



UnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

TESE DE DOUTORADO

Wendell Rodrigues Oliveira da Silva

ANÁLISE DO FINANCIAMENTO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: INIQUIDADES ENTRE OS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Linha de pesquisa: Desenvolvimento e Qualidade de Produtos e Serviços Farmacêuticos.

Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

Orientadora: Silvana Nair Leite Contezini

Brasília
2024

WENDELL RODRIGUES OLIVEIRA DA SILVA

ANÁLISE DO FINANCIAMENTO PARA AQUISIÇÃO DE
MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: INIQUIDADES
ENTRE OS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do grau de Doutor em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Profa. Dra. Silvana Nair Leite Contezini

Coorientador: Prof. Dr. Rafael Santos Santana

Linha de pesquisa: Desenvolvimento e Qualidade de Produtos e Serviços Farmacêuticos.

BRASÍLIA-DF
2024

WENDELL RODRIGUES OLIVEIRA DA SILVA

ANÁLISE DO FINANCIAMENTO PARA AQUISIÇÃO DE
MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: INIQUIDADES
ENTRE OS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do grau de Doutor em Ciências Farmacêuticas.

Aprovado em: 26 de fevereiro de 2024

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Nair Leite Contezini
Universidade Federal de Santa Catarina

1ª Examinadora: Profa. Dra. Noemia Urruth Leão Tavares
Universidade de Brasília

2º Examinador: Prof. Dr. Tiago Marques dos Reis
Universidade Federal de Alfenas

3ª Examinadora: Dra. Fabíola Bagatini Buendgens
Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

4º Examinador: Prof. Dr. Luciano Soares
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, por me dar condição e coragem para realizar meus sonhos, entre eles, o de cursar esse Doutorado.

Ao Sr. Freire (*in memoriam*) e a D. Ivonilde, meus pais, que sempre educaram os filhos a trilharem caminhos íntegros, nos estimularam a estudar e a nunca desistirem dos seus sonhos.

A Luciana Soares (esposa), por entender os momentos de ausência durante o curso deste doutorado. E a Ana Isabel e Luiz Neto (filhos) por serem meus estímulos para sempre procurar crescimento e superar desafios.

Ao querido tio Moacir, sempre fonte de inspiração como profissional, como pessoa, como pai e como esposo.

A meus irmãos Wilker, Weber e Darlene pela cumplicidade, companheirismo e por sempre acreditarem em mim.

Em especial, a Prof. Silvana Leite e ao Prof. Rafael Santana pela orientação, pelos ensinamentos, pelos incentivos, pela insistência e persistência em todos os produtos resultados desta tese.

A todos os professores do curso por compartilharem seus conhecimentos com os alunos visando o desenvolvimento de todos.

Aos amigos Anna Maly, Ivanessa Cavalcante, Luiz Eduardo, Roberto Peters pela ajuda nos artigos que submetemos a publicação e publicamos.

Aos membros da Banca de Qualificação, Fabíola Bagatini Buendgens (SES/SC), Profa. Noemia Urruth Leão Tavares (UnB), Prof. Tiago Marques dos Reis (UNIFAL/MG), pelo tempo dedicado à avaliação deste estudo e por todas as contribuições realizadas na construção dessa tese de doutorado.

Ao Ministério da Saúde pelo fornecimento de dados e informações, quando solicitados.

À Universidade de Brasília pela infraestrutura e suporte concedido para realização desta pesquisa.

E a todos que direta ou indiretamente me auxiliaram de alguma forma durante o curso.

Graças a vocês todos, estou finalizando esse ciclo, um sonho que tive desde criança que se realiza.

OBRIGADO MESMO, A TODOS(AS), DO FUNDO DO MEU CORAÇÃO!!!

RESUMO

As questões do financiamento e do investimento vêm fazendo parte das agendas de pesquisa sobre o Sistema Único de Saúde. Embora se reconheça que há problemas de gestão de recursos, argumenta-se que o sistema que pretende ser “universal” e “integral” funciona com um subfinanciamento. Isso posto, este estudo, exploratório, retrospectivo, teve por objetivo analisar os investimentos públicos realizados pelos entes federados em medicamentos e identificar potenciais desigualdades na aplicação desses recursos que podem representar impactos na oferta de medicamentos por meio do Sistema Único de Saúde. Observou-se que apesar dos investimentos per capita em saúde ter sido maior pelos municípios (R\$ 926,54), quando se trata de medicamentos, esse investimento per capita foi maior pela União (R\$ 61,89). Identificou-se também que os municípios das regiões Nordeste e Norte investem menos na aquisição de medicamentos quando comparado com a média nacional (R\$ 40,41), R\$ 24,20 e R\$ 23,58, respectivamente. Ao explorar o percentual de investimento em medicamento comparado ao investimento total em saúde entre os entes, foi possível verificar que estados e municípios vêm diminuindo seus percentuais de investimento em medicamentos, destacando-se a maior redução pelos estados, em que essa diminuição foi de 72,8% durante o período avaliado. Que os valores gastos com medicamentos pelos municípios foram maiores que os de contrapartida do Ministério da Saúde ou do Ministério da Saúde somados aos dos estados no período de 2016 a 2020, e que as médias percentuais de repasses de recursos federais e gastos municipais variaram conforme região brasileira, sendo maior o impacto para os municípios de menores Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). O Programa Farmácia Popular atinge principalmente os municípios dos maiores portes populacionais e maiores IDHM, não sendo suficiente, portanto, para enfrentar as iniquidades apontadas. Quando analisados os preços praticados na aquisição dos medicamentos mais utilizados na Atenção Primária dos municípios brasileiros, nos anos de 2016, 2018 e 2020 usando dados coletados na Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNAFAR), identificou-se a importância da prática da compra em associação nos preços dos medicamentos, além de detectar diferenças em preços de medicamentos em relação às análises por estratos populacionais, por região e por IDHM. Conclui-se que há uma assimetria regional nos investimentos em saúde e medicamentos no Brasil, além da diferente evolução desses investimentos no período analisado em cada capítulo, sendo as regiões mais vulneráveis as que menos investiram. Foi mostrado a ampliação das desigualdades na capacidade dos municípios para assegurar o acesso aos medicamentos, principalmente entre os municípios mais vulneráveis, acumulando ainda mais riscos de agravos e mortes por doenças sensíveis à atenção primária. Sugere-se que sejam desenvolvidas políticas públicas que diminuam as assimetrias na evolução dos investimentos em saúde e medicamentos por todos os entes e que contribuam de forma a favorecer a equidade de investimentos em saúde e em medicamentos em todo país.

Palavras-chave: Investimento em medicamentos; Investimentos em saúde; Serviços de assistência farmacêutica; Custos de medicamentos; Política Nacional de Assistência Farmacêutica

ABSTRACT

Financing and investment issues have been part of the research agendas on the Unified Health System (SUS). Although it is recognized that there are resource management problems, it is argued that the system that aims to be “universal” and “integral” operates with underfunding. Financing is also an essential factor in the availability of medicines, a key element in a resolute health system. That said, this study aimed to analyze public investments made by federated entities in medicines and identify potential inequalities in the application of these resources that could have impacts on the supply of medicines through the Unified Health System (SUS). The thesis is presented in 03 chapters. In chapter 01 - Threatened equity: Regional asymmetries in investments in medicines in Brazil, an analysis of investments in health and medicines by the Union, states and municipalities between 2010 and 2019 was carried out, aiming to identify regional differences in the application of these resources and it was observed that although per capita investments in health were higher by municipalities (R\$ 926.54), when it comes to medicines, this per capita investment was higher by the Union (R\$ 61.89). It was also identified that municipalities in the Northeast and North regions invest less in purchasing medicines when compared to the national average (R\$40.41), R\$24.20 and R\$23.58 respectively. By exploring the percentage of investment in medicines compared to the total investment in health among entities, it was possible to verify that states and municipalities have been decreasing their percentages of investment in medicines, highlighting the greatest reduction by states, where this decrease was 72.8% during the evaluated period. Chapter 02 presents an analysis of the resources for purchasing Primary Care medicines among the responsibilities of federated entities since 2016, highlighting municipal characteristics. This is a retrospective study, in which the evolution of the values of CBAF counterparts by entities was identified and compared. The amounts spent on medicines by the municipalities were higher than the counterparts from the Ministry of Health (MS) or MS+Estado in the period analyzed. The average percentage of transfers of federal resources and municipal expenditures vary depending on the Brazilian region. The average per capita value invested in medicines by municipalities increased between 2016 and 2020, with the impact being greater for municipalities with lower MHDI. The Popular Pharmacy Program mainly affects municipalities with the largest population sizes and highest MHDI, and is therefore not sufficient to address the inequities highlighted. It is concluded, from this chapter, that there has been an increase in inequalities in the capacity of municipalities to ensure access to medicines, especially among the most vulnerable municipalities, accumulating more risks of injuries and deaths from diseases sensitive to Primary Care. And in chapter 03, with the proposal of the RE indicator, which measures the quality of the price charged in the acquisition of medicines, the prices charged in the acquisition of the most used medicines in Primary Care in Brazilian municipalities were analyzed in the years 2016, 2018 and 2020 using data collected in the National Database of Pharmaceutical Assistance Actions and Services in the SUS (BNAFAR). This study also showed the importance of the practice of combined purchasing in drug prices, in addition to detecting differences in drug prices in relation to analyzes by population strata, by region and by MHDI. It is concluded that there is a regional asymmetry in investments in health and medicines in Brazil, in addition to the different evolution of these investments in the period analyzed in each chapter, with the most vulnerable regions being those that invested least. The increase in inequalities in the capacity of municipalities to ensure access to medicines

was shown, especially among the most vulnerable municipalities, accumulating even more risks of injuries and deaths from diseases sensitive to primary care. The relevance of the SUS to promote access to medicines is well-known, however it is suggested that governments pay greater attention to investing in medicines to serve the population, as barriers to access to medicines can have a negative result on adherence to treatment, and achieving universal health coverage for medicines reduces household expenditures on healthcare costs, healthcare litigation, outpatient care, hospitalization, and mortality. It is also suggested that public policies be developed that reduce asymmetries in the evolution of investments in health and medicines by all entities and that contribute to promoting equity in investments in health and medicines throughout the country.”

Keyword: Investment in medicines; Investments in health; pharmaceutical services; Medicines costs; National Pharmaceutical Policy

LISTA DE GRÁFICOS

Capítulo 01

Gráfico 1 – Investimento per capita em saúde por ano..... 52

Gráfico 2 – Valores per capita de investimento dos municípios em saúde por ano, por região.....53

Gráfico 3 – Valores per capita de investimento em medicamento pelos três entes..... 54

Gráfico 4 – Valor per capita de investimento dos municípios em medicamento por ano, por região..... 55

Gráfico 5 - Percentagem de despesa com medicamentos na despesa em saúde..... 56

Gráfico 6 - Valores per capita investido em medicamento pelos municípios de acordo com a classificação de vulnerabilidade..... 57

Capítulo 02

Gráfico 1 - Mediana dos gastos (R\$) com medicamentos pelos municípios brasileiros e de repasse feito pela União (MS) e Estados nos anos de 2016, 2018 e 2020..... 73

Gráfico 2 – Média percentual (%) de repasses de recursos e de gastos municipais por região..... 73

LISTA DE TABELAS

Capítulo 02

Tabela 1 – Variação (%) do IPCA deflacionada a dezembro/2021, medida a partir de janeiro/ano..... 72

Tabela 2 - Análise da média da percentagem de recurso repassado pelo MS sobre o valor total investido em medicamentos pelos municípios brasileiros em 2016 e 2020, por estrato populacional e IDHM..... 74

Tabela 3 - Porcentagem de municípios com farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular e média do valor *per capita* investido em medicamentos em 2016 e 2020 pelos municípios brasileiros por estrato populacional e IDHM..... 76

Capítulo 03

Tabela 1 – Variação (%) do IPCA deflacionada a dezembro/2022, medida a partir de janeiro/ano..... 89

Tabela 2 - Valor médio pago e valor médio da RE, regionalmente, por medicamento, em 2016, 2018 e 2020..... 91

Tabela 3 - Valor médio pago e valor médio da RE, por porte populacional, por medicamento, em 2016, 2018 e 2020..... 95

Tabela 4 - Valor médio pago e valor médio da RE, por porte de IDHM, por medicamento, em 2016, 2018 e 2020..... 99

Tabela 5 - Valor médio pago e valor médio da RE, por compra associada ou não, por medicamento, em 2016, 2018 e 2020..... 103

LISTA DE QUADROS

Capítulo 01

Quadro 1 - Porte dos municípios por região..... 41

Capítulo 03

Quadro 1 - Medicamentos mais utilizados pelos usuários da Atenção Primária do SUS considerando-se o 5º nível da *Anatomical Therapeutic Chemical* segundo a PNAUM..... 88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde

BI - Business Intelligence

BNAFAR - Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS

BPS – Banco de Preços em Saúde

CAP - Coeficiente de Adequação de Preços

CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica

CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CEME - Central de Medicamentos

CESAF - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

CMED - Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EC - Emenda Constitucional

ESF - Estratégia Saúde da Família

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FPM -Fundo de Participação dos Municípios

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS - Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IVS – Índice de Vulnerabilidade Social

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

PIB - Produto Interno Bruto

PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMVG - Preço Máximo de Venda ao Governo

PNAD - Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios

PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNAUM - Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil

PNM - Política Nacional de Medicamentos

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Sumário

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	21
2.1. Objetivo Geral.....	22
2.2. Objetivos Específicos.....	22
3. REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1. O financiamento da saúde no Brasil.....	24
3.2. Assistência Farmacêutica e o financiamento de medicamentos no Brasil.....	28
3.3. Desigualdades nos investimentos em medicamentos no Brasil.....	32
3.4. Oferta de medicamentos como um dos componentes essenciais no acesso integral aos serviços de saúde.....	35
4. METODOLOGIA	40
5. RESULTADOS	45
5.1. Capítulo 01 - Equidade ameaçada: Assimetrias regionais nos investimentos em medicamentos no Brasil.....	46
5.2. Capítulo 02 - O peso do financiamento dos medicamentos para os municípios brasileiros: responsabilidades compartilhadas?	66
5.3. Capítulo 03 - Assimetria nos valores pagos pelos medicamentos entre os municípios brasileiros, na Atenção Primária à Saúde.....	85
6. CONCLUSÕES	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
ANEXO	131



Apresentação

Lembro o mencionado pelo Ministério da Saúde, no documento “A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS”, que a Assistência Farmacêutica exerce um importante papel no setor produtivo, na inovação e no desenvolvimento tecnológico e, de outro lado, é essencial na produção de serviços, propiciando integralidade e resolutividade às ações de saúde, além da complexidade dos processos de Assistência Farmacêutica envolverem a articulação e sincronismo entre os serviços e a ação cooperativa dos profissionais de saúde e da gestão (Costa *et al.*, 2012).

Porém, o que se observa, nacionalmente, é que há muitos dados da Assistência Farmacêutica não estruturados e uma dificuldade de integração/consolidação destes dados, no âmbito federal, para que se possa ter um panorama nacional da Assistência Farmacêutica e com isso tem-se uma carência de informações relativas à gestão da Assistência Farmacêutica, ao acesso, ao consumo e à utilização de medicamentos na rede pública de saúde brasileira. Uma das raras iniciativas para avaliar o acesso e o uso racional de medicamentos pela população brasileira foi a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), realizada em 2013/2014.

Também é de conhecimento a existência de vários sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), HÓRUS, Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNAFAR) e outros sistemas de gestão da Assistência Farmacêutica, que são alimentados por estados e municípios e que foram criados/desenvolvidos com o objetivo de contribuir com a gestão de sistemas de saúde e com o monitoramento e avaliação das políticas nacionais, incluindo as Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica no Brasil.

Por ser um professor universitário de Assistência Farmacêutica, além de farmacêutico com experiência em alguns cenários de Assistência Farmacêutica, tanto municipal (coordenação da Assistência Farmacêutica de Crateús/CE, Iraporanga/CE e Monsenhor Tabosa/CE), quanto federal (consultor técnico do Ministério da Saúde), tenho conhecimento da realidade dessa área da saúde pública, a qual muitas vezes não é favorável aos profissionais e à população do país.

Tudo isso foi motivo que fez aflorar o interesse pelo tema no desenvolvimento dessa tese de doutorado.

1. Introdução

O acesso à saúde implica a garantia de ingresso do indivíduo no sistema de saúde e/ou o uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza, e como bens e serviços, é possível citar o acesso a medicamentos (Organização Mundial da Saúde, 2005).

Quando se fala de acesso a medicamentos, a disponibilidade de medicamentos nos países de baixa renda em 2016 foi de 60% e nos países de renda média foi de 56%, demonstrando que a disponibilidade de medicamentos essenciais, em diversos países do mundo, ainda é considerada baixa (World Health Statistics, 2016). Entre os países, as formas de promover o acesso a medicamentos varia, pois, fatores como o tipo de sistema de saúde e a política de medicamentos vigente influenciam o acesso. Nos sistemas universais de saúde, alicerçados na justiça social, cujos princípios norteadores são a universalidade e a igualdade de acesso aos serviços de saúde, como no Brasil, espera-se que o acesso a medicamentos seja igualitário e amplo (Oliveira; Nascimento; Lima, 2019).

No entanto, o tema acesso gratuito de medicamentos enseja diferentes abordagens entre os países, sejam eles desenvolvidos ou em desenvolvimento, que se expressam como a gratuidade total, a gratuidade conforme o grau de vulnerabilidade dos usuários e, ainda, o sistema de copagamento ou coparticipação, sendo parte das despesas coberta pelo sistema de saúde e a outra parte por desembolso direto do usuário (Oliveira Ahouagi *et al.*, 2022).

No Brasil, o acesso aos medicamentos é garantido constitucionalmente, pois a Constituição Federal de 1988 estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Organizado com base na descentralização, regionalização-hierarquização, resolubilidade, participação da comunidade e complementaridade do setor privado, e traz em seu artigo 6º a garantia a assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (Brasil, 1988).

A Lei nº 8.080/1990, no contexto do acesso a medicamentos, define que é dever do Estado garantir a assistência integral à saúde, o que inclui o acesso a medicamentos essenciais. Ela estabelece que o acesso aos medicamentos deve ser feito de forma equitativa, ou seja, todos os cidadãos têm o direito de receber os medicamentos necessários para o tratamento de suas condições de saúde, sem discriminação (Brasil, 1990).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica, regida pela Portaria de Consolidação nº 6/2017 do Ministério da Saúde, desempenha um papel fundamental na garantia do acesso a medicamentos no Brasil, estabelecendo diretrizes e estratégias para assegurar que todos os cidadãos tenham acesso aos medicamentos necessários para o

tratamento de suas condições de saúde, contribuindo assim para a promoção da saúde e a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2004).

Cabe ressaltar que há um interesse nacional em aprimorar o acesso aos medicamentos. Portanto, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), o conjunto de diretrizes e ações adotadas pelo governo para promover o acesso a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes à população, que visa garantir a disponibilidade, acessibilidade, e promoção do uso racional de medicamentos (Ministério da Saúde, 1998). Esta, vem se organizando por meio da publicação de leis, portarias, decretos, diretrizes e programas, para regulamentar aspectos importantes nas estratégias da Assistência Farmacêutica, entre eles, as formas de financiamento e os mecanismos de distribuição de medicamentos, mostrando ser um campo dinâmico, sujeito a revisões e atualizações constantes com base em evidências científicas e necessidades de saúde pública (BARRETO, 2012).

Adicionalmente, destaca-se a ampliação do acesso da população ao sistema de saúde público, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), exigiu mudanças na organização da Assistência Farmacêutica dentro do SUS, de maneira a aumentar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos, ao mesmo passo de minimizar custos e construir um arcabouço legal para sustentar o processo de descentralização da gestão das ações da Assistência Farmacêutica (Oliveira; Assis; Barboni, 2010).

Em determinados momentos da história do Sistema Único de Saúde (SUS) é referido a Assistência Farmacêutica e em outros o acesso a medicamentos, considerando que são dois conceitos inseridos nos princípios do SUS e, na agenda internacional (Bermudez *et al.*, 2018).

A prevalência global de uso de medicamentos pela população brasileira, baseada na PNAUM foi de 50,7%, sendo as menores prevalências de uso no grupo de menor classificação econômica (classe E). Os grupos de maior poder de consumo utilizaram cerca de 20,0% mais medicamentos que àqueles com menor poder de consumo. Ainda de acordo com a pesquisa, as maiores prevalências de uso de medicamentos para doenças crônicas foram encontradas nas regiões Sudeste e Sul, com diferenças estatisticamente significativas em relação às regiões Norte e Nordeste para toda a amostra (Bertoldi *et al.*, 2016; Tavares *et al.*, 2016).

Além disso, foi observado que os residentes na região Nordeste tiveram uma maior prevalência de baixa adesão ao tratamento em relação as demais regiões, resultado encontrado anteriormente por estudo que avaliou prevalência e fatores associados à não utilização de medicamentos de uso contínuo entre indivíduos que relataram diagnóstico de hipertensão na Pesquisa Nacional de Domicílios PNAD-2008 (Mengue *et al.*, 2016).

A baixa adesão ao tratamento medicamentoso para doenças crônicas no Brasil é relevante e as diferenças regionais, demográficas e àquelas relacionadas à atenção à saúde do paciente e ao regime terapêutico requerem ações coordenadas entre profissionais de saúde, pesquisadores, gestores e formuladores de políticas para o seu enfrentamento (Mengue *et al.*, 2016).

