



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802453&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2018.

REFERÊNCIA

PONTES, Marcela Amaral et al. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2453-2462, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802453&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.18282016>.

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

Investment of financial resources for the procurement of medicines for primary care in Brazilian municipalities

Marcela Amaral Pontes¹

Noemia Uruth Leão Tavares¹

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco²

Janeth de Oliveira Silva Naves¹

Abstract *This study shows a descriptive data analysis related to the procurement of medicines for primary care in Brazilian municipalities, as recorded in the National database of Pharmaceutical Care Actions and Services for the period July 2013 – June 2014, by geographic region and population size. Nine hundred and sixty municipalities were analyzed, of which 27% invested monetary value equal to or greater than the minimum statutory recommendations and 43% of these are located in the Southeast. The North region has the highest number of municipalities with less investment. Municipalities with a population over 500,000 inhabitants used, on average, lower resources to provide more items to users. The average number of items purchased was 86 and represents 25% of the National List of Essential Medicines (Rename); 64% had a decentralized resource management and the most commonly used procurement method was “tender”. The most purchased drugs are in line with the most prevalent primary care diseases. Findings showed that most municipalities invests below statutory recommendations and are located mainly in the North, Northeast and Midwest. It was not possible to establish a trend between population and amount invested per capita/year.*

Key words *Pharmaceutical care, Health expenditure, Primary care, Healthcare financing*

Resumo *Este estudo tem por objetivo analisar o valor financeiro aplicado por habitante/ano em municípios brasileiros para aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, segundo porte populacional e região geográfica do país. Foi realizada análise descritiva dos dados de aquisição de medicamentos, registrados na Base Nacional de Dados das Ações e Serviços de Assistência Farmacêutica, no período de julho de 2013 a junho de 2014 (n = 960). A grande maioria dos municípios (73%) aplicou um valor por habitante/ano menor do que o mínimo recomendado pela legislação vigente e, desses, 47% possuem até 20 mil habitantes. Verificou-se também que a região Norte é a que possui maior número de municípios com menor aplicação de recursos e que os da região Sudeste, em média, aplicaram um valor por habitante/ano maior e adquiriram mais itens do que aqueles das demais regiões. As disparidades regionais e demográficas na aplicação de recursos financeiros trazem como reflexão a importância da rediscussão do modelo de financiamento da assistência farmacêutica básica e da responsabilidade das esferas do SUS na gestão eficiente desse recurso para prover o acesso a medicamentos à população.*

Palavras-chave *Assistência farmacêutica, Gastos em saúde, Atenção básica, Financiamento da assistência à saúde*

¹ Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Cidade Universitária, Asa Norte. 70910-900 Brasília DF Brasil. apmarcela@gmail.com

² Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas SP Brasil.

Introdução

Após mais de duas décadas de ações de assistência farmacêutica centralizadas no Ministério da Saúde (MS), a primeira política de medicamentos brasileira, aprovada em 1998, trouxe em suas diretrizes a reorientação da assistência farmacêutica fundamentada na descentralização e em práticas que propunham a promoção do acesso e do uso racional de medicamentos¹. Com a Política Nacional de Medicamentos, iniciou-se o processo de descentralização do financiamento e das ações da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS).

O MS, em 1999, criou o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB) e estabeleceu critérios para habilitação dos estados e municípios a receberem recurso financeiro oriundo das três esferas de governo para a aquisição de medicamentos para a atenção básica².

Posteriormente, o bloco de financiamento referente à assistência farmacêutica foi organizado em três componentes: básico, estratégico e especializado³. O componente básico disponibiliza recursos para o custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da atenção básica; o componente estratégico financia produtos para tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, e o especializado oferta medicamentos para determinadas doenças que possuem critérios de diagnóstico definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)⁴.

Desde então, o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) vem sendo consolidado por meio de Portarias que visam minimizar as iniquidades e ampliar o recurso^{5,6}.

Com o Pacto pela Saúde, 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 as pactuações estabelecidas⁷.

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 interfederativa⁸.

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 (NASF)⁹.

Atualmente, o financiamento do CBAF está estabelecido na Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, e o valor mínimo a ser aplicado pelas três esferas de governo é 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 utilizar 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 recurso¹⁰.

