gastos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil, com medicamentos: uma análise do período 2002-2011. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(6):1207-1218.

14. Merisio A, Kleba ME, da Silva NC, Kovalski, DF. A aquisição de medicamentos para o Sistema Único de Saúde em municípios de pequeno porte do Estado de Santa Catarina. *Rev Bras Farm*. 2012;93(2):173-178.

15. Bevilacqua G, Farias MR, Blatt CR. Aquisição de medicamentos genéricos em município de médio porte. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):583-589.

16. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saude soc.* 2013;22(1):73-84.
17. Brasil. Decreto n. 53.612, de 26 de fevereiro de 1964. Aprova relação de medicamentos essenciais para os fins previstos no Decreto nº 52.471, de 1963, e dispõe sobre a aquisição de medicamentos pela Administração Pública Federal. Diário Oficial da União. Brasília: Presidência da República, 1964.
18. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília:CONASS; 2011:186 p.
19. Silva RCS. Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
20. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
21. Brasil. Lei Federal n. 8.080, de 21 de junho de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 1990.
22. Brasil. Lei Federal n. 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações na administração pública e dá outras providências. Diário Oficial da União, n. 116, seção 1, p.8269-8281, 1993.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, n. 96, seção I, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

24. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 2011.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012:114 p.
26. World Health Organization. *Pharmaceutical policy of the Andean Sub-region pharmaceutical*. Cartagena:WHO; 1993: 24 p.
27. World Health Organization. *The rational use of drugs: report of the conference of experts*. Nairobi 1985 Jul 25-29. Geneva: WHO; 1987.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2009:44 p. (28)
29. Araújo SQ; Madeiro PH; Silva Júnior EG. Avaliação dos custos com medicamentos da assistência farmacêutica na Atenção Básica em município de pequeno porte. *RevDivulg Saúde Debate*. 2012;48:87-96.
30. Araújo ALA; et al. Perfil da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008:13:611-17.
31. Vieira FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. *Rev. Saúde Pública*. 2009;43(4):674-81.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010:262 p.(32)

33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1554, 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). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
36. Cosendey MAE. Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: Um Estudo Multicêntrico em Cinco Estados do Brasil [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
38. Osório-de-Castro CGS, Santos-Pinto CDB, Costa NR. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2963-2973.
39. Costa KS; Nascimento JR J.M. HÓRUS: inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(1): 91-99.
40. Marin HF. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *J. Health Inform*. 2010;2(1):20-4.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2004:38 p.

42. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 260p.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1215, de 13 de junho de 2012. Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 271, de 27 de fevereiro de 2013. Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
46. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):3561-3567.
47. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica nos municípios baianos. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(6):1207-1220.
48. De Bernardi CLB, Bieberbach EW, Thomé HI. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saude Soc*. 2006;15(1):73-83.

49. Andrade, RCC. *Equipamentos de informatização nas unidades de atenção básica do Brasil: análise baseada no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ*. Brasília, 2014.
50. Comitê Gestor da Internet no Brasil. *TIC Saúde 2013: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros*. São Paulo, 2015.
51. Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(2):91-100.
52. Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro, CGS, Machado-dos-Santos S, org. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro:OPAS/OMS;2003:178.
53. Ferraes AMB, Cordoni Junior L. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. *Rev Adm Publica*. 2007;41(3):475-86.
54. Vianna SM, Piola SF, Reis COO. *Gratuidade no SUS: controvérsias em torno do co-pagamento*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1998.
55. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contas nacionais. *Divulga os resultados do Sistema de Contas Nacionais relativos às tabelas de recursos e usos, contas econômicas integradas, contas regionais do Brasil, produto interno bruto dos municípios e matriz de insumo-produto*. Rio de Janeiro:IBGE; 2013:107.
56. Machado CV, Lima LD, Andrade CLT. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):187-200.
57. Vieira FS. A Auditoria da Controladoria Geral da União sobre a Gestão Estadual: *Promoção da Transparência e da Eficiência na Área da Saúde. II Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 27: Sistema de Controle Interno do Executivo Brasileiro: avanços na construção da transparência e da eficiência da gestão pública*. Brasília. 2009.

58. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.160 p.
59. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):649-658.
60. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha Ângela MJ, Portela MC, et al . Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):897-908.