Em relação ao financiamento de medicamentos, as mudanças ocorridas ao longo destes mais de 30 anos de implantação do SUS, decorrentes da necessidade de ajustes nos mecanismos de gestão pública da saúde e do próprio acúmulo nesta área de conhecimento, produziram sensíveis alterações nas ênfases, na direção do olhar investigativo e no detalhamento imprimido à exploração daquele financiamento (Santo; Tanaka, 2011).

Embora se reconheça que há problemas de gestão dos gastos, é evidente que o sistema que pretende ser “universal” e “integral” funciona com um financiamento muito aquém do necessário (Santos *et al.*, 2017). Dessa forma, pode-se dizer que boa parte dos problemas estruturais enfrentados pelo SUS estão envolvidos com financiamento, mesmo o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Saúde, visando contribuir com a política de governo de diminuição das desigualdades regionais e combate à miséria (Silva, 2018).

O aumento dos gastos públicos *per capita* com saúde no Brasil não se constitui fenômeno recente, uma vez que estudos baseados em séries históricas que cobriram a segunda metade dos anos 1990 já demonstravam esta tendência (Santo; Tanaka, 2011).

Na Assistência Farmacêutica, os problemas de financiamento também são notáveis. Destaca-se que a disponibilidade de medicamentos é vista como um elemento primordial em um sistema de saúde de qualidade, representando um indicativo de credibilidade dos serviços e ações em saúde (Giovannella *et al.*, 2012; Faraco *et al.*, 2017). É importante falar que o debate na área de Assistência Farmacêutica nos últimos anos parece estar centrado na crescente demanda por formas de custeio do acesso, nos impactos da incorporação de tecnologias de alto custo e no cenário de intensa judicialização da saúde (Santana, 2017). Sem falar que estudos têm demonstrado que em alguns municípios, os recursos da

Assistência Farmacêutica Básica não são aplicados na sua totalidade, apesar das queixas de muito afirmando que os recursos são insuficientes, o que pode levar à sobrecarga de medicamentos e tratamentos de média e alta complexidade (Silva, 2018).

E no intuito de sanar, ou pelo menos amenizar esses problemas de financiamento, oferta e acesso ao tratamento medicamentoso, o Ministério da Saúde instituiu a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNAFAR) com o objetivo de proporcionar a integração de dados e a produção de indicadores e de evidências que subsidiem a tomada de decisão eficiente e a garantia da equidade no acesso a medicamentos (Brasil, 2021).

Dessa forma, este trabalho visa analisar os investimentos públicos em medicamento, além de identificar potenciais desigualdades na aplicação desses recursos para detectar se essas desigualdades podem representar impactos na oferta de medicamentos por meio do SUS a partir da exploração de dados da Assistência Farmacêutica disponíveis em sistemas públicos de informação como SIOPS, BNAFAR e Fundo Nacional de Saúde. A Tese está apresentada em 03 capítulos.

No **Capítulo 01 “Equidade ameaçada: Assimetrias regionais nos investimentos em medicamentos no Brasil”** realizou-se a análise dos investimentos em saúde e medicamentos pela União, estados e municípios entre 2010 e 2019, objetivando analisar os investimentos públicos em saúde e em medicamentos realizados pelos entes federados no Brasil.

O **Capítulo 02 “O peso do financiamento dos medicamentos para os municípios brasileiros: responsabilidades compartilhadas?”**, foi realizada com o objetivo de analisar os investimentos realizados em medicamentos pelos entes federados e as assimetrias desses investimentos que podem representar impactos na oferta e acesso desses medicamentos no SUS, foi identificada e comparada a evolução dos valores das contrapartidas do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) pela União (Ministério da Saúde), estados e municípios, e a evolução dos investimentos em medicamentos por esses entes na série temporal entre 2016 e 2020, com o objetivo de identificar suas assimetrias regionais, por estrato populacional e por faixa de IDHM.

Por fim, no **Capítulo 03 “Assimetria nos valores pagos pelos medicamentos entre os municípios brasileiros, na Atenção Primária à Saúde”**, analisou-se os preços praticados em 2016, 2018 e 2020 na aquisição dos medicamentos mais utilizados para hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, doença respiratória pulmonar crônica,

depressão, reumatismo, dor, febre e infecção na Atenção Primária dos municípios brasileiros. Os dados extraídos da BNAFAR para essa análise foram os dados dos municípios referentes aos medicamentos com quantidades e preços adquiridos, e calculou-se o preço médio pago por unidade de fornecimento. A partir desses dados, realizou-se análises regionais para identificar os valores praticados na compra de medicamentos pelos municípios em cada região brasileira, por porte populacional e estrato de IDHM, e elaborou-se o indicador Razão Econômica (RE).

Com esses capítulos, obteve-se subsídios para propostas de melhorias de políticas públicas de saúde objetivando uma Assistência Farmacêutica e um SUS mais equânimes para nós brasileiros.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

- Analisar os investimentos públicos realizados pelos entes federados em medicamentos e identificar potenciais desigualdades na aplicação desses recursos que podem representar impactos na oferta de medicamentos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2. Objetivos específicos

- Analisar os investimentos públicos em saúde e em medicamentos realizados pelos entes federados no Brasil;
- Identificar os principais entes responsáveis pelo investimento em medicamentos da Atenção Primária, evolução dos gastos, contrapartidas e diferenças regionais;
- Analisar preços praticados na aquisição de medicamentos utilizados na Atenção Primária dos municípios brasileiros.

3. Referencial Teórico

REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. O financiamento da saúde no Brasil

Em qualquer país o aumento da cobertura em saúde é desafiado pelos limites do que se deve cobrir, principalmente nos dias de hoje, em que a Saúde é o setor que mais produz inovações tecnológicas (Medici, 2010). Os vários sistemas de saúde existentes em âmbito mundial podem ser classificados em dois tipos quanto ao financiamento: aqueles em que predominam os seguros de saúde privados, baseados em contratos entre pessoas e empresas, que prevalecem as regras de direito individual (como é o caso dos Estados Unidos) e aqueles pautados por coberturas universais, seja por meio da oferta pública, seja por meio de seguros coletivos financiados com recursos públicos ou parapúblicos que predominam as regras de direito coletivo. Este é o caso dos países europeus e em parte do Brasil (Medici, 2010).

Cabe ainda afirmar que em uma sociedade desigual e com recursos escassos, o princípio da cobertura universal às vezes pode estar em desarmonia com o princípio da integralidade do acesso, dependendo de como este princípio se encontra definido (Medici, 2010).

Devido ao crescimento de gastos com saúde, incluindo-se aí medicamentos, a alocação de recursos públicos tem sido alvo de preocupação de natureza acadêmica e orçamentária em muitos países, até porque nos últimos anos a expansão dos investimentos em saúde no mundo não tem sido acompanhada de forma sistemática da avaliação das políticas e programas de saúde, e isso dificulta a identificação da efetividade desses investimentos, enfraquecendo a confiança das iniciativas globais e ameaça os progressos no desenvolvimento de programas de saúde (Giovanella *et al.*, 2012; Kashiwakura *et al.*, 2021; Silva; Elias, 2019).

Quando se compara financiamento do sistema de saúde no Brasil e no Canadá, o montante de recursos investidos e a participação do governo federal nesse financiamento são distintos nos dois países. No Brasil, somente 43% dos gastos totais com saúde são realizados no âmbito do SUS com a participação do Governo Federal. No Canadá, a participação do gasto governamental federal é bem maior, atingindo 74% do gasto total (Silva; Elias, 2019). No entanto, os modelos de descentralização e responsabilização entre os entes difere entre estes dois países. Na América Latina, nos últimos anos, configurou-se sistemas de saúde segmentados, expressando as desigualdades estruturais

dessas sociedades. Brasil, Argentina e México implantaram programas de saúde pública para controle de doenças específicas. Nas últimas décadas, as reformas de seus sistemas de saúde apresentaram diferenças, influenciadas por distintos legados institucionais, agendas políticas e orientações governamentais (Machado, 2018).

Foi evidenciado em estudo que analisou os gastos em saúde de 2001 a 2006 com relação ao percentual do PIB *per capita* que o Brasil gastava mais em saúde que outros países vizinhos com maiores níveis de renda e mesmo que Chile, Costa Rica e Uruguai tenham melhorado no quesito alocação de recursos, o Brasil gastava mais, proporcionalmente ao PIB, do que Uruguai, Chile e Colômbia, por exemplo. E com tudo isso o índice de mortalidade no Brasil continua bem pior do que nesses países (Kashiwakura *et al.*, 2021).

Em um estudo realizado pelo Banco Mundial, o Brasil, em comparação com outros países, deveria ser capaz de melhorar seus resultados de saúde em 9% gastando a mesma quantidade de recursos. O estudo revela ainda que a ineficiência média dos serviços primários de saúde é de 37%, ao passo que nos serviços de saúde secundária e terciária, a eficiência média é ainda mais baixa: 29%. Isso significa que há possibilidade de melhorar consideravelmente a prestação de serviços utilizando o mesmo nível de recursos (Rodrigues; Gontijo; Gonçalves, 2021).

Em acréscimo, destacam que as análises apresentadas em seu estudo poderiam constituir uma ferramenta de gestão para a negociação da Pactuação Programada e Integrada e assim fomentar quotas de repasse financeiro baseado em metas (Rodrigues; Gontijo; Gonçalves, 2021).

No Brasil, o SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, tem como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade, e está organizado sob as diretrizes organizativas da descentralização, regionalização-hierarquização, resolubilidade, participação da comunidade e complementaridade do setor privado e estabelece, no artigo 6º, a garantia da assistência terapêutica, integral, na qual se insere a Assistência Farmacêutica.

As políticas sociais devem se fundamentar nas necessidades de saúde da população por ela assistida, principalmente dos segmentos mais vulneráveis socialmente, para se atingir, além da equidade, a racionalidade no acesso à atenção à saúde, a tratamentos e a medicamentos (Bermudez; Barros, 2016). A regra de ouro para garantir a efetividade no financiamento público à saúde reside no pressuposto de que o orçamento público deva

financiar um conjunto integral de prestações ordenado pelas prioridades epidemiológicas. Ou seja, ainda que o financiamento seja integral, o principal é financiar primeiro o que é mais prioritário, ou seja, o conjunto de ações de saúde que beneficiaria, em ordem decrescente de prioridades, o maior número possível de usuários (Medici, 2010).

A Constituição Federal do Brasil estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Estabelece ainda as diretrizes e os princípios fundamentais para o financiamento da saúde no país, trazendo que o Estado brasileiro tem a obrigação de garantir a saúde como direito fundamental de todos os cidadãos, conforme estabelecido no seu artigo 196. Determina que o financiamento da saúde, que faz parte do conjunto de políticas sociais previstas na Seguridade Social, que compreende também a previdência e a assistência social, seja realizado com recursos provenientes de impostos e outras fontes, como previsto no artigo 195. Além disso, define que o orçamento da Seguridade Social, do qual a saúde faz parte, deve ser financiado com recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, conforme estabelecido no artigo 195. Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem a obrigação de assegurar a todos, acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde, sem qualquer forma de discriminação ou favorecimento (Brasil, 1988).

A Lei nº 8.080/1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, estabelece as diretrizes para o funcionamento do SUS no Brasil. Sobre o financiamento da saúde, a Lei aborda diversos pontos importantes, como o que estabelece que o financiamento do SUS será composto por recursos do orçamento da Seguridade Social, além de outras fontes. Esses recursos são destinados às ações e serviços de saúde em todo o território nacional. A Lei 8.080/90 determina que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios devem aplicar percentuais mínimos de suas receitas na área da saúde, conforme definido em legislação específica, e os critérios e as formas de transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Essas transferências têm o objetivo de garantir o financiamento das ações e serviços de saúde em todas as esferas de governo. Também é importante citar que além dos recursos provenientes do orçamento da Seguridade Social, existe a previsão da possibilidade de participação complementar de outras fontes, como convênios, doações,

entre outros. Ou seja, essa legislação é fundamental para orientar a aplicação dos recursos e garantir o funcionamento adequado do SUS no país (Brasil, 1990).

No Brasil, a Lei de Emenda Constitucional (EC) nº 29 foi aprovada em 2000, trazendo recursos adicionais e facilitando uma maior participação dos estados, Distrito Federal e municípios no financiamento do SUS. Esta emenda estabeleceu novas diretrizes para o financiamento da saúde pública, definindo as fontes de recursos para o setor e estabelecendo percentuais mínimos de investimento da União, estados e municípios. O impacto da EC nº 29 para o SUS tem sido objeto de estudo e análise por parte de diversos pesquisadores e acadêmicos. A EC nº 29 também buscou reduzir as disparidades no financiamento da saúde entre as diferentes regiões do país, garantindo que estados e municípios com menos recursos também pudessem investir adequadamente em saúde. Apesar dos benefícios esperados, a implementação da emenda enfrentou desafios, incluindo questões relacionadas à gestão dos recursos, eficiência na alocação de verbas e garantia da qualidade dos serviços prestados (Scavazza; Santos, 2022; Chies; Silveira, 2021; Souza *et al.*, 2019; Gadelha; Noronha; Pereira, 2012).

Porém, foi somente após a aprovação da Lei Complementar nº 141/2012, que se define os custos das ações e serviços públicos de saúde e o valor mínimo a ser aplicado anualmente pelos entes federados, sendo 12% para os estados e 15% para os municípios. A Lei Complementar nº 141/2012 teve um impacto significativo no SUS, pois estabeleceu normas para a organização e financiamento da saúde pública, visando garantir recursos mínimos para o setor e aumentar a transparência na gestão dos recursos. A lei definiu critérios claros e objetivos para a aplicação dos recursos destinados à saúde, garantindo que sejam utilizados de forma eficiente e voltados para a melhoria dos serviços de saúde e estabeleceu mecanismos para o fortalecimento do controle social sobre os gastos em saúde, garantindo maior participação da sociedade na fiscalização e monitoramento dos recursos públicos destinados ao setor. A lei também prevê a divulgação de informações detalhadas sobre os gastos em saúde, garantindo maior transparência na gestão dos recursos e possibilitando o acompanhamento da população sobre como o dinheiro público está sendo utilizado (Scavazza; Santos, 2022; Chies; Silveira, 2021; Souza *et al.*, 2019; Gadelha; Brasil, 2012).

Apenas a EC nº 86, de 17 de março de 2015, estabeleceu o percentual mínimo de contribuições de 15% para a União. Essa emenda determinou que a União deve aplicar anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, valor nunca inferior ao percentual da

receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, conforme definido em lei complementar. Ao vincular uma parcela da receita corrente líquida à saúde, a emenda busca garantir certa estabilidade orçamentária para o financiamento do SUS, evitando variações abruptas nos recursos disponíveis para a área. Em teoria, a EC nº 86 poderia resultar em um aumento nos recursos destinados à saúde, uma vez que estabelece uma base mínima de investimento proporcional à receita corrente líquida (Scavazza; Santos, 2022; Souza *et al.*, 2019; Brasil, 2015).

Em flagrante contraste com essa trajetória expansionista do gasto público em saúde, a EC nº 95/2016, conhecida como “Teto de Gastos”, implementou um novo regime fiscal que significou um verdadeiro congelamento dos gastos totais do governo federal por 20 anos, reduzindo os gastos públicos do setor em relação ao produto interno bruto (PIB). A EC nº 95 impõe um limite para os gastos públicos, o que resulta em restrições orçamentárias para o SUS. Isso pode dificultar a expansão e melhoria dos serviços de saúde, bem como o acesso da população a esses serviços. Com a limitação do crescimento dos gastos, o SUS enfrenta dificuldades em investir em novas tecnologias, infraestrutura e outros aspectos essenciais para a melhoria da saúde pública. Essa emenda pode também dificultar o cumprimento de metas e políticas de saúde estabelecidas, como o acesso universal a serviços de saúde de qualidade e a redução das desigualdades em saúde. Com menos recursos disponíveis para o SUS, há o risco de aumento das desigualdades em saúde, com grupos mais vulneráveis enfrentando maiores dificuldades no acesso a serviços de saúde adequados (Scavazza; Santos, 2022; Brasil, 2016).

Nesse novo contexto de austeridade, grandes mudanças foram feitas na Política Nacional de Atenção Básica em 2017, que tiveram impacto direto no nível organizacional e funcional da Atenção Primária à Saúde (APS), flexibilizando o modelo organizacional da Estratégia Saúde da Família – ESF (Scavazza; Santos, 2022; Chies; Silveira, 2021; Souza *et al.*, 2019).

Em 2019, o modelo de financiamento da APS sofreu mudanças devido à regulamentação GM/MS nº 2.979, com o compromisso de enfrentar os desafios não resolvidos da APS do SUS e a inovação nas organizações de serviços, visando alcançar a equidade em saúde na alocação de recursos financeiros federais (Scavazza; Santos, 2022; Chies; Silveira, 2021; Souza *et al.*, 2019).

É importante ainda frisar que a Assistência Farmacêutica exerce um importante papel no setor produtivo, na inovação e no desenvolvimento tecnológico e, de outro lado,

é essencial na produção de serviços, propiciando integralidade e resolutividade às ações de saúde. A complexidade dos processos de Assistência Farmacêutica envolve a articulação e sincronismo entre os serviços e a ação cooperativa dos profissionais de saúde (Costa *et al.*, 2012; Bittencourt *et al.*, 2017).

Pode-se afirmar que decorridos mais de 30 anos desde o advento do SUS, verifica-se seu impacto positivo na saúde da população. Esses avanços podem ser percebidos em relação à ampliação da cobertura, à melhoria da assistência, inclusive a Farmacêutica, e aos seus mecanismos de gestão.

3.2. Assistência Farmacêutica e o financiamento de medicamentos no Brasil

Desde 1975, a Organização Mundial de Saúde (OMS) defende fortemente as questões relacionadas às Políticas de Medicamentos, ao conceito de Medicamentos Essenciais e ao Uso Racional de Medicamentos, especialmente na APS. Em 1998, esse debate se intensificou quando a Assembleia Mundial da Saúde foi convocada para discutir a chamada “Estratégia de drogas revisada” (Bermudez, 2017).

A regulamentação da Constituição Federal, específica para a área da saúde, foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde que em seu Artigo 6º determina como campo de atuação do SUS, a “formulação da política de medicamentos (...)” e atribui ao setor saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (Brasil, 1990).

No Brasil, a Assistência Farmacêutica, como política pública, teve início na década de 70, mais precisamente em 1971, com a criação da Central de Medicamentos (CEME) e de lá para cá, passou por vários cenários, com muitos instrumentos como portarias, leis e políticas, entre elas a Política Nacional de Medicamentos, em 1998, e Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), em 2004, até chegar na conformação atual.

Também é interessante destacar que a Assistência Farmacêutica integral é um desafio de um sistema de saúde universal, especialmente em relação ao Brasil, com dimensão territorial continental, com diversidade geográfica e diferenças socioeconômicas importantes (Rocha *et al.*, 2019).

Assim, garantir uma Assistência Farmacêutica plena significa ofertar medicamentos essenciais, em quantidade e qualidade, que atendam às demandas epidemiológicas da população e sejam capazes de impactar positivamente nos desfechos de saúde (Oliveira; Assis; Barboni, 2010; Rocha *et al.*, 2019).

O aumento do acesso da população ao sistema de saúde público brasileiro, exigiu, ao longo dos anos, mudanças na organização da Assistência Farmacêutica dentro do SUS, de forma a incrementar a cobertura gratuita de medicamentos e ao mesmo tempo minimizar custos (Oliveira; Assis; Barboni, 2010; Rocha *et al.*, 2019).

Como alguns exemplos de modelos de financiamento de medicamento em outros países é possível citar o modelo do Serviço Nacional de Saúde inglês, o NHS, assim como o *Medicare*, sistema público de saúde australiano, ambos considerados sistemas universais, em que o acesso a medicamentos se dá por uma lista de medicamentos padronizados, ocorrendo acesso gratuito apenas em algumas situações específicas como internações para tratamentos de doenças como tuberculose, doença sexualmente transmissível, transtorno mental; pacientes idosos; mulheres grávidas e com filhos até 1 ano de idade; estudantes até 18 anos; portadores de deficiência e pessoas de baixa renda. Para o restante dos tratamentos, o fornecimento se dá mediado pelo copagamento ou coparticipação, no qual parte das despesas é coberta pelo sistema de saúde e a outra parte advém do desembolso direto do usuário (Oliveira; Nascimento; Lima, 2019).

No Reino Unido, o copagamento é adotado como principal forma de acesso a medicamentos. Desde o ano 2000, os gastos do sistema australiano com drogas para o tratamento do câncer têm aumentado 20% ao ano, mas apesar da alta prevalência de câncer na Austrália, o país tem uma das menores taxas de mortalidade entre os países desenvolvidos devido à sua política de rastreamento e financiamento público universal de medicamentos (Oliveira; Nascimento; Lima, 2019).

Dados de 2016 dos países membros da União Europeia trazem as variações nos gastos *per capita* com medicamentos, que podem refletir diferenças em vários aspectos, como na oferta. Entre esses países, a Alemanha apresenta o maior gasto *per capita*, cerca de 40% acima da média da União Europeia, seguida da Irlanda e da Bélgica. Entre os menores gastos estão a Dinamarca e a Romênia (Bermudez; Costa; Noronha, 2020).