Apesar da evolução dos marcos regulatórios da assistência farmacêutica na atenção básica, os desafios para sua estruturação ainda são inúmeros. Segundo Oliveira et al.¹¹, muitos são os fatores que comprometem a qualidade da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros, entre eles está a insuficiência de recursos financeiros.

Estudos¹²⁻¹⁴ têm apontado a evolução dos gastos com medicamentos no país, porém devido à limitação de acesso aos dados de aquisição e consumo, a avaliação do modelo de financiamento da assistência farmacêutica no Brasil ainda é incipiente.

Em 2013, o MS criou a Base Nacional de Dados das ações e serviços de Assistência Farmacêutica no SUS (BNDAF) com objetivo de disponibilizar informações sobre a gestão da assistência farmacêutica que auxiliem a tomada de decisão de gestores e profissionais de saúde¹⁵. A partir desses dados, o presente estudo tem por objetivo analisar o valor financeiro aplicado por habitante/ano em municípios brasileiros para aquisição de medicamentos do CBAF, segundo porte populacional e região geográfica, e contribuir para a discussão sobre o financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica.

Métodos

Estudo transversal, realizado por meio de levantamento de dados oriundos da Base Nacional de Dados das ações e serviços de Assistência Farmacêutica no SUS (BNDAF)¹⁵, constituída por um conjunto de dados referentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, registrados no Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica¹⁶ ou enviados por meio de um serviço *web* (*webservice*) pelos municípios brasileiros.

O estudo levantou dados registrados pelos municípios brasileiros entre julho/2013 e junho/2014, que compreende um período de 12 meses necessários para o cálculo do valor aplicado por habitante/ano. Foram considerados os registros das aquisições que continham medicamentos e insumos dos Anexos I e IV da Renome 8ª edição¹⁷, referentes ao CBAF. 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 8.666, de 21 de junho de 1993¹⁸.

Para definição da amostra, foram selecionados municípios com um ano ou mais de registros na BNDAF e foram excluídos aqueles que registraram dados de aquisição sem valor monetário dos produtos adquiridos, o que gerou um valor por habitante/ano igual a R\$ 0,00 para o período estudado. Dos municípios selecionados, foram ainda excluídos os registros que continham medicamentos de compra centralizada pelo MS, produtos registrados como doação e itens 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. Esses últimos foram considerados como erros de alimentação dos sistemas.

O cálculo do valor aplicado por habitante/ano foi realizado a partir do somatório das aquisições registradas, dividido pela população do município, utilizada para repasse do recurso destinado à assistência farmacêutica na atenção básica, baseada na estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2009 e 2011, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 1.555/2013¹⁰.

Foram realizadas análises descritivas dos gastos com aquisição de medicamentos em valores monetários – média e respectivo desvio-padrão, mediana e coeficiente de variação – bem como a distribuição das frequências absolutas e percentuais relativas, por região geográfica, estado e porte populacional. Os relacionamentos entre as variáveis consideradas no estudo foram verificados por meio do coeficiente de correlação de Spearman. Na comparação do valor financeiro aplicado por habitante/ano, segundo modelos de gestão e regiões, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis com nível de significância de 5%.

Para definição dos medicamentos mais adquiridos, somou-se a quantidade obtida em todos os municípios da amostra e, de acordo com

esta soma, classificou-os, em ordem decrescente, ou seja, do item mais adquirido para o menos. Os medicamentos foram agrupados de acordo com o grupo principal da *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC), que corresponde ao órgão ou sistema em que a substância atua¹⁹.

Calculou-se a média simples e o desvio padrão dos valores unitários de aquisição. Para fins de comparação dos valores unitários de aquisição dos medicamentos mais adquiridos foram coletados dados 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 geral, por item, o qual exibe o valor unitário médio ponderado dos registros das compras realizadas nos últimos 18 meses, a partir da data de geração do relatório. Todas as análises foram realizadas através do pacote estatístico SPSS 20.0.

Resultados

A partir dos dados da BNDAF, foram identificados os registros referentes à aquisição de medicamentos e insumos do CBAF em 1.801 municípios. Destes, 841 foram excluídos por não possuírem, no mínimo, um ano de registro de dados que englobasse o período de julho/2013 a junho/2014. Portanto, para realização deste estudo, foram analisados os dados de aquisição dos itens do CBAF em 960 municípios.

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.