Em relação ao tipo de financiamento, a cobertura advinda dos regimes governamentais e de seguro obrigatório nos países membros da UE foi em média 64%, com a parte restante coberta pelo desembolso direto e por seguro privado. Vale salientar que cerca de 25% dos países da UE apresentam cobertura pública inferior a 50%, sendo particularmente baixa na Bulgária (19%) e no Chipre (18%) (Bermudez; Costa; Noronha, 2020).

Em relação ao financiamento da Assistência Farmacêutica no Brasil, em 2007 foi publicada a Portaria nº 204, que estabelecia que o financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e que os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento (Ministério da Saúde, 2019; Ministério da Saúde, 2007; Ministério da Saúde, 2013).

O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica é constituído por três componente: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), com seu financiamento compartilhado para a aquisição de medicamentos para a Atenção Primária; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), destinado ao financiamento de custeio de ações de Assistência Farmacêutica em programas de saúde estratégicos e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), em que alguns medicamentos são de financiamento de responsabilidade do Ministério da Saúde (grupo 1), outros de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal (grupo 2) (Ministério da Saúde, 2019; Ministério da Saúde, 2007; Ministério da Saúde, 2013).

No ano de 2017 foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.992, revogando as anteriores, a qual altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS (38,43,44). A partir dessa portaria, o financiamento e a transferência dos recursos federais do SUS passam a vigorar com mudanças nos blocos de financiamento e faz a junção dos blocos anteriores em dois blocos de financiamento: (i) Bloco de Custeio de Ações e Serviços e (ii) Bloco de Investimentos na Rede de Serviços Públicos de Saúde (Rocha *et al.*, 2019; Rossi *et al.*, 2019; Cunha *et al.*, 2020).

O primeiro bloco, como o nome já diz, é destinado para o custeio dos serviços prestados, ao passo que o segundo é destinado para o financiamento de investimento como a aquisição de equipamentos, construção de prédios, etc. Esta mudança teve o intuito de permitir uma maior flexibilização no uso do dinheiro de acordo com as necessidades locais da população, e vale salientar que também não houve nenhuma alteração no método de cálculo e de distribuição dos recursos federais (Rocha *et al.*, 2019; Rossi *et al.*, 2019; Cunha *et al.*, 2020).

Vale lembrar que no Brasil, os gastos públicos com medicamentos são crescentes e constituem a segunda maior despesa dos sistemas de atenção à saúde, superados apenas

pela atenção hospitalar (Tavares *et al.*, 2016). E estamos frente a um aumento necessário no gasto com medicamentos no SUS, pois Vieira (2018) mostra que entre 2010 e 2016, as despesas do sistema aumentaram 30%. Nesse mesmo período, o gasto com medicamentos passou de R\$ 14,3 bilhões para aproximadamente R\$ 20 bilhões, representando um crescimento de 40%, tendo a participação do gasto federal com medicamentos subido de 11% em 2010 para 16% em 2016.

Só no período entre 2003 e 2014, o orçamento do Ministério da Saúde destinado à Assistência Farmacêutica saltou de R\$ 1,9 bilhão para R\$ 12,4 bilhões, com investimento superior a 80 bilhões de reais na área no intervalo (Tavares *et al.*, 2016).

Não se pode esquecer que no SUS, as compras dos medicamentos são feitas de forma autônoma pela União, pelos 5.570 municípios e pelos 26 estados e Distrito Federal, através do regime de administração pública indireta (Vieira; Zucchi, 2011). Como a disponibilização de recursos para a saúde está relacionada com a arrecadação municipal, os sistemas públicos de saúde são totalmente heterogêneos nos municípios (Santo; Tanaka, 2011).

Os custos dos medicamentos também representam importante item na despesa familiar em saúde, principalmente para as famílias de menor renda e, apesar da redução do peso do gasto com medicamentos sobre sua renda observado em alguns estudos, este ainda é o principal componente dos gastos com saúde (Tavares *et al.*, 2016). Além disso, estes podem ser um fardo forte e progressivo para as famílias como consequência dos custos crescentes dos tratamentos disponíveis, incluindo, por exemplo, medicamentos contra o câncer e outros medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento, em que o custo dos medicamentos pode chegar a 60% ou mais das despesas totais com saúde (Garcia *et al.*, 2020).

Os esforços do Brasil para alcançar a cobertura universal de saúde e para medicamentos resultaram no aumento do financiamento público de medicamentos e sua disponibilidade, variando de <50% em 1999 a 62% em 2014 (Garcia *et al.*, 2020).

Também há de se reconhecer que as contribuições da legislação e das normatizações do Ministério da Saúde para a organização e o estabelecimento de financiamento para a Assistência Farmacêutica na Atenção Primária são indiscutíveis (Oliveira; Assis; Barboni, 2010).

A ampliação do investimento público destinado à Assistência Farmacêutica no país passou de cerca de R\$ 2 bilhões em 2003, para aproximadamente R\$ 28,5 bilhões em 2021, o que mostra a importância desse setor nas políticas públicas (Júnior, 2018; Inesc, 2022).

Entre 2005 e 2009 houve ampliação do financiamento de medicamentos no SUS, sendo de 65,3% o aumento nos recursos financeiros da União para aquisição de medicamentos, e em 2019 a União investiu R\$ 13 bilhões em medicamentos. O CEAF foi o que mais cresceu ao longo dos anos. Em 2008, o Ministério da Saúde gastou cerca de R\$ 3,5 bilhões e em 2022 houve um salto para R\$ 8 bilhões nesse componente (David; Andreino; Beghin, 2016; Vieira; Zucchi, 2013; Silva *et al.*, 2021; BRASIL, 2023).

A participação do Estado foi, e continua sendo, coordenar esse processo no âmbito do seu território, com a cooperação técnica do gestor federal, de maneira a garantir que a aquisição realize-se em conformidade com a situação epidemiológica do município e que o acesso da população aos produtos ocorra mediante adequada prescrição e dispensação (Ministério da Saúde, 1998).

3.3. Desigualdades nos investimentos em medicamentos no Brasil

O cenário de desigualdades regionais de investimento dificulta a produção de programas nacionais e contribui com a manutenção de padrões díspares no oferecimento de um mesmo serviço no país, incluindo a oferta de medicamentos (Demarchi; Fontana, 2020; Costa Machado, 2019).

A assimetria, entendida aqui como uma discrepância entre os entes, é resultado de desigualdades na conformação constitucional entre os entes federados ou das relações intergovernamentais por eles realizadas. Dentro de um estado federal, as desigualdades regionais precisam ser tratadas e combatidas para promover uma transformação dos desníveis mediante a equalização das diferenças (Demarchi; Fontana, 2020; Costa Machado, 2019).

Desigualdades se referem às diferenças percebíveis e mensuráveis existentes nas condições de saúde e nas relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde (Barreto, 2017).

O termo iniquidade tem uma dimensão ética e moral. Refere-se a diferenças em saúde consideradas desnecessárias e evitáveis, sendo ao mesmo tempo injustas e indesejáveis. Iniquidades em saúde são diferenças observáveis na saúde entre entes determinados e que se originam em diferenças de poder, de capacidade financeira e de

posse de recursos. Pode-se medir as desigualdades em saúde, ao passo que as iniquidades em saúde não são mensuradas, mas julgadas. É considerada um contraponto para a igualdade (Vieira, 2020).

Assim, organismos internacionais admitem que equidade implica a diminuição das diferenças evitáveis e injustas, ao mínimo possível, e na oferta de serviços de saúde em função das necessidades e da capacidade de pagamento (Lefevre; Lefevre; Figueiredo, 2010).

No Brasil, a interdependência entre os governos, expressa pela necessidade de compartilhamento do processo decisório dada a tripla autoridade territorial, associada ao respeito ao princípio da autonomia dos governos, exigem soluções institucionais que devem considerar a assimetria dos territórios e o cenário de diferentes interesses dos atores políticos e governamentais que caracterizam uma nação como essa (Demarchi; Fontana, 2020; Costa Machado, 2019).

As desigualdades em saúde são um fato recorrente nos sistemas de saúde modernos, que inspiram vários projetos de investigação e políticas públicas. A preocupação com as desigualdades no acesso a cuidados de saúde, tem estado na agenda da Investigação Europeia em Economia da Saúde. Em Portugal persistem enormes assimetrias regionais que se traduzem numa profunda desigualdade no acesso a cuidados de saúde (Barreto, 2017; Nunes; Poeira; Canais, 2020).

Os gastos *per capita* com produtos farmacêuticos de 1995 a 2006 aumentaram em aproximadamente 50% em 161 Estados Membros da OMS, e esse aumento foi mais pronunciado nos países de renda média (Lu *et al.*, 2011).

As assimetrias subnacionais no Brasil relativas à capacidade de arcar com compromissos financeiros, impactando negativamente nas ações e resultados desejados, junto aos fortes desequilíbrios regionais, são limitadores de garantias de direitos sociais. Fatores como a forte desigualdade de renda, grandes extensões territoriais e contrastes regionais elevam o grau de dificuldade para prestação de serviços de Atenção Primária, incluindo a Assistência Farmacêutica (Manhães; Hasenclever; Santos, 2017; Fernandes; Pereira, 2020).

Segundo pesquisa realizada com dados da PNAUM, a maioria dos pacientes referiu ter conseguido totalmente, de forma gratuita pelo SUS, os medicamentos para as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) analisadas, com algumas diferenças significativas

nas categorias mensuradas. A oferta total foi maior na região Sul, comparada à região Nordeste (Mengue *et al.*, 2016).

Entre aqueles que referiram ter uma DCNT e que apesar da alta prevalência de acesso total, observou-se diferenças significativas entre regiões, níveis socioeconômicos e condições de saúde. Isso indica existência da necessidade de promover melhorias da Assistência Farmacêutica, especialmente na região Nordeste, bem como da atenção à saúde aos mais pobres e mais doentes (Mengue *et al.*, 2016).

O uso de medicamentos para hipertensão arterial, quando analisado entre as regiões do Brasil, as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores frequências de uso de medicamentos, enquanto as regiões Sudeste e Sul apresentaram as maiores frequências de uso (Mengue *et al.*, 2016).

Foi identificado, ainda, que em relação às diferenças nas cinco regiões do País, as regiões Norte e Nordeste, apresentaram as menores porcentagens de uso de medicamentos anti-hipertensivos. Estes resultados podem indicar que as populações destas regiões possam estar mais vulneráveis à descontinuidade do tratamento por falta de capacidade de pagamento para tratamento com medicamentos para doenças crônicas (Mengue *et al.*, 2016).

Entre julho de 2013 e junho de 2014, 73% dos municípios aplicaram, na compra de medicamentos para a Atenção Primária, considerando apenas os medicamentos presentes na RENAME, um valor por habitante/ano menor do que o mínimo recomendado pela legislação vigente. O estudo ainda identificou 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, investiram um valor por habitante/ano maior e adquiriram mais medicamentos do que aqueles das demais regiões (Álvares *et al.*, 2017).

As informações aqui levantadas não constituem novidade para o histórico quadro de assimetria, iniquidade e desigualdade social no país, tendo em vista que a maior proporção dos residentes nas regiões economicamente mais vulneráveis do país, Norte (Índice de Vulnerabilidade Social - IVS 0,469) e Nordeste (IVS 0,454), tiveram que arcar, em 2011, com os custos dos medicamentos para hipertensão e diabetes mellitus, comparados aos das regiões mais desenvolvidas e que nas regiões com menos investimento em medicamentos observa-se uma maior prevalência de não adesão à farmacoterapia (Costa *et al.*, 2016; Drummond; Simões; Andrade, 2020).

Tratando de Assistência Farmacêutica, as assimetrias aqui relatadas não ocorrem apenas em relação ao financiamento de medicamentos, pois também outros aspectos como infraestrutura e capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica municipal apresentam mais problemas nas regiões Norte e Nordeste, segundo dados da PNAUM. Além de nessas duas regiões ainda se concentrarem os municípios com menores taxas de farmacêuticos contratados pelo serviço público por habitante, o que provavelmente são fatos que contribuem para a disponibilidade de medicamentos da Atenção Primária também menor nos municípios destas mesmas regiões (Leite *et al.*, 2017; Gerlack *et al.*, 2017; Faraco *et al.*, 2020; Faraco *et al.*, 2021).

Os impactos de tais divergências de investimento em medicamentos certamente são contundentes para a saúde dos municípios.

O fomento institucional e o aprimoramento da dinâmica das relações intergovernamentais e das formas de articulação praticadas entre os entes federados poderiam favorecer uma melhor equação das contradições entre a descentralização da política de medicamentos e sua capacidade de prover acesso universal e igualitário às ações e serviços de Assistência Farmacêutica num contexto marcado por fortes assimetrias e concorrência entre os vários entes subnacionais que temos, citando aí as assimetrias entre as capacidades locais nos processos de aquisição de medicamentos básicos (Costa Machado, 2019; Llano *et al.*, 2019).

3.4. Oferta de medicamentos como um dos componentes essenciais no acesso integral à saúde

Os princípios da integralidade e universalidade do SUS buscam ser atendidos no fornecimento de medicamentos. A oferta e o acesso a medicamentos, e a garantia de tratamento medicamentoso adequado propiciam controle mais efetivo das doenças, o que possibilita a redução da morbimortalidade e a melhoria da saúde e qualidade de vida do usuário (Rocha *et al.*, 2019; Tavares *et al.*, 2016; Andrade *et al.*, 2021).

Define-se acesso a medicamento como a relação entre a demanda e a oferta, em que a necessidade é atendida quando e onde o paciente necessita, com garantia de qualidade e informação suficiente para usar corretamente (Soares *et al.*, 2013).

Essas atividades são influenciadas pelas características da organização dos serviços públicos de saúde, no nível local, em função da diversidade administrativa existente, além

de fatores associados às condições geográficas e epidemiológicas das diferentes regiões do Brasil (Rocha *et al.*, 2019; Tavares *et al.*, 2016; Andrade *et al.*, 2021).

As estratégias de oferta de medicamentos que melhor funcionam são aquelas que conseguem universalizar o acesso a bens e serviços para toda a população, além de conter os custos e melhorar a eficiência na alocação de recursos (Tobar, 2008).

É necessário que o usuário tenha acesso a medicamentos de qualidade no momento oportuno e de maneira coerente, ou seja, receba todas as orientações pertinentes quanto ao uso correto dos medicamentos, para que se tenha resultados positivos com este usuário, para que a Atenção Primária também tenha bons resultados e para que a assistência prestada seja eficiente, em qualquer nível (Oliveira; Assis; Barboni, 2010).

Em termos de medicamentos prescritos em 2016, em média 7,1% das pessoas relataram não ter usado os medicamentos prescritos devido ao custo, com base em 15 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (Oced, 2017). Parcelas populacionais de não uso de medicamentos prescritos foram mais elevadas nos Estados Unidos e Suíça; e mais baixa na Alemanha e no Reino Unido, no ano supracitado. Grandes melhorias foram relatadas em Israel, Estônia e Austrália. Em Israel, isso pode ser devido em parte às políticas para melhorar a acessibilidade de medicamentos para pacientes crônicos e idosos (Oced, 2017).

A Diplomacia Global da Saúde (DGS), refere-se ao conjunto de negociações desenvolvidas em diversos níveis, que delinea e gerencia o ambiente das políticas globais em saúde; e que, idealmente, produz melhores resultados para a saúde da população de cada país envolvido (atendendo, assim, aos interesses nacionais), bem como implementa as relações entre estados e reforça o compromisso de um amplo arco de atores em prol do empreendimento comum de assegurar a saúde como direito humano e bem público (Kickbush; Silberschmidt; Buss, 2007).

Não obstante a DGS implementada por vários participantes nacionais e internacionais, a crise da COVID-19 revelou disparidades significativas no acesso equitativo aos medicamentos, exacerbando assim as desigualdades existentes, tanto dentro, como entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Isso, ao longo do tempo, colocará em risco a consecução do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades, em muitos contextos. Diante deste cenário, é urgente implementar as recomendações da rede de Genebra sobre o acesso equitativo aos medicamentos (1. Redução de impostos; 2.

Abolição de tarifas; 3. Erradicar outras barreiras comerciais) se os governos levarem a sério a concretização dos ODS, nos quais o DGS desempenha um papel fundamental (Chattu *et al.*, 2023; Ozawa *et al.*, 2019).

É interessante lembrar que atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos é uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável adotadas por todos os Estados Membros das Nações Unidas em 2015 (Ipea, 2018).

O acesso a medicamentos é um dever do Estado brasileiro, que incorporou a garantia da assistência terapêutica integral, dentre seus princípios e diretrizes constitucionais, incluindo Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. Este acesso se dá mediante a oferta e disponibilidade dos medicamentos na rede de atenção à saúde, sua acessibilidade geográfica e aceitabilidade, promovendo o uso racional do produto (Bermudez; Oliveira; Esher, 2004).

A superação das desigualdades é uma das grandes dificuldades enfrentadas em todos os setores sociais no Brasil, na saúde não é diferente, onde o SUS, busca sempre promover a equidade no acesso a serviços de saúde, mas com o desafio de manter seu caráter universal e igualitário (Bermudez; Oliveira; Esher, 2004; Pinto *et al.*, 2018).

O Estado brasileiro assumiu desde 1988, com a Constituição Federal, a responsabilidade da oferta e financiamento de todos os serviços de saúde. Desde então, várias políticas têm sido implementadas e operacionalizadas na tentativa de garantir oferta mais eficiente e equitativa. As políticas de Atenção Primária, incluindo a expansão dos mecanismos de acesso gratuito a medicamentos, são consideradas exemplos de intervenções públicas e controle das DCNT (Mengue *et al.*, 2016; Meiners *et al.*, 2017).

Como afirmado por Garcia e colaboradores (2020), a falta de medicamentos na atenção ambulatorial pode aumentar os gastos com tratamento dos sistemas nacionais de saúde em decorrência da progressão desnecessária de doenças que podem resultar em hospitalizações. Afirmação ratificada por Meiners *et al.* (2017), que explica que a não adesão, especialmente nas DCNT como o diabetes melitus, traz sérias consequências sanitárias, como a redução da qualidade de vida do usuário e de sua família e o aumento de custos diretos e indiretos em saúde (Garcia *et al.*, 2020).

Um estudo apontou a alta aceitabilidade dos usuários às farmácias do SUS (> 92%), porém, diferenças regionais sugerem a necessidade de direcionar esforços para a melhoria

da qualidade do atendimento, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. As diferenças observadas na utilização dos serviços das farmácias públicas, podem mostrar as desigualdades presentes na utilização de serviços de saúde nas macrorregiões do país (Costa *et al.*, 2020).

A Pesquisa Nacional de Saúde 2013 mostrou que o uso de medicamentos para controle da hipertensão arterial mostrou-se menor na Região Norte, que apresenta menores índices de desenvolvimento, com microrregiões geográficas que podem apresentar maiores barreiras de acesso quando comparada ao Sudeste. A Pesquisa ainda mostrou que foram encontradas diferenças na utilização de medicamentos de acordo com a região brasileira (Monteiro *et al.*, 2019).

Predominam imensas desigualdades na oferta e acesso aos medicamentos no Brasil, onde os indivíduos que tiveram melhor acesso foram os residentes nos estados das regiões Sul e Sudeste do país, e que o serviço público de saúde se apresentou como um importante meio de obtenção dos medicamentos receitados, confirmando a relevância do SUS para promover o acesso aos medicamentos. Identificaram ainda que os estados da região Norte apresentaram a menor prevalência de acesso (Mesquita Mororó *et al.*, 2020).

O uso de antidiabéticos foi maior na Região Sudeste, e o de anti-hipertensivos foi menor na Região Norte. Resultados semelhantes foram identificados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em que a parcela de hipertensos que utiliza medicamentos nas capitais das regiões do país variou entre 71,0% na Região Norte e 85,3% na Região Sudeste (Monteiro *et al.*, 2019).

Em relação ao acesso aos medicamentos utilizados para os cuidados da hipertensão, 56,0% foram obtidos no SUS, 16,0% no Programa Farmácia Popular e 2,3% em outros locais. O desembolso direto correspondeu a 25,7% dos medicamentos utilizados para o tratamento dessa condição (Mengue *et al.*, 2016).

Esses estudos mostram uma oferta alta dos medicamentos para hipertensão e, em média, a metade desses medicamentos foi obtida de forma gratuita no SUS. Eles mostram também que a obtenção de medicamentos junto à rede básica do SUS aumentou. As políticas públicas de Assistência Farmacêutica podem explicar tal fenômeno (Mengue *et al.*, 2016).

A PNAUM identificou que pacientes de doenças crônicas no Brasil que conseguiram o tratamento, cerca de metade obtiveram todos os seus medicamentos de forma gratuita (47,5%), uma pequena parte conseguiu algum medicamento gratuito

(20,2%) e 32,3% pagaram por todos os medicamentos para tratamento das doenças crônicas (Tavares *et al.*, 2016).

Dados da PNAUM mostram também que a obtenção de todos os medicamentos que o indivíduo necessita na farmácia do SUS foi menor na região Norte (44,1%) e maior na região Sudeste (63,1%). A falta às vezes de medicamentos e a frequência de desabastecimento nesses serviços foi menos frequente na região Sudeste (37,9%) e mais frequente na região Nordeste (56,3%). Verificou-se ainda que na região Norte sempre falta medicamentos em maior frequência (36,3%) (Costa *et al.*, 2020).

Algumas pesquisas abordam que a literatura ressalta que, se ao final de todo o processo de cuidado, o paciente não conseguir os medicamentos do tratamento, todo o sistema de saúde fracassa e os gastos podem ser considerados ineficientes, uma vez que o medicamento é insumo essencial para o desenvolvimento das ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde (Meiners *et al.*, 2017).

As desigualdades regionais encontradas no estudo de Remondi (2019), podem resultar de diferenças na cobertura e no acesso aos serviços de saúde, na qualidade de cuidado aos pacientes e na provisão de medicamentos e outros insumos.

As diferenças geográficas na obtenção de medicamentos, alta taxa de desistência e baixa adesão ao tratamento apontam para a necessidade do aprimoramento das políticas instituídas para melhor controle das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil (Monteiro *et al.*, 2019).

A melhoria da oferta e do acesso aos medicamentos se relaciona com a capacidade de financiamento dos sistemas de saúde, a eficiência na gestão dos recursos, sua disponibilidade, ao poder aquisitivo das pessoas, ao uso racional e sua acessibilidade geográfica (Costa *et al.*, 2016; Remondi, 2019).

Como afirmado por Vieira e Zucchi (2013), muitos avanços já ocorreram, mas há ainda um longo caminho a ser percorrido pelo Brasil para garantir uma oferta ideal de medicamentos com uso racional.

4. Metodologia

A presente Tese foi elaborada em três etapas que resultou cada uma em um capítulo, que serão descritos em maiores detalhes nas respectivas metodologias. A divisão em três capítulos permitiu uma análise sistemática e abrangente do tema em questão, fornecendo uma contribuição significativa para o avanço do conhecimento da situação do financiamento da Assistência Farmacêutica no Brasil.

Não precisou-se submeter a pesquisa a Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) pois, conforme a Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, são submetidas ao CEP os procedimentos metodológicos envolvendo a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida da Resolução (Brasil, 2016), o que não foi a situação de nenhum dado aqui utilizado, pois todos são informações de acesso público, de bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual.

Análise dos investimentos públicos em saúde e em medicamentos realizados pelos entes federados no Brasil

Este estudo retrospectivo explorou os investimentos em saúde e medicamentos realizados pela União, estados, Distrito Federal e municípios de 2010 a 2019. Os dados foram coletados de sistemas públicos como o SIOPS e o Fundo Nacional de Saúde. Os investimentos per capita foram calculados ajustados para 2020 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA. A população utilizada foi extraída do SIOPS.

O estudo incluiu 26 unidades federativas, excluindo o Distrito Federal e incluindo Brasília como município para evitar duplicidade. Foram selecionados 600 municípios para análise, seguindo a metodologia da PNAUM, maior pesquisa brasileira da área.

A amostra foi composta por 120 municípios em cada uma das cinco regiões brasileiras (Quadro 1), os quais foram selecionados da seguinte forma: capitais (4,5%), municípios maiores, tendo sido tomados os 0,5% maiores municípios da região, de acordo com a população (4,5%), e municípios menores, com sorteio sistemático, também de acordo com o tamanho da população, dentro de cada região (91%).

Quadro 1. Porte dos municípios por região.

Regiões	Capital	Municípios maiores*	Demais municípios**	Total
Norte	7	2	111	120
Sul	3	6	111	120
Nordeste	9	9	102	120
Sudeste	4	8	108	120
Centro-oeste	4	2	114	120
TOTAL	27	27	546	600

* Considerando o tamanho da população

**Escolhidos por sorteio sistemático entre os municípios com menor população dentro da região

Fonte: Álvares e colaboradores (2017).

Além disso, foi utilizado o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), que sinaliza o acesso, a ausência ou a insuficiência de alguns “ativos” em áreas do território brasileiro. Com base no IVS, os municípios foram classificados em diferentes níveis de vulnerabilidade. E com esses dados, a análise visou examinar a evolução e as disparidades regionais nos investimentos em saúde e medicamentos realizados pela União, estados e municípios.

O peso do financiamento dos medicamentos para os municípios brasileiros: responsabilidades compartilhadas?

Este estudo retrospectivo explora a evolução dos valores das contrapartidas do Componente Básico da Assistência Farmacêutica realizadas pelo Ministério da Saúde (MS), estados e municípios nos anos de 2016, 2018 e 2020, antes e depois das correções de valores feitas em 2017 e 2019. Os dados das contrapartidas do MS foram obtidos do Fundo Nacional de Saúde.

Os dados sobre população, gasto total em saúde e percentual de gasto com medicamentos foram obtidos do SIOPS. A população é baseada nas informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A despesa total em saúde representa os custos totais com saúde dos entes durante o período analisado, incluindo gastos de diversas fontes. O percentual de despesa com medicamentos em relação ao gasto total com saúde indica a proporção dos gastos com medicamentos em relação aos gastos totais com saúde.

Realizou-se a análise a partir de frequências absolutas e relativas no intervalo temporal com dados secundários do FNS e do SIOPS. O programa estatístico *RStudio* foi empregado para limpar outliers dos dados. O investimento em medicamentos pelos municípios foi calculado multiplicando as despesas totais em saúde pela participação percentual de gastos com medicamentos.

Foram calculados valores per capita de gastos com medicamentos por região, a média da percentagem de repasse de recurso do MS e do recurso do MS mais a contrapartida estadual no gasto com medicamento, a média do valor dos três anos do repasse de recurso do MS e do recurso do MS mais a contrapartida estadual no gasto com medicamento e a média do valor gasto com medicamento em 2016, 2018 e 2020, com atualização monetária dos valores gastos e dos repasses federal e estadual aos municípios até dezembro/2021, utilizando o IPCA. Os dados sobre farmácias cadastradas no Programa Farmácia Popular foram obtidos do sistema Farmácia Popular - Gestão 2.0.

O porte populacional foi estratificado conforme o Programa Qualifar-SUS. Utilizou-se o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para classificar os municípios em cinco faixas. O teste T de *Student* foi utilizado para comparar médias de duas amostras independentes, considerando significância estatística para $p < 0,05$.

Assimetria regional dos valores pagos pelos municípios brasileiros em medicamentos na Atenção Primária.

Este estudo exploratório e retrospectivo analisa os preços dos medicamentos mais utilizados na Atenção Primária dos municípios brasileiros em 2016, 2018 e 2020, de acordo com a PNAUM. E propõe um indicador para medir a acessibilidade a esses medicamentos, permitindo comparações entre os preços. Os anos foram selecionados devido às correções do valor da contrapartida do CBAF pelo Ministério da Saúde em 2017 e 2019. Foram analisados os dados de municípios que alimentaram a Base Nacional de Dados e Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR) em 2016 (2.440 municípios), 2018 (2.866 municípios) e 2020 (3.815 municípios).

Os medicamentos selecionados para análise foram escolhidos com base na PNAUM, incluindo aqueles comumente utilizados para várias condições de saúde. Os dados de aquisição dos medicamentos pelos municípios foram coletados da. Utilizou-se o programa estatístico *RStudio* para limpeza de outliers e o teste T de *Student* para análise estatística. Os dados extraídos da BNAFAR incluíam quantidades e preços praticados,

permitindo o cálculo do preço médio pago por unidade de fornecimento. O objetivo foi identificar diferenças nos valores pagos pelos municípios e elaborar um indicador denominado Razão Econômica para comparação entre os preços dos medicamentos.

O estudo considerou o porte populacional dos municípios usando o modelo de estratificação do Programa Qualifar-SUS e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Os dados foram analisados regionalmente, por porte populacional e por faixa de IDHM, para comparar os preços dos medicamentos adquiridos pelos municípios brasileiros e elaborar o indicador Razão Econômica. Também foi utilizada uma adaptação da "razão de preço de medicamento", índice desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde/Ação de Saúde Internacional.

O indicador Razão Econômica foi utilizado para comparar os valores pagos pelos municípios na aquisição de medicamentos com a média nacional. Um resultado de 1 indica que o valor pago foi igual à média nacional, enquanto um resultado menor que 1 sugere economia e um resultado maior que 1 indica pagamento acima da média nacional.

5. Resultados

5.1. Capítulo 01 - **Equidade ameaçada: Assimetrias regionais nos investimentos em medicamentos no Brasil**

Artigo publicado na revista *Research, Society and Development*, v. 10, n. 13, p.e179101320896, 2021. ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.20896>

Resumo

Os sistemas de saúde dos países estão sofrendo aumento nos seus gastos, por vários motivos, no Brasil não é diferente. De 2006 a 2013 os investimentos com compras de medicamentos pelo Governo Federal aumentaram 172%. Apesar das conquistas alcançadas com o SUS, o acesso a medicamentos ainda não é fácil em várias regiões brasileiras. Nesse trabalho foi realizada a análise dos investimentos em medicamentos pela União, estados e municípios entre 2010 e 2019, objetivando identificar as diferenças regionais na aplicação desses recursos. Observou-se que apesar dos investimentos *per capita* em saúde ter sido maior pelos municípios (R\$ 926,54), quando se trata de medicamentos esse investimento *per capita* é maior pela União (R\$ 61,89). Identificou-se também que os municípios das regiões Nordeste e Norte investem menos na aquisição de medicamentos quando comparado com a média nacional (R\$ 40,41), R\$ 24,20 e R\$ 23,58 respectivamente. Ao explorar o percentual de investimento em medicamento frente ao investimento total em saúde entre os entes, é possível verificar que estados e municípios vêm diminuindo seus percentuais de investimento em medicamentos, destacando-se a maior redução pelos estados (72,8% durante o período avaliado). Quando utilizado indicador de vulnerabilidade, consta-se que quanto maior a vulnerabilidade social do município, menores são os valores investidos em medicamentos. Os dados demonstram que pode haver comprometimento na execução da oferta de medicamentos pelos principais entes assistenciais (municípios) e especialmente nas regiões com maior grau de vulnerabilidade social, justamente onde mais se depende do apoio do serviço público de saúde.

Palavras-chave: Investimento em saúde; Serviços de assistência farmacêutica; Custos de medicamentos; Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Abstract

The health systems of the countries are suffering an increase in their expenses, for several reasons in Brazil, it is not different. From 2006 to 2013, investments in drug procurements by the Federal Government increased by 172%. Despite the achievements with the SUS, access to medicines is still not easy in several Brazilian regions. This work aims to analyze investments in medicines made by the Union, states and municipalities between 2010 and 2019 in order to identify regional differences in the application of these financial resources. It was observed that although the per capita investments in health were higher by the municipalities (R\$ 926.54), when it comes to medicines, this per capita investment is higher by the Union (R\$ 61.89). It was also identified that municipalities in the Northeast and North regions invest less in the procurement of medicines when compared to the national average (R\$ 40.41), R\$ 24.20 and R\$ 23.58 respectively. When exploring the percentage of investment in medicine compared to the total investment in health among entities, it is possible to verify that states and municipalities have been decreasing their percentage of investment in medicines, highlighting the largest reduction made by the states (72.8% during the period analyzed). When the vulnerability indicator is used, it appears that the greater is the social vulnerability of the municipality, the lower are the

amounts invested in medicines. The data show that the supply of medicines may be adversely affected in the main care entities (municipalities), especially in regions with a higher degree of social vulnerability. It is observed precisely where the support of the public health service is most dependent.

Keywords: Investments; Pharmaceutical services; Drug costs; National Policy of Pharmaceutical Assistance.

Resumen

Los sistemas de salud de los países están sufriendo un aumento en sus gastos, por varias razones, en Brasil no es diferente. De 2006 a 2013, las inversiones en compra de medicamentos por parte del Gobierno Federal aumentaron un 172%. Apesar de los logros alcanzados con el SUS, el acceso a los medicamentos aún no es fácil en varias regiones brasileñas. En este trabajo se realizó un análisis de las inversiones en medicamentos por parte de la Unión, estados y municipios entre 2010 y 2019, con el objetivo de identificar diferencias regionales en la aplicación de estos recursos. Se observó que si bien las inversiones per cápita en salud fueron mayores por parte de los municipios (R\$ 926,54), en lo que respecta a medicamentos, esta inversión per cápita es mayor por parte de la Unión (R\$ 61,89). También se identificó que los municipios de las regiones Nordeste y Norte invierten menos en la compra de medicamentos en comparación con el promedio nacional (R\$ 40,41), R\$ 24,20 y R\$ 23,58 respectivamente. Al explorar el porcentaje de inversión en medicina frente a la inversión total en salud entre entidades, se puede constatar que los estados y municipios han venido disminuyendo su porcentaje de inversión en medicamentos, destacando la mayor reducción por estados (72,8% durante el período evaluado). Cuando se utiliza el indicador de vulnerabilidad, parece que cuanto mayor es la vulnerabilidad social del municipio, menores son los montos invertidos en medicamentos. Los datos muestran que las principales entidades asistenciales (municipios) pueden verse comprometidas en el suministro de medicamentos, y especialmente en regiones con mayor grado de vulnerabilidad social, precisamente donde el apoyo del servicio público de salud es más dependiente.

Palabras clave: Inversiones en salud; Servicios farmacéuticos; Costos de los medicamentos; Política Nacional de Asistencia Farmacéutica.

1. Introdução

Os governos mundiais têm enfrentado há décadas um dos maiores desafios, que é o de gerenciar os gastos com diferentes serviços de saúde, e os aumentos com os gastos em saúde são multifatoriais (Kondro, 2007). O envelhecimento populacional e o aumento dos gastos com medicamentos novos, por exemplo, imprimem uma pressão considerável nos esforços dos sistemas de saúde para continuar fornecendo cuidados abrangentes.

O Brasil, como outros países de renda média em crescimento, experimenta um aumento da prevalência de doenças crônicas na população associado a permanência de

muitas doenças transmissíveis agudas, gerando uma sobreposição de cargas de doença que ampliam a demanda de gastos com serviços de saúde e medicamentos, o que só agrava os riscos para a sustentabilidade dos orçamentos públicos periodicamente constrangidos pelas medidas de austeridade fiscal (Massuda *et al.*, 2018).

Paim *et al.* (2011) demonstram que avanços foram feitos na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Inovações institucionais foram introduzidos, incluindo uma descentralização substancial do processo que concedeu maior responsabilidade aos municípios para gestão de serviços de saúde e meios pelos quais potencializa e formaliza a participação social em saúde em formulação de políticas públicas e responsabilidade. Apesar de todos os avanços alcançados, o SUS é um sistema de saúde em contínuo desenvolvimento que ainda está lutando para possibilitar a cobertura equitativa.

No SUS, as aquisições de medicamentos são realizadas pela União, pelos 26 estados e Distrito Federal e pelos 5.570 municípios (Vieira; Zucchi, 2011). Entre 2000 e 2013, os medicamentos foram responsáveis por 19% a 22,4% das despesas com saúde no Brasil (Dias *et al.*, 2019) e no total, estima-se que o gasto público com medicamentos nas três esferas de governo passou, em termos reais, de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para R\$ 18,6 bilhões em 2016 (Vieira, 2018).

De acordo com os dados do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG), de 2006 a 2013 só no governo federal os gastos com compras de medicamentos aumentaram 172% (Chama Borges Luz *et al.*, 2017).

Apesar do incremento dos investimentos nessa área desde a criação do SUS, a falta de acesso aos medicamentos ainda é uma realidade, mesmo se tratando de um direito constitucional (Castro *et al.*, 2019; Luiza *et al.*, 2018; Nascimento, J. Álvares, *et al.*, 2017). Verificava-se em 2014, nas unidades de saúde do sistema público de saúde brasileiro, não mais que 62% de disponibilidade de medicamentos essenciais, apesar dos esforços do Brasil para alcançar a cobertura universal (Garcia *et al.*, 2020).

Costa (2014) demonstrou em sua pesquisa que os maiores percentuais de hipertensos e diabéticos que precisaram comprar medicamento em farmácias e drogarias concentraram-se na região Nordeste e os menores percentuais foram observados na região Sudeste. Drummond *et al.* (2020) trouxeram que a prevalência de não adesão à farmacoterapia no Brasil, segundo dados da PNAUM, foi de 20,2%, sendo as regiões Nordeste (27,8%) e Norte (24,2%) as com maiores prevalências. E Nascimento *et al.*, (2017), ainda com base em dados da PNAUM, falam que a disponibilidade geral de

medicamentos variou conforme as regiões do país, sendo as regiões Norte (44,6%) e Nordeste (46,3%) as com menores disponibilidade.

Oliveira *et al.* (2016) concluíram que a acessibilidade geográfica às farmácias de medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis pode melhorar, especialmente para as farmácias do SUS e farmácias do Programa Farmácia Popular nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Corroborando com o citado anteriormente o fato que inúmeras ações judiciais movidas pelos cidadãos no Brasil objetivam contornar a falta de medicamentos para tratamentos de doenças diversas como câncer e doenças genéticas, que não estão inclusas na política de Assistência Farmacêutica ou que não atendem as suas expectativas (Chagas *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2014). Nos milhares de casos de judicialização, o medicamento é o campeão de pedidos dos pacientes na justiça (Revez *et al.*, 2013; Vargas-Pelaez *et al.*, 2019).

Mendes *et al.* (2020), ao proporem o *índice de necessidades de saúde* entre os estados brasileiros, já evidenciam a desigualdade de saúde entre as regiões brasileiras, concentrando os maiores valores do índice nas regiões Norte e Nordeste e os menores nas regiões mais ao sul do país, além do Distrito Federal.

Para a obtenção dos dados dessa pesquisa utilizou-se dados do Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) que está disponível através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no Portal da Saúde e é calculado utilizando vários indicadores dos gastos de cada município, dentre eles: a receita de impostos e transferências constitucionais legais *per capita*; o percentual da receita de impostos próprios sobre a receita de impostos e transferências constitucionais legais; o percentual da receita do fundo de participação dos municípios (FPM) sobre a receita de impostos e transferências constitucionais legais; o percentual da receita do imposto sobre circulação de mercadorias e prestação de serviços (ICMS) sobre a receita de impostos e ainda as transferências constitucionais legais (Santos Neto *et al.*, 2017).

Reconhecer os investimentos em medicamentos como componente essencial na garantia do acesso à saúde é fundamental. No entanto, as desigualdades econômicas e sociais no Brasil, e a organização descentralizada da assistência farmacêutica indicam para a necessidade de analisar os investimentos realizados pelos entes federados em saúde e medicamentos, e identificar assimetrias regionais na aplicação desses recursos que, em última análise, representam impactos na oferta e acesso a medicamentos pelo SUS.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo, no qual verifica-se a evolução dos investimentos em saúde e em medicamentos pela União, estados, Distrito Federal e municípios.

Os dados foram coletos do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (Ministério da Saúde, 2017) que constitui instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina, em orçamento, a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde. Os indicadores utilizados foram os relacionados a investimento em saúde e em medicamentos dos três entes, dos anos de 2010 a 2019.

Extraíu-se do SIOPS e analisou-se os dados da União, dos estados e dos municípios da amostra referentes a:

- I. despesa total em saúde (D.Total Saúde), que representa os gastos totais com saúde dos entes durante o período avaliado;

Esse indicador resulta do gasto em saúde, por habitante, advindo de todas as fontes, quer sejam impostos, transferências do SUS (União, Estados e outros Municípios), operações de créditos e outras.

- II. e a participação percentual da despesa com medicamentos na despesa total com saúde que representam a participação dos gastos com medicamentos em relação ao total dos gastos com Saúde (%D.com Medicamentos).

Ressalta-se que as despesas com medicamentos realizadas por meio do SUS (Hospitais e Postos de Saúde) compõem o indicador supracitado, entretanto, aquelas realizadas com características de assistência social a pessoas de baixa renda (distribuição de medicamentos) não compõem o cálculo deste indicador.

Como a natureza do sistema é auto declaratória, e por não ser o foco do trabalho, não foi possível identificar quais os valores das despesas dos estados foram pagos com recursos próprios ou com recursos advindos da União, e em relação as despesas dos municípios, quais foram quitadas com recursos oriundos da União, do Estado ou do próprio ente.

Foram calculados os valores *per capita* de acordo com a população abrangente de cada ente. Os valores foram corrigidos para janeiro de 2020 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA (Banco Central do Brasil, n.d.).

Os dados da população utilizada de 2010 a 2019 para cálculo dos valores *per capita* dos entes da pesquisa foram extraídos também do SIOPS (Ministério da Saúde, 2017). Esses dados vêm da base do IBGE, base essa que é alimentada pelo Censo e suas estimativas anuais.

Além dos dados referentes à União, analisou-se 26 unidades federativas, pois o Distrito Federal foi excluído e Brasília foi incluída nos municípios, isso para evitar duplicidade dos dados, e foram selecionados 600 municípios brasileiros, para análise dos entes municipais. Para fins comparativos, reproduziu-se a amostra da Pesquisa Nacional Sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), maior pesquisa brasileira da área. A amostra composta por 120 municípios em cada uma das 5 regiões brasileiras, selecionados da seguinte forma (Álvares; Alves *et al.*, 2017):

- capitais (4,5%);
- municípios maiores, tendo sido tomados os 0,5% maiores municípios da região, de acordo com a população (4,5%), e;
- municípios menores, com sorteio sistemático, também de acordo com o tamanho da população, dentro de cada região (91%).

Trata-se de uma amostra ponderada e dá a condição de responder, com confiabilidade, o que acontece em cada região do país (Quadro 1). A fração de amostragem correspondente ao sorteio de municípios, em cada estrato, foi: $f = a/A$, sendo a o número de municípios na amostra e A o número de municípios existentes. Nos dois primeiros estratos (de capitais e de municípios maiores) a fração de amostragem correspondeu à unidade (Álvares; Alves *et al.*, 2017).

Quadro 1. Porte dos municípios por região.