Ao observar a distribuição dos municípios, segundo porte populacional, verifica-se que a maioria (52,6%) possui população entre 10 e 50 mil habitantes. Nota-se grande variabilidade em relação aos valores médios das aquisições por habitante/ano para os municípios, independente do porte populacional. No entanto, aqueles com população acima de 500 mil habitantes possuem dados mais homogêneos, em relação às demais faixas populacionais. Neste estudo verificou-se também que não há correlação entre a população e o valor aplicado por habitante/ano ($r_s = 0,038$; $p = 0,244$) (dados não apresentados em tabela).

No que se refere à aplicação de recursos e ao número de itens adquiridos, conforme o porte populacional observa-se que os municípios com população superior a 500 mil habitantes, em média, aplicaram menos recursos (R\$ 6,43)

Tabela 1. Distribuição dos municípios brasileiros, por porte populacional, segundo valor financeiro médio aplicado por habitante/ano, coeficiente de variação, mediana e média de itens adquiridos (n = 960). Brasil, julho/2013 a junho/2014.

População (habitantes)	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 5.000	147 (15,3)	16	5	9,11 ± 13	1,41	5,44	62
5.001 a 10.000	185 (19,3)	21	5	9,26 ± 19	2,00	4,55	72
10.001 a 20.000	281 (29,3)	22	5	9,38 ± 17	1,76	4,71	84
20.001 a 50.000	226 (23,3)	23	5	8,57 ± 17	1,98	5,34	94
50.001 a 100.000	72 (7,5)	17	5	8,79 ± 9	1,08	6,86	115
100.001 a 500.000	37 (3,9)	16	5	11,18 ± 13	1,14	7,47	139
Acima 500.000	12 (1,3)	09	4	6,43 ± 6	0,96	4,56	142
Total	960 (100,0)	25	5	8,67 ± 14	1,59	5,22	86

Fonte de dados: BNDAB.

DP: Desvio padrão; CV: Coeficiente de variação.

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 mínimo recomendado, porém, ao verificar a mediana, o gasto foi inferior. Em relação ao número médio de itens adquiridos, constatou-se que quanto maior o porte populacional, maior é este número (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta 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, observa-se que os municípios da região Sudeste, em média, aplicaram um valor por habitante/ano maior e adquiriram mais itens do que os municípios das demais regiões. Este valor foi superior ao mínimo definido na Portaria GM/MS nº 1.555/2013, porém o valor mediano foi inferior. Observa-se ainda que os valores médio e mediano das aquisições nos municípios das demais regiões do País foram menores do que o previsto na Portaria supracitada.

Ao detalhar esses dados por estado, deparou-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 foi identificado em mais de 50% dos municípios do Rio de Janeiro.

Observa-se ainda uma forte correlação positiva entre o valor aplicado por habitante/ano ao número de itens adquiridos ($r_s = 0,713$; $p <$

0,001) (dados não apresentados na tabela). Entretanto, em alguns estados – Alagoas, Amazonas Maranhão e Mato Grosso – verificou-se que houve uma aplicação menor de recursos e um maior número de itens adquiridos (Tabela 2).

Em relação ao modelo de gestão, observa-se que 611 (64%) 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 há estados responsáveis pela aquisição de itens para a atenção básica (Tabela 2), porém não foi possível verificar um menor valor médio de aquisição para municípios com o modelo de gestão centralizada no estado.

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 revela que 700 (73%) municípios aplicaram um valor por habitante/ano menor do que R\$ 9,82 e, destes, 453 (47%) 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 aplicação de recursos, seguida das regiões Nordeste e Centro-Oeste.

Ao verificar as formas de aquisição de medicamentos informadas pelos municípios, observa-se que, dentre os que registraram este dado (n = 534), a maioria (76%) indicou “pregão” como a modalidade mais utilizada, seguida por “tomada de preço” (6%), “concorrência” (2%) e

Tabela 2. Distribuição dos municípios brasileiros (n = 960), por região geográfica e por estado, segundo valor financeiro 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
Espírito 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

Fonte de dados: BNDAF.

DP: Desvio padrão; CV: Coeficiente de variação; E = gestão dos recursos centralizada no estado; M = gestão descentralizada no município; E/M = parte da gestão realizada pelo estado e parte realizada pelo município.

“convite” (menos de 1%). Destaca-se que 15% registraram “dispensa de licitação” como a forma de aquisição mais utilizada. Verifica-se também que, quanto maior o porte populacional, mais municípios utilizaram a modalidade “pregão” e que 44% da amostra não registrou a modalidade de aquisição.