Regiões	Capital	Municípios maiores*	Demais municípios**	Total
Norte	7	2	111	120
Sul	3	6	111	120
Nordeste	9	9	102	120
Sudeste	4	8	108	120
Centro-oeste	4	2	114	120
TOTAL	27	27	546	600

* Considerando o tamanho da população

**Escolhidos por sorteio sistemático entre os municípios com menor população dentro da região
Fonte: Álvares e colaboradores (2017).

Utilizou-se, ainda, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) que, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2015) é composto de dezesseis indicadores estruturados em três dimensões: Infraestrutura Urbana, Capital Humano e Renda e Trabalho, e que sinaliza o acesso, a ausência ou a insuficiência de alguns “ativos” em áreas do território brasileiro. O IVS é um índice que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo a 1, maior é a vulnerabilidade social de um município. Para os municípios que apresentam IVS entre 0 e 0,200, considera-se que possuem muito baixa vulnerabilidade social. Valores entre 0,201 e 0,300 indicam baixa vulnerabilidade social. Aqueles que apresentam IVS entre 0,301 e 0,400 são de média vulnerabilidade social, ao passo que, entre 0,401 e 0,500 são considerados de alta vulnerabilidade social. Qualquer valor entre 0,501 e 1 indica que o município possui muito alta vulnerabilidade social (IPEA, 2015).

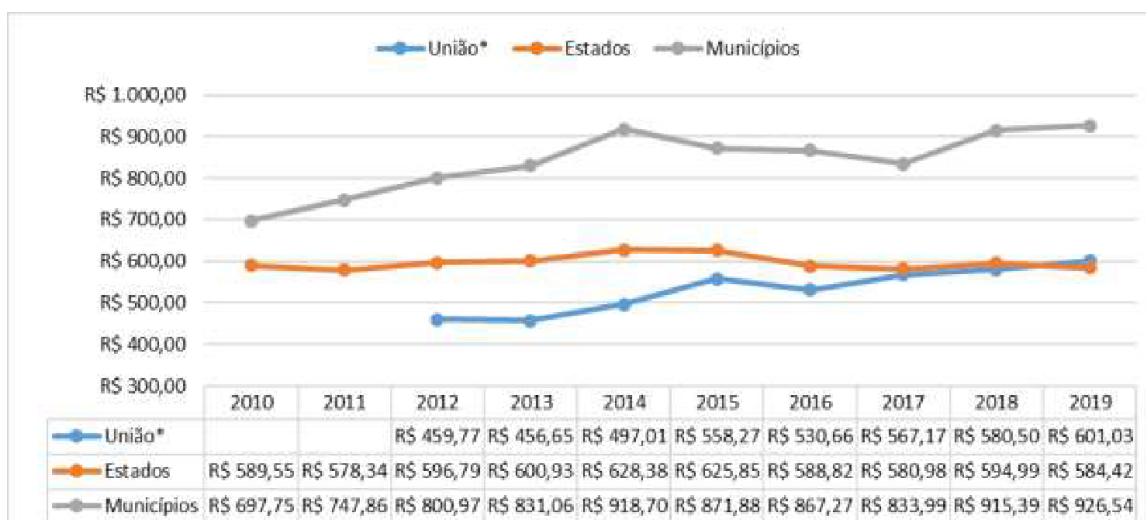
De posse desses dados, procurou-se analisar a evolução e as assimetrias regionais dos recursos investidos em saúde e em medicamentos pela União, estados e pelos municípios.

3. Resultados

Em 2019, o montante investido pela União em saúde e em medicamentos foi de 132 bilhões de reais e 13 bilhões de reais, respectivamente, ao passo que os estados investiram nessas áreas R\$ 102 bilhões e 1,7 bilhão. Os municípios brasileiros investiram no total 168 bilhões de reais na saúde e R\$ 5 bilhões em medicamentos para seus municípios, segundo dados do SIOPS.

Os investimentos públicos em saúde representam os gastos em ações e serviços de saúde realizados pelos entes públicos para sua população. Pode-se observar pelo Gráfico 1 que os valores de investimento *per capita* em saúde da União por ano, aumentaram 30,7% em 2019 quando comparado com 2012. Os dados estaduais demonstram uma pequena queda de investimentos durante o período avaliado e a curva municipal apresentou o maior incremento (32,8% de 2010 a 2019).

Gráfico 1 – Investimento *per capita* em saúde por ano.



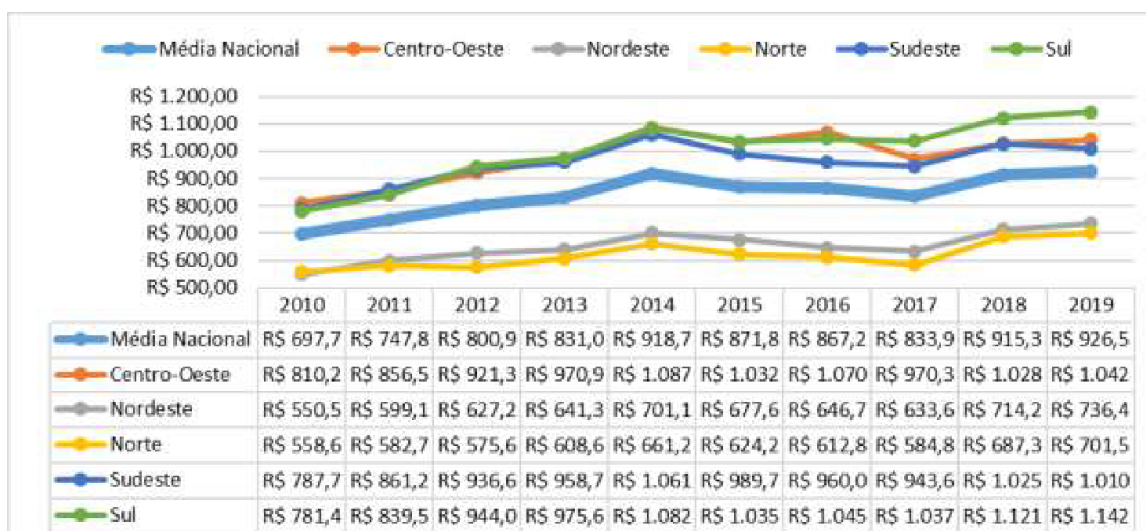
*O SIOPS não apresenta os dados de 2010 e 2011

Valores corrigidos para janeiro de 2020 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA

Fonte: Autores (2021).

Quando se analisa os dados de investimento *per capita* em saúde dos municípios, por região, de 2010 a 2019 (Gráfico 2), observa-se que houve um aumento em todas as regiões no intervalo e que as regiões Centro-Oeste (28,61%), Sudeste (28,22%) e Sul (46,15%) investiram mais que a média nacional em todo o período, ao passo que as regiões Nordeste e Norte investiram menos que a média nacional, mesmo apresentando crescimentos de 33,77% e 25,58%, respectivamente. Apesar do aumento observado entre o início e o fim do intervalo, observa-se que durante o período analisado houve períodos em que o valor *per capita* em investimento em saúde aumentou em todas as regiões, como de 2010 a 2014, em seguida houve queda em praticamente os municípios de todas as regiões, até 2017, quando esse investimento voltou a subir.

Gráfico 2 – Valores *per capita* de investimento dos municípios em saúde por ano, por região.



Valores corrigidos para janeiro de 2020 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA
Fonte: SIOPS.

Investimento em medicamentos

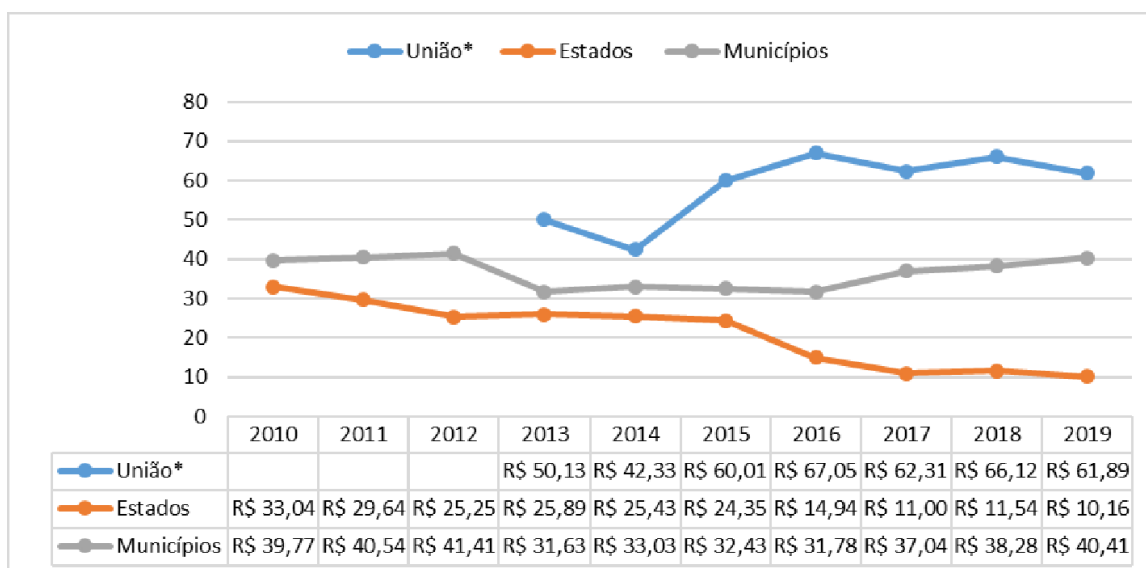
O investimento público em medicamentos é importante para ajudar a sanar carências em saúde que acometem grande parte da população brasileira. Nesse trabalho identificou-se os valores investidos em medicamentos pelos 3 entes brasileiros, os valores de investimento dos municípios em medicamento por ano, por região e a percentagem da despesa com medicamentos na despesa em saúde.

Ao se fazer a análise simultaneamente dos valores *per capita* investidos em medicamentos pela União, estados e municípios, a situação obtida é a observada no Gráfico 3.

Ao analisar os dados de investimento *per capita* em medicamentos da União, de 2013 a 2019, pode-se identificar que houve um aumento de 23,5% no valor desse investimento ao longo do período, ao passo que, nos estados, de 2010 a 2019 observa-se que vêm diminuindo esse valor, apresentando no intervalo estudado uma queda de mais de 69%. Os municípios apresentaram um acréscimo de 1,6% no valor *per capita* analisado.

Observa-se que a partir de 2014 a União passou a investir em medicamentos bem mais que os demais entes, chegando a apresentar uma diferença em 2019 de 509% a mais no valor *per capita* quando comparado com o valor dos estados e 53,2% quando comparado com os municípios.

Gráfico 3 – Valores *per capita* de investimento em medicamento pelos três entes.



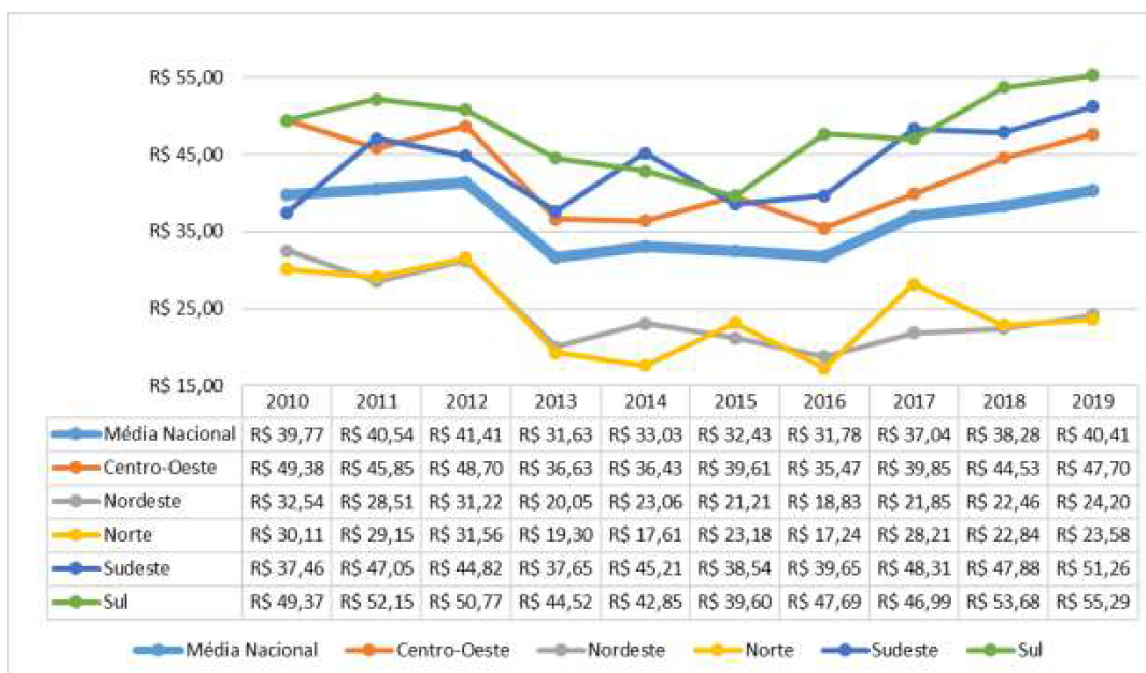
*O SIOPS não apresenta os dados de 2010 a 2012

Valores corrigidos para janeiro de 2020 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA

Fonte: Autores (2021).

Já quando se observa os dados de investimento *per capita* em medicamentos dos municípios, por região, de 2010 a 2019 (Gráfico 4), é possível observar que nas regiões em que houve aumento no valor *per capita* (Centro-Oeste, Sudeste e Sul), esse foi muito pequeno. Já as regiões Nordeste e Norte, que em todo o período investiram menos que a média nacional, apresentaram recuo no valor do investimento no intervalo pesquisado de 25,63% e 21,69%, respectivamente.

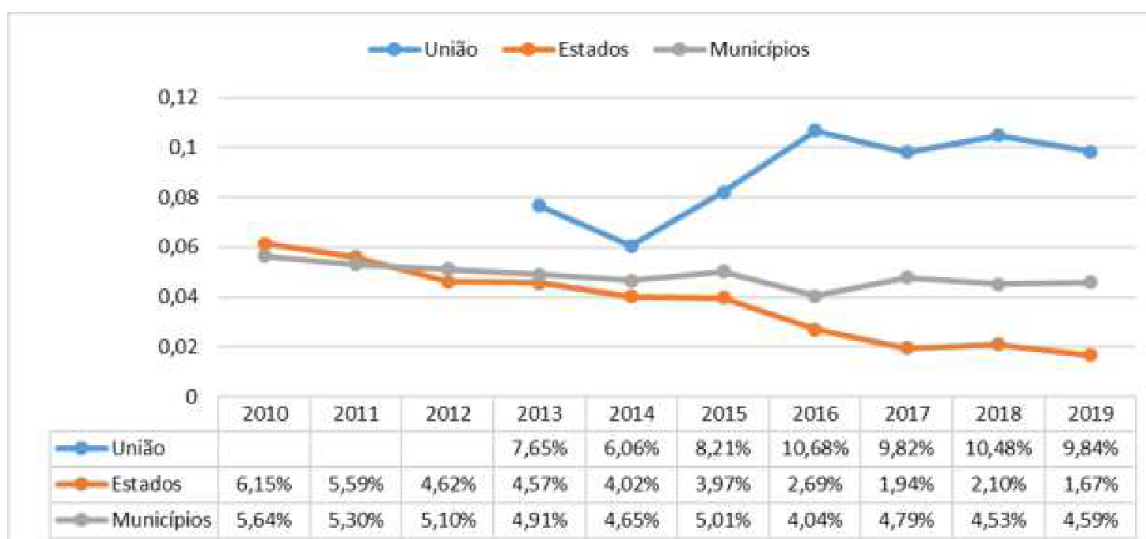
Gráfico 4 – Valor *per capita* de investimento dos municípios em medicamento por ano, por região.



Valores corrigidos para janeiro de 2020 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.
Fonte: SIOPS.

Ao explorar o percentual de investimento em medicamento frente ao investimento total em saúde entre os entes, é possível verificar um incremento dos valores da União, passando de 7,65% em 2013 (R\$ 10 bilhões) para 9,84% em 2019 (R\$ 13 bilhões). Estados e municípios, no entanto, vêm diminuindo seus percentuais de investimento em medicamentos, destacando a maior redução por parte do ente estadual (58,36%), passando de aproximadamente R\$ 339 milhões para R\$ 141 milhões.

Gráfico 5 - Percentagem de despesa com medicamentos na despesa em saúde.

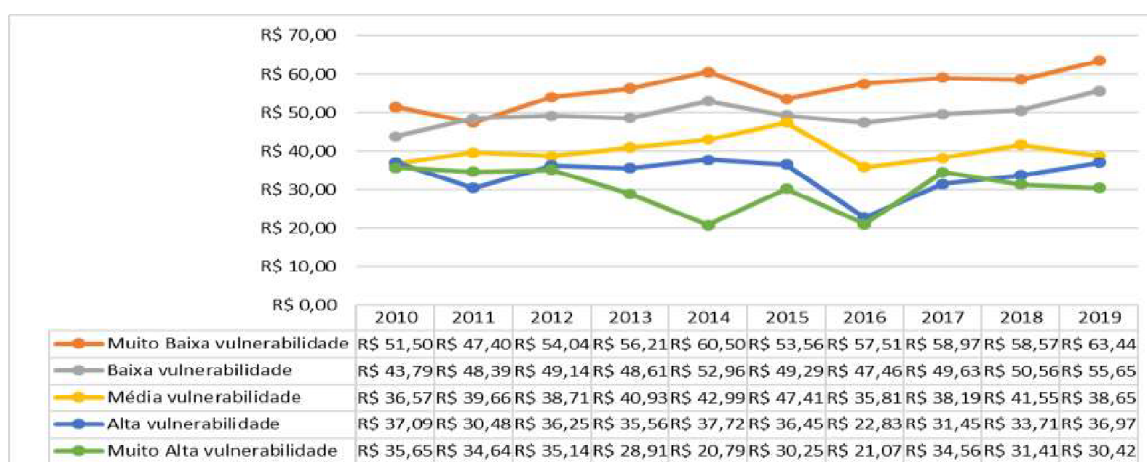


Fonte: Autores (2021).

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) é um índice que possibilita aos gestores uma visão das condições de vida de todas as camadas socioeconômicas do país, estados e municípios, identificando àquelas que se encontram em vulnerabilidade e risco social.

No Gráfico 6 os investimentos em medicamentos são correlacionados com o IVS dos municípios da pesquisa:

Gráfico 6. Valores *per capita* investido em medicamento pelos municípios de acordo com a classificação de vulnerabilidade.



Valores corrigidos para janeiro de 2020 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

Fonte: Autores (2021).

Pelo gráfico acima, pode-se observar que quanto maior a vulnerabilidade social do município, menores são os valores investidos em medicamentos e que os municípios que apresentam muito alta vulnerabilidade mostram queda no valor *per capita* investido no intervalo (14,7%), ao passo que os municípios de muito baixa vulnerabilidade mostram uma expansão de 23,2% nesse valor.

4. Discussão

No cenário de crise econômica e processo de desfinanciamento do SUS, sabe-se que a discussão não se restringe a somente incrementar os recursos para esse sistema, mas implica, sobretudo, aprimorar a forma de distribuição dos recursos da União para os estados e municípios, aperfeiçoando os critérios de rateio, conforme estabelecidos pela Lei nº 141/2012 (Mendes *et al.*, 2020). Esta discussão precisa se estender também ao modelo de financiamento dos medicamentos para Atenção Primária, medicamentos estes que constituem recurso fundamental para a resolutividade da atenção à saúde, modelo não tratado nesse artigo que trata de financiamento dos medicamentos em geral. Pelos dados

levantados nesse estudo observa-se que os investimentos *per capita* em saúde cresceram nos municípios, em que se observa um aumento de 33,9% nesse valor, também cresceu por parte da União, em que se tem um incremento de 30,7%, ao passo que os estados investiram menos 0,87% em saúde. Isso mostra que os municípios brasileiros estão aumentando seus investimentos em saúde mais que os demais entes. Araújo *et al.* (2017) mostram que a ampliação da participação dos municípios no financiamento do Sistema Único de Saúde, por meio da vinculação de recursos mínimos de arrecadação de cada ente federativo em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), converteu-se em uma das principais alternativas para solucionar, ou mesmo remediar, o subfinanciamento do SUS. No caso dos municípios, isso se sucedeu à custa de grandes desequilíbrios orçamentários, dado o comprometimento de grande parte dos seus orçamentos com o setor.

Já o comportamento dos investimentos em medicamento foi diferente do identificado em saúde, pois observa-se também um aumento nos investimentos da União (23,5%), porém bem maior que dos municípios (1,61%) e dos estados, que apresentaram queda nesse investimento (-69,2%). Vieira (2019) já comenta que entre 2010 e 2017, a participação federal no financiamento do gasto em medicamentos do SUS passou de 71% para 85%. Em 2019, pelos dados aqui levantados, essa porcentagem foi de 79%. Os últimos anos foram marcados pela centralização da compra de medicamentos no Ministério da Saúde e responsabilização do órgão pela aquisição da maior parte dos novos medicamentos incorporados, como antineoplásicos e os imunossuppressores (Chama Borges Luz *et al.*, 2017), além de programas como o Farmácia Popular do Brasil. No entanto, observa-se um crescimento menor nos investimentos da União em medicamentos que nos investimentos em saúde (30,7%) entre 2012 e 2019.

De acordo com dados de 161 Estados Membros da OMS de 1995 a 2006, os gastos *per capita* com produtos farmacêuticos aumentaram em aproximadamente 50%, e esses aumentos foram mais pronunciados nos países de renda média, onde os gastos farmacêuticos em 2006 foram 1,76 vezes maiores do que em 1995 (World Health Organization, 2011). Apesar do fato dos medicamentos representarem um dos custos de maior e mais rápido crescimento para os sistemas de saúde em todo o mundo, o que se observou com os dados aqui levantados em relação aos municípios, assim como a União, foi que houve no Brasil um aumento maior nos investimentos em saúde (32,8%) que nos investimentos em medicamentos (1,61%). Este fenômeno, no período estudado, no Brasil, chama a atenção para a necessidade de um olhar mais atencioso para os investimentos nesse

item (medicamento) e para a investigação das causas desse fenômeno e suas consequências para a qualidade e resolutividade da saúde da população brasileira.

Já os estados diminuíram seus investimentos *per capita* em medicamentos em 69,2%, uma queda bem maior que a observada nos investimentos em saúde por esses entes. Bruns *et al.* (2014) evidenciam que dentre os fatores que dificultam a efetivação das ações sistemáticas da Assistência Farmacêutica está a falta de contrapartida da Secretaria Estadual de Saúde para o Programa Farmácia Básica, constatada em 20% dos municípios paraibanos. De forma agravante ao fator financiamento, é uma queixa comum entre os gestores municipais de assistência farmacêutica em alguns estados a falta de apoio, de qualquer ordem, por parte dos gestores estaduais (Barreto; Guimarães, 2010; Mendes *et al.*, 2016).

Foi observado que em 2019 os municípios da pesquisa gastaram em média no Brasil R\$ 45,09 com medicamentos adquiridos para seus munícipes, um valor bem acima da soma das contrapartidas do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), que pode chegar no máximo a apenas R\$ 10,77, valor verificado para os municípios com os menores IDHM (Ministério da Saúde, 2019). Além disso, a desigualdade de investimentos em medicamentos é flagrante, tendo os municípios com mais alta vulnerabilidade chegando a investir R\$30,00 em média. Entre as regiões, as disparidades também são claras, com os municípios das regiões Norte e Nordeste com os menores investimentos em saúde, R\$ 701,50 e R\$ 736,40, e em medicamentos R\$ 23,58 e R\$ 24,20, respectivamente.

Apesar da maior aplicação de recurso pelos municípios observado nesse estudo, Pontes *et al.* (2017) e Oliveira *et al.* (2018) observaram que, em relação ao CBAF, alguns municípios não utilizam o recurso das contrapartidas federal e estadual na sua totalidade, o que pode refletir na necessidade de investimento em medicamentos em outros componentes. Oliveira *et al.* (2018) mostraram que apesar dos responsáveis pela Assistência Farmacêutica dos municípios participantes da sua pesquisa terem referido insuficiência de recursos para aquisição de medicamentos (68,4%) e a não aplicação do total pactuado para o CBAF pelos entes no ano de 2013 (21,1%), os recursos orçados para aquisição de medicamentos também não foram utilizados em sua totalidade no ano anterior em cerca de um terço dos municípios, apontando fragilidade no processo de gestão da Assistência Farmacêutica no estado da região Nordeste.

Pontes *et al.* (2017) já observaram que a grande maioria dos municípios (73%) aplicou, na compra de medicamentos para a Atenção Primária (considerando apenas os da

RENAME), um valor por habitante/ano menor do que o mínimo recomendado pela legislação vigente. Verificaram, 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.

Essas assimetrias não são, de forma alguma, restritas aos investimentos financeiros. Diversos aspectos da assistência farmacêutica municipal avaliados pela Pesquisa Nacional sobre Acesso e Uso Racional de medicamentos (PNAUM), apresentaram problemas maiores nas regiões Norte e Nordeste, como infraestrutura e capacidade de gestão (Leite; Silvana Nair *et al.*, 2017; Gerlack *et al.*, 2017). Nestas duas regiões é onde se concentram os municípios com menores taxas de farmacêuticos contratados pelo serviço público por habitante (Faraco *et al.*, 2020). Como consequência, a disponibilidade de medicamentos da Atenção Primária também é menor nos municípios destas mesmas regiões (Nascimento *et al.*, 2017).

Os impactos de tais assimetrias de investimento em saúde e em medicamentos certamente são contundentes para a saúde dos munícipes. Álvares *et al.* (2017) identificaram que a maior proporção dos pacientes que declararam ter recebido totalmente os medicamentos de que necessitavam eram na região Sul (48,1%) e a menor na região Norte (37%). No entanto, o cenário de investimentos dos municípios é ainda mais agravante na atualidade pois, em 2019, dados da Pesquisa Nacional de Saúde revelaram que apenas 30,5% das pessoas obtiveram seus medicamentos no SUS, na média nacional, indicando retração da acessibilidade na Atenção Primária.

Nas situações que se observa a ampliação do gasto em medicamentos não significa necessariamente ampliação da cobertura populacional, porque pode ocorrer concentração de despesas para poucas pessoas, o que pode acontecer em razão da judicialização da saúde e de outros fatores. Como também pode ocorrer concentração do investimento em produtos de alto preço, podendo ser decorrente de um processo ainda deficitário de avaliação da incorporação tecnológica e de regulação econômica do mercado (Vieira, 2019).

Da mesma forma, nas situações em que se observa uma redução do gasto não implica obrigatoriamente diminuição da cobertura, pois os preços de alguns dos produtos podem ter reduzido; a relação de medicamentos pode ter sido modificada de um ano para outro, sem prejuízo para a terapêutica; e os protocolos de utilização de medicamentos, assim como outras medidas para racionalizar o uso dos medicamentos podem ter sido

implementados, corroborando para melhor eficiência na utilização dos recursos. Dessa forma, investigações sobre os fatores que expliquem a diminuição ou o aumento do gasto necessitam ser realizadas, assim como estudos para a identificar as causas da mudança desses fatores (Vieira, 2019).

Corroborando com tudo levantado na pesquisa a informação que as regiões que mais investiram em saúde e medicamentos foram justamente as que apresentam IVS melhor que a média nacional (0,351), ou seja, região Centro-Oeste (0,299), Sudeste (0,287) e Sul (0,245), inclusive possuindo o município menos vulnerável da amostra, Boa Vista do Buricá/RS (Região Sul). Segundo Mendes *et al.* (2020), um financiamento redistributivo e compromissos reforçados com a equidade e o acesso universal à saúde fazem os sistemas de saúde reduzirem as desigualdades sociais e protegerem as famílias mais vulneráveis.

Essa situação identificada no artigo não constitui novidade para o histórico quadro de desigualdade social no país, pois Costa *et al.* (2016) já haviam demonstrado que a maior proporção dos residentes nas regiões economicamente mais vulneráveis do país, Norte (IVS 0,469) e Nordeste (IVS 0,454), tiveram que arcar, em 2011, com os custos dos medicamentos para hipertensão e diabetes mellitus, comparados aos das regiões mais desenvolvidas. Drummond (2020) também constatou que nas regiões com menos investimento em medicamentos observa-se uma maior prevalência de não adesão à farmacoterapia.

Pelos dados aqui levantados confirma-se a relevância do SUS para promover o acesso aos medicamentos, porém sugere-se que os governantes deem maior atenção ao investimento em medicamentos para atendimento à população, pois, barreiras ao acesso a medicamentos podem ter um resultado negativo a adesão ao tratamento. Como citado por Cunha e Carnut (2013) “a disponibilidade de medicamentos é vista como um elemento primordial em um sistema de saúde de qualidade, representando um indicativo de credibilidade dos serviços e ações em saúde”.

Atingir a cobertura universal de saúde para medicamentos reduz as despesas domésticas com custos de saúde, litígios de saúde, atendimento ambulatorial, hospitalização e mortalidade.

Sugere-se ainda que sejam desenvolvidas políticas públicas que diminuam as assimetrias na evolução dos investimento em saúde e medicamentos por todos os entes e que contribuam de forma a favorecer a equidade de investimentos em saúde e em medicamentos em todas as regiões do país, pois como afirmado por Mendes *et al.* (2020),

o acúmulo de evidências e a literatura internacional também sugerem que a crise econômica e a recessão contemporânea constituem ameaça à saúde e aos cuidados de saúde das populações porque a recessão econômica e políticas restritivas como respostas à crise – efeitos indiretos para a saúde – podem reduzir o acesso aos cuidados de saúde, especialmente para grupos populacionais vulneráveis, e aumentar as disparidades no acesso a cuidados de saúde diante das quedas nas receitas públicas direcionadas para o sistema de saúde, bem como reduções na prestação de seus serviços.

Além do já exposto aqui, Vieira (2019) cita que os elevados preços dos novos medicamentos geram grandes desafios aos sistemas de saúde em todo o mundo, independentemente da renda do país.

5. Considerações Finais

Este trabalho indicou assimetrias regionais nos investimentos em saúde e medicamentos no Brasil, além da diferente evolução desses investimentos no período analisado, sendo as regiões mais vulneráveis as que menos investiram, e mostrou ainda que os investimentos em saúde não estão sendo acompanhados dos investimentos em medicamentos.

As informações levantadas aqui, mesmo que muito úteis, mas pelo objetivo proposto, não esclarecem questões sobre os fatores determinantes do comportamento dos gastos no intervalo da pesquisa, o que deixa a sugestão para outros estudos nesse sentido.

As análises realizadas nesse trabalho podem propiciar subsídios para o redirecionamento de políticas públicas, com o objetivo de favorecer a promoção de ações de saúde e de Assistência Farmacêutica mais equânimes no país. Os resultados sinalizam ainda a necessidade da realização de pesquisas sobre os investimentos em medicamentos e na organização dos serviços de Assistência Farmacêutica no Brasil, visando à melhor compreensão a respeito das barreiras ao acesso a medicamentos e até mesmo à serviços de saúde e das assimetrias existentes para combater o grande desafio que é reduzir as desigualdades regionais de investimento em saúde e medicamentos no Brasil.

Dessa forma, propomos trabalhos no intuito de identificar os fatores que corroboram para esse comportamento das assimetrias regionais nos investimentos em saúde e medicamentos identificados no trabalho e que proponham políticas de saúde que levem aos investimentos em medicamentos acompanhar os investimentos em saúde.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, Marco; FREITAS, Osvaldo de. National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM): evaluation of pharmaceutical services in the primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, [s. n.], p. 1-13, 2017.
- ÁLVARES, Juliana et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, [s. n.], p. 1-10, 2017.
- BANCO CENTRAL DO BRASIL. (n.d.). *Calculadora do Cidadão*. Disponível em: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADAOPUBLICO/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores>. Acesso em: 24 ago. 2021.
- CASTRO, Marcia C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.
- CHAGAS, Virginia Oliveira et al. Institutional strategies as a mechanism to rationalize the negative effects of the judicialization of access to medicine in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 20, n.1, p. 1-14, 2020.
- CHAMA BORGES LUZ, Tatiana et al. Trends in medicines procurement by the Brazilian federal government from 2006 to 2013. **PLoS One**, v. 12, n. 4, p.1-13, 2017.
- COSTA, Karen Sarmento. Acesso e uso de medicamentos: inquéritos de saúde como estratégia de avaliação. **Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva**, 2014.
- COSTA, Karen Sarmento et al. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 1-13, 2016.
- CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; CARNUT, Leonardo. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1478-1479, 2013.
- DIAS, Leticia Lucia dos Santos; SANTOS, Maria Angélica Borges dos; PINTO, Cláudia Du Bocage Santos. Regulação contemporânea de preços de medicamentos no Brasil-uma análise crítica. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 543-558, 2019.
- DRUMMOND, Elislene Dias et al. **Desigualdades socioeconômicas no acesso a medicamentos e na adesão à farmacoterapia no Brasil**. 2020. Tese de Doutorado.
- DRUMMOND, Elislene Dias; SIMÕES, Taynãna César; ANDRADE, Fabíola Bof de. Avaliação da não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, [s. n.], p. 1-14, 2020.
- FARACO, Emilia Baierle. et al. The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines. **Pharmacy Practice (Granada)**, v. 18, n. 4, p. 1-7, 2020.

- GARCIA, Marina Morgado et al. Funding and Service Organization to Achieve Universal Health Coverage for Medicines: An Economic Evaluation of the Best Investment and Service Organization for the Brazilian Scenario. **Frontiers in Pharmacology**, v. 11, [s. n.], p. 370, 2020.
- GERLACK, Letícia Farias et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, [s. n.], p. 1-11, 2017.
- IPEA. **Atlas da Vulnerabilidade Social nos Municípios Brasileiros**. In *Ipea*, p. 77, 2015.
- KONDRO, Wayne. Drug spending tops \$25 billion. **Canadian Medical Association Journal**, v. 176, n. 13, p. 1816-1816, 2007.
- LEITE, Silvana Nair et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, [s. n.], p. 1-11, 2017.
- LUIZA, Vera L. et al. Applying a health system perspective to the evolving Farmácia Popular medicines access programme in Brazil. **BMJ Global Health**, v. 2, n. 3, p. 1-13, 2018.
- MASSUDA, Adriano et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 4, p. 1-8, 2018.
- MENDES, Áquilas; LEITE, Marcel Guedes; CARNUT, Leonardo. Uma metodologia para rateio dos recursos federais do SUS: o índice de necessidades de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 77, p. 1-14, 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial Da União**, 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIOPS.2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>. Acesso em: 27 de abr. 2024.
- NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n.2, p. 1-12, 2017.
- OLIVEIRA, Maria Auxiliadora et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n.2, p. 1-13, 2016.
- PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.
- REVEIZ, Ludovic et al. Right-to-health litigation in three Latin American countries: a systematic literature review/Litigios por derecho a la salud en tres países de America

Latina: revision sistemática de la literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, n. 3, p. 213-223, 2013.

SANTOS NETO, João Alves dos et al. Analysis of the Unified Health System funding and expenditure in the municipalities of the “Rota dos Bandeirantes” health region, State of São Paulo, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.4, p. 1-12, 2017.

SILVA, Wendell Rodrigues Oliveira et al. Equidade ameaçada: Assimetrias regionais nos investimentos em medicamentos no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. 1-14, 2021.

VARGAS-PELAEZ, Claudia Marcela et al. Judicialization of access to medicines in four Latin American countries: a comparative qualitative analysis. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n.1, p. 1-14, 2019.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, p.1-47, 2018.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Indutores do gasto direto do Ministério da Saúde em medicamentos (2010-2019)**. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2021.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 906-913, 2011.

WANG, Daniel Wei L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, 2014.

World Health Organization. **The World Medicines Situation 2011: Medicine expenditures**. 3ª edição. 2011.

5.2. Capítulo 02 - **O peso do financiamento dos medicamentos para os municípios brasileiros: responsabilidades compartilhadas?**

Artigo submetido para a Revista de Saúde Pública em maio de 2023.

Resumo

Os recursos para medicamentos da atenção básica são compartilhados de forma tripartite. Neste momento de vislumbre da retomada das políticas públicas para equidade e universalidade do acesso à saúde no país, este estudo analisa os recursos da aquisição de medicamentos da atenção básica entre as responsabilidades dos entes federados desde 2016, destacando as características municipais. Trata-se de um estudo retrospectivo, no qual identifica-se e compara-se a evolução dos valores das contrapartidas do CBAF pelos entes. Os valores gastos com medicamentos pelos municípios foram maiores que os de contrapartida do MS ou do Ministério da Saúde somados aos dos estados no período analisado. As médias percentuais de repasses de recursos federais e gastos municipais variam conforme região brasileira. A média do valor *per capita* investido em medicamentos pelos municípios aumentou entre 2016 e 2020, sendo maior o impacto financeiro desse aporte para os municípios de menores IDHM. O Programa Farmácia Popular atinge principalmente os municípios dos maiores portes populacionais e maiores IDHM, não sendo suficiente, portanto, para enfrentar as iniquidades apontadas. Conclui-se que houve ampliação das desigualdades na capacidade dos municípios para assegurar o acesso aos medicamentos, principalmente entre os municípios mais vulneráveis, acumulando mais riscos de agravos e mortes por doenças sensíveis à atenção primária.

Abstract

The resources for primary care medications are shared in a tripartite manner. At a time when public policies for equity and universality of access to health care in the country are being resumed, this study analyzes the resources used in the acquisition of primary care medications among the federated entities since 2016, highlighting the characteristics of the municipalities. This is a retrospective study, in which the evolution of the values of the CBAF counterparts by the entities is identified and compared. The amounts spent on medicines by municipalities were higher than the MS or MS+State counterparts in the years

analyzed. The average percentages of federal resource transfers and municipal spending vary according to the region in Brazil. The average per capita amount invested in medicines by municipalities increased between 2016 and 2020, with a greater impact on municipalities with lower HDI. The Farmácia Popular Program reaches mainly the municipalities with the largest populations and highest HDI, not being enough, therefore, to address the inequities pointed out. We conclude that there has been an increase in inequalities in the ability of municipalities to ensure access to medicines, especially among the most vulnerable municipalities, accumulating more risks of injuries and deaths from diseases sensitive to primary care.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Financiamento, Atenção primária à saúde, Custos de Medicamentos, Equidade na Alocação de Recursos

Inglês: Pharmaceutical Services, Primary Healthcare, Financing, Drug Costs, Equity in the Resource Allocation

Introdução

Garantir acesso aos medicamentos considerados essenciais é fundamental para a resolutividade das ações de saúde na atenção básica. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a falta de acesso a medicamentos causa uma cascata de miséria e sofrimento e até mortes por doenças que são preveníveis ou curáveis. A falta de acesso a medicamentos é um problema global e complexo: estima-se que dois milhões de pessoas não têm acesso a medicamentos essenciais, impedindo-as efetivamente de usufruir dos benefícios dos avanços da ciência e da medicina modernas (Chan Margaret, 2017).

O financiamento da aquisição de medicamentos, por sua magnitude e impacto, é tema de amplo interesse em todos os países e diferentes sistemas de saúde (Oliveira; Nascimento; Lima, 2019). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) promove o acesso a medicamentos, por meio de Componentes da Assistência Farmacêutica. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) destina-se à aquisição de medicamentos e insumos previstos nos Anexo I e Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), incluindo-se aqueles relacionados aos agravos e programas de saúde da atenção primária.

Os recursos para o custeio do CBAF são compartilhados de forma tripartite, sendo

a gestão destes recursos de responsabilidade municipal. Os repasses de valores fixados per capita, do Ministério da Saúde (MS) e dos estados para o fundo municipal de saúde, têm seus valores definidos em Portarias do MS. Em 2017, o valor definido para repasse do MS foi de R\$ 5,58 por habitante/ano (Ministério da Saúde, 2017). Já em 2019 foi publicada a Portaria nº 3.992/2017 que modificou a forma de financiamento e a transferência dos recursos para as ações e os serviços de saúde em dois blocos: o Bloco de Custeio das Ações e Serviços de Saúde e o Bloco de Investimento na Rede de Saúde. No entanto, o financiamento do CBAF continuou sendo definido por Portaria específica. Em 2019, passou a ser considerado o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para definição dos valores a serem repassados pelo MS para os municípios, para financiamento do CBAF, e variam de R\$ 5,85 a R\$ 6,05, valores ainda vigentes até 2022 sem reajuste (Ministério da Saúde, 2019). O MS é responsável, por tanto, por cerca de 50% do valor mínimo estipulado para o custeio dos medicamentos disponibilizados pelos municípios. Os estados e municípios têm a responsabilidade por parcelas menores, R\$ 2,36 per capita, para composição do orçamento total do CBAF.

Quando se analisa os investimentos municipais em medicamentos no Brasil, é possível verificar assimetrias de investimentos per capita: de 2010 a 2019, nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, houve aumento nesse valor, já as regiões Nordeste e Norte investiram menos que a média nacional e ainda apresentaram recuo no valor do investimento per capita em medicamentos (Silva *et al.*, 2021). A menor aplicação de recursos financeiros da Assistência Farmacêutica em algumas regiões já foi identificada e motiva preocupação, o que não gerou, até momento, políticas específicas capazes de mitigar as iniquidades (Pontes *et al.*, 2017). A estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros, além dos investimentos diretos na aquisição de medicamentos, apresenta condições desiguais entre as regiões geográficas, incluindo estrutura física, de força de trabalho, de capacidade de gestão (Leite *et al.*, 2017a; Leite *et al.*, 2017b; Carvalho *et al.*, 2017; Gerlack *et al.*, 2017; Faleiros *et al.*, 2017), resultando em desigualdade na oferta de medicamentos disponibilizados para a população entre estas regiões (Nascimento *et al.*, 2017). Ainda assim, 59,8% dos usuários das unidades de atenção básica referiram, em 2015, ter acesso total aos medicamentos prescritos no SUS, demonstrando o grande impacto social da Assistência Farmacêutica na atenção básica (Álvares *et al.*, 2017).

O financiamento da aquisição de medicamentos e a garantia da acessibilidade na atenção básica é uma questão ainda mais crítica na atualidade, pois dados da Pesquisa

Nacional de Saúde de 2019 revelaram que apenas 30,5% das pessoas obtiveram seus medicamentos no SUS, na média nacional, sendo a Região Sul a com maior acesso (IBGE, 2020). Este resultado é especialmente preocupante por revelar que o acesso das pessoas aos medicamentos pode estar diminuindo nos últimos anos, considerando que em pesquisa nacional de 2014, 47% da população brasileira declarou ter obtido seus medicamentos prescritos para doenças crônicas nas unidades do SUS (Tavares *et al.*, 2016). Nos últimos anos também foi autorizado reajuste de 18,24% nos preços dos medicamentos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (2016 a 2020) em paralelo à recessão econômica que atinge a população e leva à maior dependência em relação ao SUS.