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 mé-

dia registrada no BPS, no período de 28/03/2013 a 28/09/2014 (Tabela 3).

Dos 20 itens mais adquiridos pelos municípios da amostra, constatou-se que metade (50%) é utilizada para problemas relacionados ao sistema cardiovascular, 20% para tratamento e monitoramento do diabetes, 15% para o sistema nervoso, 10% analgésicos e 5% inibidor da bomba de prótons (Tabela 3).

Ao calcular o valor unitário médio dos cinco itens mais adquiridos, por porte populacional,

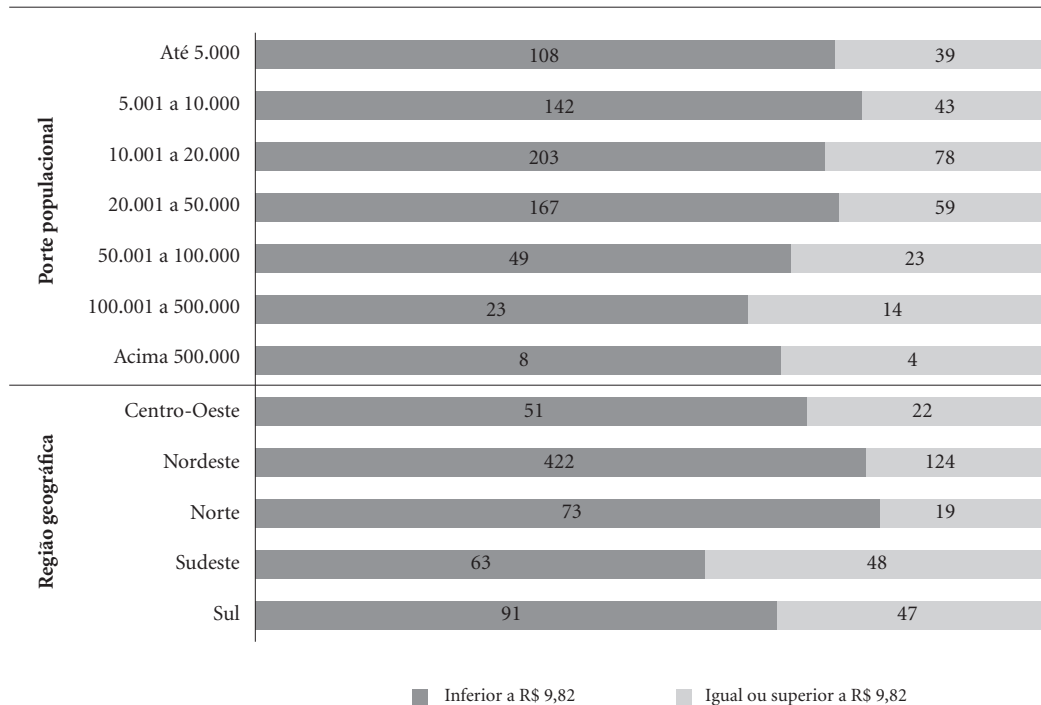


Figura 1. Distribuição dos municípios brasileiros (n = 960), por porte populacional, por região geográfica e de acordo com o valor mínimo de financiamento do CBAF. Brasil, julho/2013 a junho/2014.

Fonte de dados: BNDAF.

Nota: O valor mínimo definido determinado na Portaria 1.555/2013 para financiamento do CBAF é R\$ 9,82 por habitante/ano.

identificou-se que esse valor é menor em municípios com população superior a 50 mil habitantes. Observou-se também que municípios com 5 a 10 mil habitantes adquiriram os medicamentos por um valor unitário médio menor do que os municípios com população entre 10 a 50 mil habitantes (Tabela 4).

Discussão

O presente estudo analisou o valor financeiro aplicado por habitante/ano em 17% dos municípios brasileiros para aquisição de medicamentos do CBAF e identificou diferenças entre portes populacionais, regiões geográficas, modelo de gestão, número de itens adquiridos, valor unitário médio dos itens e modalidades licitatórias.