Ao longo da história da consolidação do SUS, a Assistência Farmacêutica se constitui como política e serviço fundamental e com grande impacto para a população brasileira (Bermudez *et al.*, 2018). Além da regulamentação do financiamento dos medicamentos por Componentes, no SUS, foi também instituído o Programa Farmácia Popular para ampliar a capacidade de promover acesso aos medicamentos para condições prevalentes, tendo se consolidado também como importante estratégia de garantia de direitos para a população. Na atualidade, em que o modelo de atenção básica à saúde e seu financiamento passam por modificações contumazes e preocupantes (Massuda, 2020), e que se vislumbra a retomada das políticas públicas para equidade e universalidade do acesso à saúde no país, é preciso analisar a forma como, de fato, tem sido financiada a aquisição de medicamentos para as condições de saúde atendidas nos serviços de atenção básica, buscando identificar possíveis iniquidades, distorções e condições inadequadas de financiamento para à população o acesso aos medicamentos e as ameaças à sustentabilidade dos municípios como gestores da atenção básica.

O repasse de recursos para a gestão municipal da saúde é um fator crítico a ser analisado. Questões como a forte desigualdade de renda e desenvolvimento social, grandes extensões territoriais e regiões de difícil acesso e contrastes regionais elevam o grau de dificuldade para prestação de serviços de atenção básica, incluindo a Assistência Farmacêutica (Fernandes; Pereira, 2020). Este estudo teve por objetivo analisar os recursos empregados na aquisição de medicamentos da atenção básica à saúde entre as responsabilidades dos entes federados nos anos de 2016 a 2020, destacando as características dos municípios como gestores destes recursos e o impacto das contrapartidas pactuadas na tripartite.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório retrospectivo, no qual identifica-se e compara-se a evolução dos valores das contrapartidas do CBAF pelo MS, estados e municípios, na série temporal de 2016, 2018 e 2020. O período contempla os repasses ocorridos antes e depois das correções do valor da contrapartida por parte do MS ocorridas em 2017 (Portaria nº 2.001/GM/MS) e 2019 (Portaria nº 3.193/GM/MS).

Os dados referentes aos valores da contrapartida do MS foram coletados do site do Fundo Nacional de Saúde (FNS) (Ministério da Saúde, 2021) através do demonstrativo das transferências de recursos realizadas por esse órgão por bloco de financiamento.

Buscou-se identificar a regularidade do repasse da contrapartida do CBAF dos estados aos municípios de várias formas (em contato com setores do MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS – e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS), porém, não foi encontrada uma fonte segura de informação sobre este repasse para todos os estados brasileiros. Dessa forma considerou-se no estudo que todo o recurso referente à contrapartida dos estados, previsto pela normativa vigente em cada ano, foi repassado.

Entre os 5.568 municípios pesquisados, identificou-se que apenas o município de Cárcere/MT não recebeu os repasses dos recursos da contrapartida do MS nos anos pesquisados, por disposição da Portaria nº 1.919, de 26 de novembro de 2015, que definiu a suspensão da transferência dos recursos financeiros federais do CBAF para o Município em 2015, considerando a Constatação nº 338795 do Relatório de Auditoria 14757, do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Portaria nº 1.919/GM/MS), repasse restabelecido apenas em 2023 (Portaria nº 91/GM/MS), por isso o município não foi incluso na pesquisa, e Brasília também não foi incluída por não ser município.

Os dados descritos abaixo foram extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (Ministério da Saúde, 2017), que constitui uma ferramenta para o monitoramento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina, em orçamento, a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde:

- I. População, que representa a população do município divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), base essa que é alimentada pelo censo e suas estimativas anuais;

- II. Despesa total em saúde (D.Total Saúde), que representa os gastos totais com saúde dos entes durante o período avaliado. Esse indicador resulta do gasto em saúde, por habitante, advindo de todas as fontes, quer sejam impostos, transferências do SUS (União, Estados e outros Municípios), operações de créditos e outras; e
- III. Participação percentual da despesa com medicamentos na despesa total com saúde que representam a participação dos gastos com medicamentos em relação ao total dos gastos com Saúde (%D.com Medicamentos).

Os dados dos municípios oriundos do FNS e do SIOPS foram analisados por meio do programa *Microsoft Excel*, análise apresentada a partir de frequências absolutas e relativas, e medidas de tendência central no intervalo temporal examinado. Foi utilizado, também, o programa estatístico *Rstudio* para a limpeza dos outliers do banco de dados, tendo por base de exclusão os valores abaixo de 1% e acima de 99%.

Para cálculo do valor investido em medicamentos pelos municípios utilizou-se os dados referentes às despesas totais em saúde multiplicando-se pela participação percentual da despesa com medicamentos na despesa total com saúde.

Foram calculados os valores per capita do gasto em medicamentos por região, considerando a média dos anos de análise; a média da percentagem de repasse de recurso do MS e do recurso do MS mais a contrapartida estadual no gasto com medicamento; a média do valor dos três anos do repasse de recurso do MS e do recurso do MS mais a contrapartida estadual no gasto com medicamento e a média do valor gasto com medicamento em 2016, 2018 e 2020.

Fez-se a atualização monetária dos valores gastos com medicamentos e repasses federal e estadual aos municípios. Esses valores foram deflacionados para dezembro/2021, empregando-se a variação anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo IBGE e obtido do seu site (Tabela 1). A opção pelo uso deste deflator baseou-se na Lei nº. 10.742/2003, que estabeleceu as normas de regulação do setor farmacêutico e definiu este índice para fins de ajuste nos preços dos medicamentos no país.

Tabela 1. Variação (%) do IPCA deflacionada a dezembro/2021, medida a partir de janeiro/ano.

Ano	Variação (%)
2016	36,21

2018	24,48
2020	15,03

Fonte: IBGE. Calculadora do IPCA

Devido à natureza do SIOPS ser auto declaratória, não foi possível a identificação, em relação às despesas dos municípios, de quais os valores foram quitados com recursos oriundos da União, do Estado ou do próprio município.

Os dados relativos a farmácias cadastradas atendendo o Programa Farmácia Popular foram extraídos do sistema Farmácia Popular – Gestão 2.0, sistema responsável por integrar as farmácias credenciadas ao MS.

Em relação ao porte populacional, utilizou-se do modelo de estrato desenvolvido pelo Programa Qualifar-SUS, programa do MS para apoiar as atividades da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros, naqueles de até 25.000 habitantes, de 25.001 a 50.000 habitantes, de 50.001 a 100.000 habitantes, de 100.001 a 500.000 habitantes e municípios acima de 500.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2012).

O índice (IDHM) estima o desenvolvimento humano de um município e classifica os municípios em cinco faixas: Muito baixo (de 0,000 a 0,499), Baixo (0,500 a 0,599), Médio (0,600 a 0,699), Alto (0,700 a 0,799) e Muito Alto (de 0,800 em diante) (PNUD, [s. d.]).

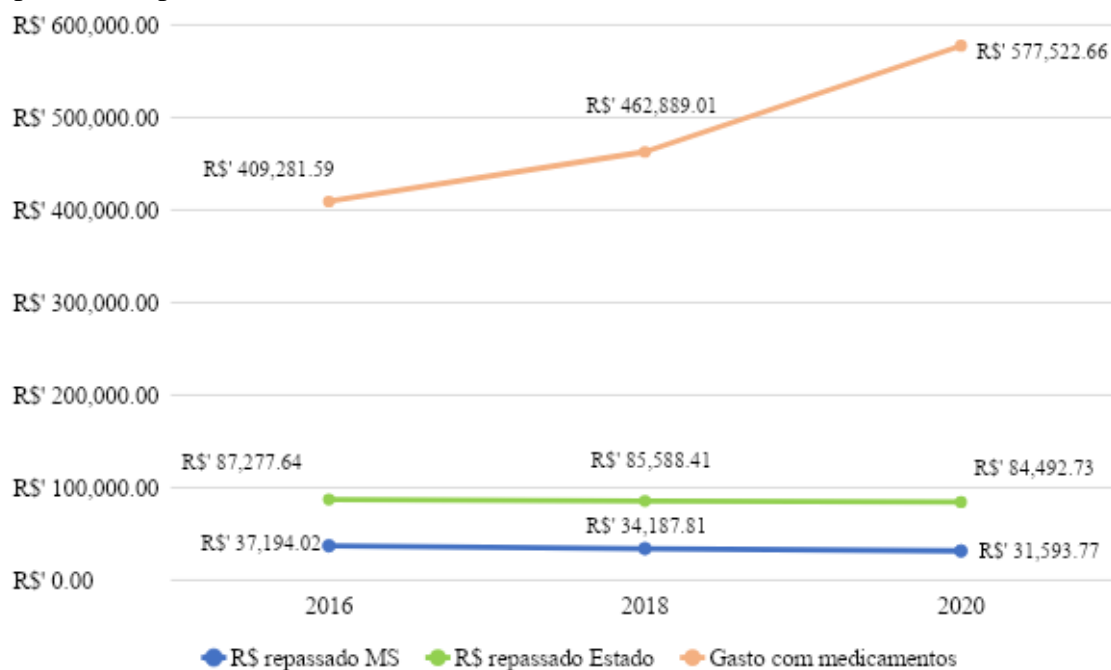
Foi empregado o teste de significância T de *Student* ou teste T, considerando significativos os resultados de $p < 0,05$ (5%). Nesta amostra foi utilizado o teste T para duas amostras independentes (ou não pareadas) para comparar as médias de duas amostras independentes.

RESULTADOS

No que se refere ao financiamento do CBAF, os valores gastos com medicamentos pelos municípios brasileiros foram maiores que os valores de contrapartida do MS ou da contrapartida do MS + Estado em todos os anos analisados. A média do valor *per capita* investido em medicamentos pelos municípios brasileiros para cada ano analisado foi de R\$ 52,83 em 2016, R\$ 57,29 em 2018 e R\$ 71,43 em 2020. A mediana dos gastos com medicamentos pelos municípios (N=3.740) passou de R\$ 409.281,59 em 2016 a R\$ 577.522,66 em 2020 (N=4.152), configurando um aumento de 41,1% na mediana de gastos. Em relação à mediana de repasse financeiro do MS e do Estado aos municípios,

houve uma redução de 3,19% e 15,06%, respectivamente, quando comparados os anos de 2016 e 2020 (Gráfico 1).

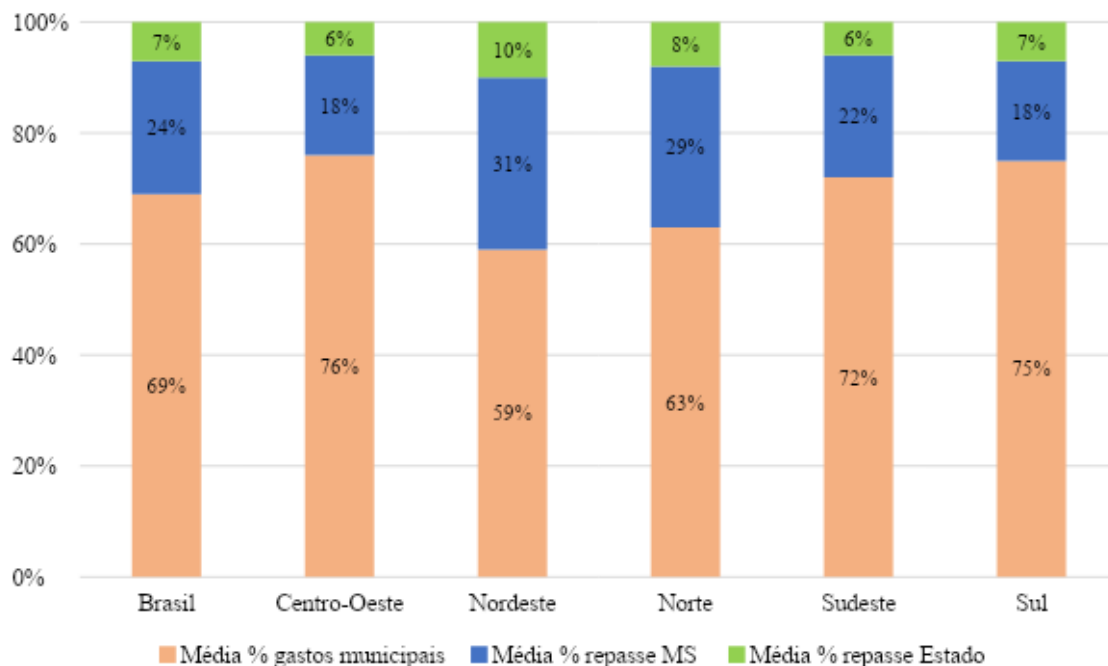
Gráfico 1. Mediana dos gastos (R\$) com medicamentos pelos municípios brasileiros e de repasse feito pela União (MS) e Estados nos anos de 2016, 2018 e 2020.



Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

As médias percentuais de repasses de recursos federais com e sem contrapartida estadual e de gastos municipais considerando os três anos analisados, 2016, 2018 e 2020, variam conforme região do Brasil (Gráfico 2). A média percentual nacional de gastos municipais foi de 69, variando de 59 na região Nordeste a 76 na região Centro-Oeste.

Gráfico 2. Média percentual (%) de repasses de recursos e de gastos municipais por região.



Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

Em termos de média percentual de recurso repassado pelo MS e estados na média do valor total investido em medicamentos pelos municípios brasileiros em 2016 e 2020 por estrato populacional e IDHM, somente não houve queda da representatividade do repasse do MS nos municípios com 100.001 a 500.000 habitantes e IDHM baixo, como apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Análise da média da percentagem de recurso repassado pelo MS sobre o valor total investido em medicamentos pelos municípios brasileiros em 2016 e 2020, por estrato populacional e IDHM.

Dados municipais			Dados relacionados aos recursos repassados pelo MS					
Estrato populacional (habitantes)	IDHM	N	2016		2020		Diferença de 2016 para 2020	
			N	% sobre total	N	% sobre total	%	P-valor
Até 25.000	Muito baixo	25	16	42%	16	29%	13%	0,0240
	Baixo	1111	599	48%	655	27%	21%	0,0398
	Médio	1778	1.166	33%	1336	22%	11%	0,0160

	Alto	1209	969	23%	1064	18%	5%	0,0041
	Muito alto	2	2	23%	2	7%	16%	-
25.001 a 50.000	Muito baixo	9	6	51%	7	19%	32%	0,0142
	Baixo	204	125	65%	135	35%	30%	0,0248
	Médio	269	154	49%	179	33%	16%	0,0285
	Alto	279	228	34%	247	28%	6%	0,0035
	Muito alto	3	2	17%	2	12%	5%	0,0198
50.001 a 100.000	Muito baixo	2	0*	-	1	74%	-	-
	Baixo	47	30	60%	33	39%	21%	0,0198
	Médio	124	65	60%	78	38%	22%	0,0381
	Alto	176	136	37%	149	30%	7%	0,0058
	Muito alto	5	5	22%	4	25%	-3%	0,0051
100.001 a 500.000	Muito baixo*	0	0	-	0	-	-	-
	Baixo	5	3	58%	2	37%	21%	0,0634
	Médio	61	38	54%	44	34%	20%	0,0202
	Alto	191	144	37%	150	35%	2%	0,0082
	Muito alto	20	16	25%	18	20%	5%	0,0041
Acima de 500.000	Muito baixo*	0	0	-	0	-	-	-
	Baixo*	0	0	-	0	-	-	-
	Médio	1	0*	-	1	37%	-	-
	Alto	34	24	50%	19	43%	7%	0,0283
	Muito alto	13	12	44%	10	34%	10%	0,0057

Fonte: Autores (2021).

*Sem município para a classificação específica de IDHM e/ou para o ano.

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; N: quantidade de municípios.

Como pode ser observado na Tabela 3, a porcentagem de municípios que possuem pelo menos uma farmácia credenciada ao Programa Farmácia Popular aumenta com o porte e IDHM entre os estratos apresentados. Ademais, observa-se aumento de média do valor *per capita* investido em medicamentos pelos municípios entre 2016 e 2020 (aplicada a deflação) em todos os estratos, com exceção nos municípios com 100.001 a 500.000 habitantes com IDHM alto. Com exceção dos municípios de até 25.000 habitantes, aqueles com menores IDHM tiveram os maiores aumentos de valores investidos no mesmo período (Tabela 3).

Tabela 3. Porcentagem de municípios com farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular e média do valor per capita investido em medicamentos em 2016 e 2020 pelos municípios brasileiros por estrato populacional e IDHM.

Dados municipais				Dados relacionados ao valor <i>per capita</i>					
Estrato populacional (habitantes)	IDHM	N	Municípios com FP (2020)	2016		2020		Diferença de 2016 para 2020	
				N	Média (R\$)	N	Média (R\$)	%	P-valor
Até 25.000	Muito baixo	25	20%	16	43,95	16	63,06	43%	0,0240
	Baixo	1111	49%	599	42,06	655	65,01	55%	0,0398
	Médio	1778	78%	1166	53,00	1336	75,68	43%	0,0160
	Alto	1209	92%	969	77,00	1064	94,38	23%	0,0041
	Muito alto	2	100%	2	55,29	2	146,83	166%	-
25.001 a 50.000	Muito baixo	9	22%	6	28,93	7	60,13	108%	0,0142
	Baixo	204	70%	125	26,27	135	50,01	90%	0,0248
	Médio	269	93%	154	31,36	179	43,14	38%	0,0285
	Alto	279	100%	228	44,86	247	56,64	26%	0,0035

	Muito alto	3	100%	2	57,20	2	72,93	28%	0,0198
	Muito baixo	2	0%	0	-	1	12,29	-	-
50.001 a 100.000	Baixo	47	81%	30	23,78	33	40,98	72%	0,0198
	Médio	124	97%	65	27,53	78	36,55	33%	0,0381
	Alto	176	100%	136	39,28	149	49,04	25%	0,0058
	Muito alto	5	100%	5	55,60	4	64,05	15%	0,0051
	Muito baixo*	0	0	0	-	0	-	-	-
100.001 a 500.000	Baixo	5	100%	3	16,88	2	26,57	57%	0,0634
	Médio	61	100%	38	33,21	44	52,39	58%	0,0202
	Alto	191	100%	144	35,68	150	40,17	13%	0,0082
	Muito alto	20	100%	16	44,27	18	52,23	18%	0,0041
	Muito baixo*	0	0	0	-	0	-	-	-
Acima de 500.000	Baixo*	0	0	0	-	0	-	-	-
	Médio	1	100%	0	-	1	24,59	-	-
	Alto	34	100%	24	35,10	19	30,32	-14%	0,0283
	Muito alto	13	100%	12	36,05	10	44,12	22%	0,0057

*Sem município para a classificação específica de IDHM e/ou para o ano.

FP: farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular; IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; N: quantidade de municípios.

Fonte: Autores (2021).

DISCUSSÃO

O valor da mediana do repasse da contrapartida do MS de 2016 a 2020 teve uma queda de 3,19%, mostrando o não acompanhamento dos investimentos em medicamento por parte desse Ministério nos gastos dos municípios. No mesmo período, a média do valor per capita investido em medicamentos pelos municípios aumentou (aplicada a deflação), em todos os estratos populacionais e, especialmente, entre os municípios com menores

IDHM. Como resultado, o financiamento deste componente tem sido ampliado com recursos próprios dos municípios, que arcaram 69% de todos os recursos aplicados na compra de medicamentos entre 2016 e 2020.

O comportamento do financiamento da atenção básica tem sido amplamente pressionado pelo aumento da carga dos municípios nesta conta. Araújo, Gonçalves e Machado (2017), já demonstraram que em um cenário que combina descentralização e subfinanciamento da política pública de saúde, os municípios brasileiros são os que mais contribuem com o setor saúde em termos proporcionais a sua arrecadação e aumentam significativamente seus gastos no setor, alocando proporção das receitas próprias em níveis superiores aos determinados constitucionalmente. Descrição recente aponta que os valores de investimento geral em saúde pela União aumentaram 30,7% em 2019 quando comparado com 2012; os estados apresentaram uma pequena queda de investimentos durante o mesmo período, enquanto os municípios apresentaram maior incremento (32,8% de 2010 a 2019) (Silva *et al.*, 2021). No estudo de De Seta *et al.* (2021), foi identificado que de 1991 a 2017 a participação da União no financiamento do SUS reduziu de 73% para 43%, e foi acompanhada do aumento da alocação de recursos, principalmente municipal, levando a uma maior carga orçamentária aos municípios.

O atual estudo demonstra que o comportamento do financiamento da compra de medicamentos da atenção básica neste período entre os entes federados apresentou maior discrepância do que a observada no financiamento geral da saúde (Silva *et al.*, 2021). A contribuição dos municípios apresentou aumento percentual em relação à contrapartida da União e estados ainda maior do que vem sendo observado no financiamento de medicamentos, apesar dos reajustes de valores normatizados em 2017 e 2019, mostrando que a carga em investimento em medicamento só vem aumentando para os municípios.