A maioria dos municípios aplicou valor financeiro abaixo do recomendado pela legislação vigente. Diversos fatores podem estar relacionados a este fato, dentre eles encontram-se, a não aplicação da contrapartida estadual e/ou municipal; contrapartidas estadual e/ou municipal em desacordo com a pactuação e a ausência de

controle de estoque ou deficiência, acarretando aquisições em quantidades superiores ou inferiores à necessidade²⁰. Outro fator que pode estar influenciando no valor total aplicado por habitante/ano é o modelo de gestão dos recursos, o qual deve ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Neste estudo verificou-se que os municípios que possuem a gestão da assistência farmacêutica básica totalmente descentralizada aplicam, em média, menos do que os municípios com gestão total ou parcialmente centralizada no estado.

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^{13,21,22}. Um estudo²¹ apontou que a utilização de consórcio para aquisição de medicamentos trouxe redução no desabastecimento dos produtos, expressiva economia de recursos e, através do contrato por ata de registro de preço, possibilitou racionalizar melhor a utilização do orçamento, em município de Santa Catarina. Segundo Amaral e Blatt¹³, a adesão dos municípios do Paraná ao

Tabela 3. Classificação dos itens do CBAF mais adquiridos pelos municípios brasileiros e valor unitário médio, em unidade farmacêutica. Brasil, julho/2013 a junho/2014.

Medicamentos	Valor unitário médio (R\$ ± DP)*	Valor unitário médio BPS** (R\$)
Aparelho cardiovascular		
Captopril 25 mg comprimido (1°)	0,15 ± 1,5	0,04
Hidroclorotiazida 25 mg comprimido (2°)	0,13 ± 1,6	0,02
Losartana potássica 50 mg comprimido (4°)	0,17 ± 1,6	0,07
Propranolol, cloridrato 40 mg comprimido (7°)	0,12 ± 1,3	0,02
Enalapril, maleato 20 mg comprimido (11°)	0,38 ± 3,5	0,06
Sinvastatina 20 mg comprimido (14°)	0,13 ± 0,3	0,05
Atenolol 50 mg comprimido (15°)	0,14 ± 1,5	0,03
Anlodipino, besilato 5 mg comprimido (18°)	0,07 ± 0,4	0,03
Furosemida 40 mg comprimido (19°)	0,16 ± 1,7	0,03
Aparelho digestivo e metabolismo		
Glibenclamida 5 mg comprimido (3°)	0,10 ± 1	0,01
Omeprazol 20 mg cápsula (6°)	0,36 ± 3	0,04
Metformina, cloridrato 850 mg comprimido (8°)	0,45 ± 5,6	0,05
Metformina, cloridrato 500 mg comprimido (16°)	0,14 ± 1,3	0,05
Insumos		
Tira reagente para medir glicemia capilar (17°)	6,63 ± 19,7	0,19
Sangue e órgãos hematopoiéticos		
Ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido (5°)	0,13 ± 1,6	0,02
Sistema musculoesquelético		
Ibuprofeno 600 mg comprimido (13°)	0,31 ± 3	0,09
Sistema nervoso		
Amitriptilina, cloridrato 25 mg comprimido (9°)	0,35 ± 3	0,41
Carbamazepina 200 mg comprimido (10°)	0,37 ± 4,3	0,12
Fluoxetina, cloridrato 20 mg cápsula (12°)	0,35 ± 3,2	0,09
Paracetamol 500 mg comprimido (20°)	0,22 ± 2,07	0,04

Fontes de dados: BNDAF e BPS.

Notas: *Foi realizada a soma da quantidade adquirida em todos os municípios, foram classificados em ordem decrescente e foram calculados a média simples e desvio padrão dos valores unitários de aquisição.**O valor unitário médio do BPS considera a média ponderada, a qual é calculada a partir da média simples e do desvio-padrão dos preços unitários para desconsiderar os registros com preços unitários menores que a subtração do primeiro pelo segundo e maiores que a soma de ambos. Dos registros restantes, apura-se o quociente do valor total das transações pela quantidade total vendida.

Tabela 4. Valor unitário médio dos cinco itens mais adquiridos do CBAF pelos municípios brasileiros, de acordo com o porte populacional. Brasil, julho/2013 a junho/2014.

Porte populacional	Valor unitário médio (R\$ ± DP)				
	Ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido	Captopril 25 mg comprimido	Glibenclamida 5 mg comprimido	Hidroclorotiazida 25mg comprimido	Losartana potássica 50 mg comprimido
Até 5.000	0,17 ± 1,61	0,40 ± 2,80	0,58 ± 3,46	0,67 ± 4,33	0,36 ± 2,46
5.001 a 10.000	0,05 ± 0,41	0,08 ± 0,53	0,03 ± 0,04	0,03 ± 0,05	0,11 ± 0,36
10.001 a 20.000	0,18 ± 1,82	0,16 ± 1,24	0,06 ± 0,47	0,08 ± 0,50	0,13 ± 0,57
20.001 a 50.000	0,21 ± 2,36	0,17 ± 1,90	0,03 ± 0,07	0,09 ± 1,10	0,07 ± 0,10
50.001 a 100.000	0,02 ± 0,02	0,02 ± 0,02	0,03 ± 0,11	0,03 ± 0,05	0,46 ± 4,32
100.001 a 500.000	0,03 ± 0,08	0,02 ± 0,02	0,02 ± 0,02	0,03 ± 0,04	0,09 ± 0,15
Acima 500.000	0,03 ± 0,06	0,03 ± 0,04	0,02 ± 0,02	0,02 ± 0,02	0,14 ± 0,14
Total	0,13 ± 1,62	0,15 ± 1,52	0,10 ± 1,18	0,13 ± 1,58	0,17 ± 1,63

Fonte de dados: BNDAF.

consórcio para a aquisição de medicamentos possibilitou a redução dos custos, garantindo maior oferta de medicamentos e diminuição do desabastecimento do CBAF. 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 itens¹³.

Neste estudo foram identificadas diferenças de gasto per capita entre os portes populacionais e uma das hipóteses para esta situação é a aquisição em escala, que propicia melhor negociação de preços. Marin *et al.*²³ 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.

Observou-se também uma desigualdade na aplicação de recursos entre as regiões geográficas, apontada pelo gasto médio superior nas Sudeste e Sul, as quais, no Brasil, são as mais ativas economicamente e industrializadas²⁴. A hipótese que pode estar relacionada a essa diferença é o acesso aos serviços de saúde. Um estudo²⁵ verificou que, em 2011, os gastos federais por habitante, em ambulatório especializado, cuidados hospitalares e assistência farmacêutica, foram maiores nas regiões Sudeste e Sul, 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.

Outro aspecto observado foi a forma de aquisição utilizada pelos municípios. Constatou-se que “pregão” foi a modalidade mais informada pela maioria dos municípios que registrou esse dado. Merisio *et al.*²¹ verificaram 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.

Porém, o percentual de municípios que utilizou mais vezes a modalidade “dispensa de licitação” e o número de municípios que não registrou esse dado é relevante e acarreta em uma reflexão sobre a qualidade do processo de aquisição de medicamentos nos municípios brasileiros. Estudo²⁶ publicado em 2014 aponta que em 52,7%

dos municípios paraibanos foi detectada a “inobservância das normas de aquisição de medicamentos”, o que constitui uma das principais falhas ou irregularidades encontradas nas licitações públicas. Além disso, em 29,1% dos municípios constatou-se o “fracionamento de despesas para aquisição de medicamentos”, que se caracteriza por dividir a despesa estimada visando realizar a contratação direta ou utilizar modalidade de licitação menos complexa do que a prevista pela lei.

Sobre o número médio de itens adquiridos pelos municípios, observou-se que, em relação à Rename 8ª edição, foram adquiridos 25% dos itens presentes nesta lista. Esse percentual passa a ser um pouco maior (35%) se comparado ao número de itens disponibilizados no Elenco de Referência Nacional (ERN) da Portaria nº 4217/2010, vigente até julho de 2013. 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.

Em relação aos valores unitários dos produtos do CBAF mais adquiridos pelos municípios da amostra, comparados ao valor unitário médio apresentado no BPS, destaca-se que há necessidade de realizar uma análise mais detalhada para verificar quais são os fatores envolvidos nas diferenças de preços apresentadas. De qualquer forma, é importante ressaltar que os resultados encontrados na maioria dos municípios mostram que os itens adquiridos estão acima do preço apresentado no BPS, e que o valor aplicado por habitante/ano pelos mesmos é menor do que o mínimo estabelecido pela legislação vigente, o que pode acarretar em grandes prejuízos para o acesso a medicamentos na população assistida.

Ao analisar as classes farmacológicas dos medicamentos mais adquiridos, verificou-se que predominaram os cardiovasculares, os antidiabéticos orais e aqueles para o sistema nervoso. Esses grupos de medicamentos atendem as enfermidades consideradas entre as mais prevalentes na população brasileira, conforme observado na literatura nacional^{27,28}.

Algumas limitações neste estudo devem ser consideradas. A metodologia utilizou apenas a lista de medicamentos destinados ao CBAF, da Rename 8ª edição, para definição do valor financeiro por habitante/ano, o que pode ocasionar em valores subestimados, uma vez que os municípios podem adquirir outros medicamentos

para a atenção básica com recursos próprios. Não foi considerada a utilização de 15% dos recursos estaduais e municipais para estruturação da assistência farmacêutica, montante que altera o valor mínimo a ser aplicado para aquisição de medicamentos e insumos pelos municípios, devido ao uso ser facultativo e pela falta de dados do número de municípios que o utiliza para estruturação. A omissão de dados e a alimentação eventual dos sistemas de informação também podem ser consideradas como fatores limitantes, pois a obrigatoriedade de envio de dados à BNDAF, de forma contínua, é determinada para uma pequena parte dos municípios brasileiros.

Apesar das limitações apontadas, este estudo apresenta resultados inéditos e abrangentes que cobrem todo o território nacional. As disparidades regionais e demográficas na aplicação do recurso financeiro trazem como reflexão a importância de rediscussão do modelo de finan-

ciamento da assistência farmacêutica básica e da responsabilidade das esferas do SUS na gestão eficiente desse recurso. Portanto, a estratégia de reavaliação dos recursos destinados à assistência farmacêutica na atenção básica, segundo critérios que considerem diferenças regionais e demográficas, encontradas no presente estudo, pode ser um primeiro passo para o aprofundamento da discussão do modelo de financiamento.

A análise dos dados apresentados reforça a importância do uso de sistemas de informação para o acompanhamento da execução da assistência farmacêutica na atenção básica, para que informações adequadas sejam produzidas para um sistemático processo de avaliação do modelo de financiamento e da produção de indicadores que possibilitem o monitoramento e a avaliação do impacto das políticas públicas implementadas para prover o acesso a medicamentos para a população.

Colaboradores

MA Pontes, JOS Naves e NUL Tavares contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. PMSB Francisco contribuiu na análise e interpretação dos resultados. Todos os autores participaram da redação, aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União* 1998; 31 out.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 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* 1999; 9 mar.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 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* 2007; 30 jan.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2014*. 9ª ed. Brasília: MS; 2015.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 2.982, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União* 2009; 27 nov.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 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* 2010; 29 dez.

7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 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* 2006; 23 fev.
8. 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* 2011; 20 set.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM 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). *Diário Oficial da União* 2013; 31 jul.
11. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):3561-3567.
12. Vieira FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):674-681.
13. Amaral SMS, Blatt CR. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. *Rev Saude Publica* 2011; 45(4):799-801.
14. Silva RM, Caetano R. Gastos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil, com medicamentos: uma análise do período 2002-2011. *Cad Saude Publica* 2014; 30(6):1207-1218.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 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* 2013; 28 fev.
16. Costa KS, Nascimento Júnior JM. HÓRUS: inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica* 2012; 46(1):91-99.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2013*. 8ª ed. Brasília: MS; 2013.
18. Brasil. Lei nº 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* 1993; 22 jun.
19. World Health Organization [homepage da internet]. ATC: Structure and principles [acesso em 12 jun 2016]. Disponível em: http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/
20. 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.
21. Merisio A, Kleba ME, Silva NC, Kovaleski 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.
22. Bevilacqua G, Farias MR, Blatt CR. Aquisição de medicamentos genéricos em município de médio porte. *Rev Saude Publica* 2011; 45(3):583-589.
23. Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro, CGS, Machado-dos-Santos S, organizadores. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 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.
25. Machado CV, Lima LD, Andrade CLT. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. *Cad Saude Publica* 2014; 30(1):187-200.
26. Bruns SF, Luiza VL, Oliveira EA. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB):olhando a aplicação de recursos públicos. *Revista de Administração Pública* 2014; 48(3):745-765.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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*. Brasília: MS; 2011.
28. 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 Saude Publica* 2011; 27(4):649-658.

Artigo apresentado em 26/03/2016

Aprovado em 09/09/2016

Versão final apresentada em 11/09/2016