Bruns *et al.* (2014) apresenta dados, no entanto, que podem significar agravante aos resultados aqui apontados, ao indicar a falha nos repasses de contrapartida estadual em alguns estados, evidenciando a baixa contribuição dessa esfera para com os municípios. Como um ciclo vicioso, a falta desses recursos pode influenciar o aumento da demanda de serviços de média e alta complexidade, e mortes, sensíveis à atenção primária. Também é importante frisar que estados, como o Espírito Santo (Resolução CIB/ES nº 009/2020), o Paraná (Deliberação CIB/PR nº 49/2020) e Santa Catarina (Deliberação nº 501/CIB/SC/13 – RETIFICAÇÃO), apresentam suas contrapartidas estaduais do incentivo à Assistência

Farmacêutica na Atenção Primária acima do valor mínimo determinado pela Portaria de Consolidação nº 6/2017 (R\$ 2,36).

Outro agravante é o reajuste anual de preços dos medicamentos, autorizados pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). No intervalo da pesquisa houve um total de 18,24% de reajuste médio nos preços dos medicamentos, o que configura a perda do poder aquisitivo dos municípios para este fim, não acompanhado por reajustes compatíveis nas contrapartidas.

O aumento do gasto próprio para o financiamento dos medicamentos foi proporcionalmente maior entre os municípios de menor IDHM. Este resultado chama especial atenção, pois em 2019 a Portaria nº 3.193 passou a diferenciar os valores de repasse, contribuindo mais para estes municípios. Os resultados, no entanto, revelam que esta medida não logrou impactos positivos verificáveis, pois os valores investidos em 2020 representam uma porcentagem de custeio próprio ainda mais elevada que nos anos anteriores. Aqueles com piores indicadores (IDHM) são os que mais vêm sofrendo o impacto da retração da contrapartida federal na compra de medicamentos, chegando a apresentar uma queda de 32% nos municípios com população de 25.001 a 50.000 habitantes. Já nos municípios com população de 50.001 a 100.000 habitantes com IDHM muito alto, no entanto, é identificado, inclusive, incremento de 3% no peso da contrapartida federal.

Os municípios com menor desenvolvimento social e econômico (indicado pelo IDHM), segundo estudo de Faraco (2021), são os que apresentam menor capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica (incluindo atividades técnicas e organizacionais, estrutura e relações interinstitucionais). Os municípios com maiores valores de IDHM são os que têm maior densidade de farmacêuticos por 10.000 habitantes na força de trabalho da rede municipal de saúde e nestes municípios com maior proporção de farmacêuticos nos serviços, os usuários das unidades de saúde referiram melhor acesso e mais informações sobre seus medicamentos (Faraco *et al.*, 2020). Portanto, pode-se inferir que os municípios mais vulneráveis em termos socioeconômicos apresentam o menor valor per capita para aquisição de medicamentos e também condições mais precárias para gerenciar estes recursos e ofertar serviços farmacêuticos para os munícipes, compondo um quadro importante de desigualdade de acesso à atenção à saúde entre os cidadãos brasileiros.

O repasse de recursos para AF é majoritariamente dedicado à aquisição de medicamentos, e em valores abaixo das necessidades crescentes, como demonstrado.

Apenas uma estratégia de repasse de recursos do governo federal para os municípios para estruturação da AF foi implementada – o Programa QualifarSUS. No entanto, os repasses não são automáticos, mas dependentes de ação dos municípios no envio de dados para o MS trimestralmente. Entre os municípios de menores IDHM estão os que mais têm deixado de enviar dados e, portanto, deixado receber recursos de custeio para a estruturação da AF municipal (Qualifica-af, 2020), agravando o quadro de desigualdade entre os municípios.

O presente estudo também identificou uma maior dependência dos municípios do Nordeste e do Norte em relação ao repasse do MS e dos estados nos anos analisados. Os municípios do Norte e Nordeste investiram menos que a média nacional em medicamento entre 2010 e 2019, quando os valores são corrigidos pelo IPCA (Silva *et al.*, 2021). Pontes *et al.* (2017) já haviam também demonstrado que as regiões Norte e Nordeste foram as que apresentam o maior número de municípios com menor aplicação de recursos em medicamentos no período de julho de 2013 a junho de 2014. Tal fato alinha-se aos investimentos em saúde, em que há grandes disparidades regionais resultando em disparidades no acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, nos resultados de saúde. Para Massuda *et al.* (2018), as regiões mais pobres e os grupos populacionais socioeconômicos mais desfavorecidos são os mais prejudicados pelas formas de financiamento da atenção básica. As diferenças da estruturação e força de trabalho da AF municipal entre as regiões foram explicitadas claramente pela Pesquisa Nacional sobre Acesso e Uso Racional de Medicamentos, o que leva a inferir que os menores investimentos na compra de medicamentos na atenção básica aqui demonstrados estão diretamente relacionados com a capacidade reduzida destes municípios em ofertar não apenas medicamentos, mas também serviços farmacêuticos para o melhor uso destes recursos (desde gestão adequada até o uso clínico dos medicamentos).

Uma das estratégias para ampliar o acesso da população aos medicamentos da atenção primária à saúde, o Programa Farmácia Popular, tem colaborado amplamente como mais uma via de acesso a estes medicamentos, com financiamento apenas do MS. Para condições de saúde como diabetes e hipertensão, perto de 50% dos pacientes relatam já ter obtido medicamentos nas farmácias conveniadas ao programa (Costa *et al.*, 2022), o que justifica o seu grande reconhecimento social. No entanto, o programa atinge principalmente os municípios dos maiores portes populacionais, dentre os grupos de municípios de portes populacionais menores, a proporção de municípios que contam com farmácias conveniadas cresce fortemente com o crescimento do IDHM. Portanto, para que esta seja uma estratégia

mais efetiva para colaborar com a superação da iniquidade no acesso aos medicamentos entre os municípios brasileiros, é necessário desenvolver formas de ampliar o programa nos municípios mais vulneráveis.

Este estudo, porém, tem limitações, o que não implica demérito do trabalho, tendo em vista ser inovador e ter sua importância diante do atual cenário. Foram analisados dados fornecidos pelos municípios ao SIOPS, como os dados referentes a gasto total em saúde e a percentual de gasto com medicamentos, que por serem de natureza auto declaratória, não foi possível sua confirmação. Também devido à essa natureza auto declaratória não foi possível diferenciar quais medicamentos são adquiridos pelos municípios. Estima-se que a maior parte dos municípios adquire os medicamentos relativos à atenção básica ou ao CBAF, no entanto, sabe-se que os gestores municipais podem decidir por adquirir outros medicamentos com recursos próprios, ou são obrigados a adquiri-los para atender mandados judiciais.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo mostram a ampliação das desigualdades na capacidade dos municípios para assegurar o acesso aos medicamentos, principalmente entre os municípios mais vulneráveis, acumulando ainda mais riscos de agravos e mortes por doenças sensíveis à atenção primária. É evidente a urgência na implementação de estratégias para frear o avanço deste processo de distanciamento entre as condições de oferta dos medicamentos de atenção básica entre os municípios. A diferenciação de repasse por IDHM implementada em 2019 não foi suficiente para dirimir o avanço das iniquidades, sugerindo a necessidade de ações mais complexas, para além da recomposição do repasse de recursos financeiros, necessários e previstos na organização do SUS. O cenário da AF municipal aqui apresentado sugere a necessidade de estratégias mais robustas relativas à estruturação, à força de trabalho e qualificação da capacidade destes municípios para a gestão da Assistência Farmacêutica local e a oferta de serviços que proporcionem melhor uso dos recursos disponíveis.

REFERÊNCIAS

ÁLVARES, Juliana. *et al.* Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n.2, p. 1–9, 2017.

ARAÚJO, Carmem Emmanuely Leitão; GONÇALVES, Guilherme Quaresma; MACHADO, José Angelo. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.3, p. 953-963, 2017.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1937-1951, 2018.

BRUNS, Suelma de Fátima; LUIZA, Vera Lucia; OLIVEIRA, Egléubia Andrade de. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 3, p. 745-765, 2014.

CARVALHO, Marselle Nobre et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-11, 2017.

CHAN MARGARET. **Ten years in public health, 2007–2017 World Health Organization**, 2017.

COSTA, Karen Sarmento et al. National Health Survey 2019: medication obtainment through the Brazilian Popular Pharmacy Program by adults being treated for hypertension and diabetes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1–15, 2022.

FALEIROS, Daniel Resende et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-10, 2017.

FARACO, Emilia B. et al. The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines. **Pharmacy Practice (Granada)**, v. 18, n. 4, p. 1–7, 2020.

FARACO, Emília Baierle et al. **Avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros**. 2021.

FERNANDES, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 595-613, 2020.

GERLACK, Letícia Farias et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n.2, p. 1–11, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde - 2019. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 2020.

LEITE, Silvana Nair et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 2–13, 2017a.

LEITE, Silvana Nair et al. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-10, 2017b.

MASSUDA, Adriano et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 4, p. 1–8, 2018.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Fundo Nacional de Saúde**, 2021. Disponível em: <https://portal.fns.saude.gov.br/consultas/> Acesso em: 27 de abr. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM Nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 91, de 6 de Fevereiro de 2023. **Restabelece o repasse de recurso financeiro destinado ao financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), nos termos definidos pela PRC nº 6/2017, do Município de Cáceres (MT)**. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.919, de 26 de novembro de 2015. **Dispõe sobre a suspensão da transferência dos recursos financeiros federais do Componente Básico da Assistência Farmacêutica para o Município de Cáceres (MT)**. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 1.214, de 13 de junho de 2012**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 2.001/GM/MS, de 3 de Agosto de 2017. **Altera a Portaria nº 1.555/MS, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SIOPS**, 2017. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/indicadores>. Acesso em: 27 de abr. 2024.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-12, 2017.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde—perspectivas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 5, p. 286-298, 2019.

PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/acervo/atlas>. Acesso em: 27 de abr. 2024.

PONTES, Marcela Amaral et al. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2453-2462, 2017.

SETA, Marismary Horsth De; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, n.2, p. 3781–3786, 2021.

SILVA, Wendell Rodrigues Oliveira et al. Equidade ameaçada: Assimetrias regionais nos investimentos em medicamentos no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p.1-14, 2021.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 1–10, 2016.

5.3. Capítulo 03 – **Assimetria nos valores pagos pelos medicamentos entre os municípios brasileiros, na Atenção Primária à Saúde.**

INTRODUÇÃO

Elevados preços de medicamentos são uma grande preocupação para governos, formuladores de políticas, seguradoras e pacientes, pois podem tornar os medicamentos inacessíveis, comprometer o acesso equitativo e ameaçar a sustentabilidade financeira dos sistemas públicos de saúde, independentemente do grau de desenvolvimento do país (Dias; Santos; Pinto, 2019; Miranda; Paranhos; Hasenclever, 2021).

Dessa forma, existe um consenso de que a regulação e o controle de preços dos medicamentos são dimensões-chave para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. No que tange à dinâmica de precificação, os preços de qualquer medicamento oscilam segundo interações entre oferta e demanda, dentro do escopo de regulamentação dos preços do país (Dias; Santos; Pinto, 2019; Rossignoli; Pontarolo; Fernandez-Llimos, 2024).

Devido à singularidade da dinâmica de mercado e à essencialidade de seus produtos, a indústria farmacêutica apresenta seus preços com regulação na maior parte dos países (Dias; Santos; Pinto, 2019; Miranda; Paranhos; Hasenclever, 2021). Onde há fornecimento público de medicamentos, os preços regulados, além de proteger o

consumidor, tentam reduzir o impacto de gastos com medicamentos sobre as contas públicas (Dias; Santos; Pinto, 2019). Entre os países, fatores como o tipo de sistema de saúde, a política de medicamentos vigente e o tema da gratuidade, que pode se expressar como gratuidade total e gratuidade conforme o grau de vulnerabilidade dos usuários, influenciam o preço e, conseqüentemente, o acesso aos medicamentos (Faraco *et al.*, 2017; Bermudez; Barros, 2016).

Vigorando há mais de 20 anos, a Lei nº 10.742/2003 instituiu um modelo de teto de preços no Brasil, compreendendo estabelecimento de preços máximos para medicamentos e reajustes anuais por fórmula definida em lei, baseada em um modelo de teto de preços calculado com base em um índice (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA), entre outros fatores. Esse modelo, implementação e fórmula são alvos de várias críticas, pois permanece, sem qualquer realinhamento para atualização em relação a realidade do setor, com distorções acumuladas entre preços máximos permitidos e preços praticados (Dias; Santos; Pinto, 2019; Miranda; Paranhos; Hasenclever, 2021; Mesquita Mororó *et al.*, 2020).

A demanda crescente por medicamentos ainda envolve elevado aporte de recursos financeiros, cujo gerenciamento efetivo pode propiciar à população o acesso regular a esses medicamentos (Bermudez *et al.*, 2020). A melhoria da oferta de medicamentos se relaciona com a capacidade de financiamento dos sistemas de saúde, à eficiência na gestão dos recursos, sua disponibilidade, ao poder aquisitivo das pessoas, ao uso racional e sua acessibilidade geográfica (Mesquita Mororó *et al.*, 2020; OECD, 2017).

Há de se reconhecer que as contribuições da legislação e das normatizações do Ministério da Saúde para a organização e o estabelecimento de financiamento para a Assistência Farmacêutica na Atenção Primária são fundamentais para a consolidação do acesso aos medicamentos essenciais na rede de atenção primária (Rodrigues; Gontijo; Gonçalves, 2021). Inquérito domiciliar em 2015 demonstrou que 47% da população acessava seus medicamentos prescritos para doenças crônicas de forma gratuita no SUS, o que é considerado um resultado bastante positivo. No entanto, importantes desafios também são observados. A mesma pesquisa identificou que a região Nordeste apresentou a menor prevalência de acesso gratuito a todos os medicamentos (Tavares *et al.*, 2016). A acessibilidade geográfica a farmácias do SUS foi de 77,1% no Sul, e apenas 59% na região Norte (Oliveira *et al.*, 2016). A disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de

saúde foi menor nas regiões Norte e Nordeste em relação à média nacional (Nascimento *et al.*, 2017).

No Sistema Único de Saúde (SUS) as compras dos medicamentos são feitas de forma autônoma pela União, pelos 5.570 municípios e pelos 26 estados e Distrito Federal, através do regime de administração pública indireta (Tavares *et al.*, 2016).

A partir de 2019, a Portaria nº 3.193 passou a diferenciar os valores de repasse do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), determinando que para a União, os valores a serem repassados para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos para Atenção Primária constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS serão definidos com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e variam de R\$ 5,85 a R\$ 6,05, conforme classificação dos municípios pelo IDHM (Ministério da Saúde, 2019).

O quadro do financiamento para aquisição de medicamentos pelos municípios é preocupante, visto que alguns autores enfatizam que, quanto maior a vulnerabilidade social do município, menores são os valores investidos em medicamentos pela gestão municipal (Oliveira *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021).

O cenário de desigualdades regionais de investimento dificulta a produção de programas nacionais e contribui com a manutenção de padrões díspares no oferecimento de um mesmo serviço no país, incluindo oferta de medicamentos (Demarchi; Fontana, 2020).

A assimetria, entendida aqui como uma discrepância entre os entes, é resultado de desigualdades na conformação constitucional entre os entes federados ou das relações intergovernamentais por eles realizadas. Dentro de um estado federal, as desigualdades regionais precisam ser combatidas para promover uma transformação dos desníveis mediante a equalização das diferenças (Demarchi; Fontana, 2020).

Este quadro preocupante quanto ao financiamento para aquisição de medicamentos na Atenção Primária pode estar agravado pelos preços dos medicamentos pagos pelos municípios nos últimos anos.

No intuito de sanar, ou pelo menos amenizar os problemas de financiamento, oferta e acesso ao tratamento medicamentoso, a deficiência de gerenciamento de dados sobre a aquisição e dispensação de medicamentos motivou o Ministério da Saúde a instituir a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNAFAR) com o objetivo de proporcionar a integração de dados e a produção de indicadores e de

evidências que subsidiem a tomada de decisão eficiente e a garantia da equidade no acesso a medicamentos (Ministério da Saúde, 2021).

Até 2018, somente os municípios habilitados no Programa Qualifar-SUS deveriam enviar os dados para a referida base e apenas a partir de dezembro daquele ano, os demais municípios, estados, Distrito Federal, estabelecimentos federais e o Programa Farmácia Popular do Brasil passaram também a realizar esse envio (Ministério da Saúde, 2016), proporcionando um conjunto de dados que podem colaborar na compreensão e monitoramento da Assistência Farmacêutica no país.

O presente estudo analisou os preços praticados em 2016, 2018 e 2020 na aquisição de medicamentos utilizados na atenção primária pelos municípios brasileiros através de dados alimentados pelos municípios brasileiros, extraído da BNAFAR, para avaliar e comparar preços pagos pelos municípios brasileiros por medicamentos do CBAF.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo, no qual foram analisados os preços praticados nas aquisições de medicamentos pelos municípios, a partir dos dados que alimentaram a Base Nacional de Dados e Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR). Para a determinação do valor pago pelos medicamentos, foi feita a extração dos valores registrados por princípio ativo de todas as formas farmacêuticas dos medicamentos em análise, e os cálculos foram aplicados sem discriminação de forma farmacêutica, de marcas e versões genéricas, cada uma com seu próprio preço. Os dados extraídos foram referentes a 2016 (2.440 municípios), 2018 (2.866 municípios) e a 2020 (3.815 municípios). A escolha desses anos deu-se em virtude da ocorrência de correções do valor da contrapartida do CBAF por parte do Ministério da Saúde em 2017 (Ministério da Saúde, 2017) e em 2019 (Ministério da Saúde, 2019).

A escolha pela BNAFAR como fonte de dados ocorreu por ser esta base a consolidação dos dados nacionais de posição de estoque, entradas, saídas e dispensações realizadas pelos estabelecimentos de saúde dos municípios, estados e Distrito Federal para os medicamentos padronizados na RENAME e do Programa Farmácia Popular do Brasil (Antunes, 2020), contemplando o maior número de registros de compras de medicamentos, especialmente de municípios disponíveis. Os dados foram coletados através do *Business Intelligence* (BI) da *MicroStrategy Office*.

A escolha dos medicamentos para análise foi feita com base nos medicamentos identificados na Pesquisa Nacional sobre Acesso e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), um inquérito domiciliar de base populacional, com delineamento transversal, baseado em amostra probabilística da população brasileira, que coletou dados entre setembro de 2013 e janeiro de 2014, com a população estudada na pesquisa sendo os residentes em domicílios particulares permanentes em zonas urbanas do território brasileiro, sendo incluídos indivíduos de todas as idades ($n = 41.433$) (Meiners *et al.*, 2017), como os medicamentos mais utilizados para hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, doença respiratória pulmonar crônica, depressão, reumatismo, dor, febre e infecção. Para os três últimos, como na PNAUM não se encontrou diferença de utilização, os autores decidiram por medicamentos de ampla utilização pela população brasileira (Costa *et al.*, 2017).

Os medicamentos selecionados para análise foram: hidroclorotiazida, losartana potássica, metformina, glibenclamida, sinvastatina, salbutamol, fluoxetina, clonazepam, alendronato de sódio, ibuprofeno, dipirona, amoxicilina e cefalexina (Quadro 1).

Quadro 01. Medicamentos mais utilizados pelos usuários da Atenção Primária do SUS considerando-se o 5º nível da *Anatomical Therapeutic Chemical* segundo a PNAUM.

Medicamento	Código ATC	Classe Terapêutica
Hidroclorotiazida	C03AA03	Anti-hipertensivo
Losartana potássica	C09CA01	Anti-hipertensivo
Metformina	A10BA02	Antidiabético
Glibenclamida	A10BB01	Antidiabético
Sinvastatina	C10AA01	Antilipêmico
Salbutamol	R03AC02	Antiasmático
Fluoxetina	N06AB03	Antidepressivo
Clonazepam	N03AE01	Anticonvulsivante
Alendronato de sódio	M05BA04	Supressores da reabsorção óssea
Ibuprofeno	M01AE01	Anti-inflamatório
Dipirona	N02BB02	Anti-inflamatório

Amoxicilina	J01CA04	Antibiótico
Cefalexina	J01DB01	Antibiótico

Fonte: Autores (2023).

Foi utilizado o programa estatístico *Rstudio* para exclusão dos *outliers* do banco de dados, considerando a percentagem abaixo de 1% e acima de 99% como pontos fora da curva.

Os dados extraídos da BNAFAR para essa análise foram os dados dos medicamentos adquiridos pelos municípios, com quantidades e preços praticados, e calculou-se a média dos preços pagos por unidade de fornecimento por município.

Realizou-se a atualização monetária dos valores pagos nos medicamentos pelos municípios. Esses valores foram deflacionados para dezembro/2022, utilizando-se a variação anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo IBGE e obtido do seu site (Tabela 1). A escolha deste deflator baseou-se na Lei nº. 10.742/2003, que estabeleceu as normas de regulação do setor farmacêutico e definiu este índice para fins de ajuste nos preços dos medicamentos no país.

Tabela 1. Variação (%) do IPCA deflacionada a dezembro/2022, medida a partir de janeiro/ano.

Ano	Variação (%)
2016	44,32
2018	31,54
2020	21,88

Fonte: IBGE. Calculadora do IPCA

A forma de compra dos medicamentos pelos municípios foi classificada entre compra em associação ou não associada, em que se classificou como compra em associação aquelas praticadas em conjunto entre os entes (município e Estado), como consórcios intermunicipais, em âmbito regional ou estadual, e nas situações em que o município adquire seus medicamentos de forma isolada foi classificada como não associada. Este dado foi fornecido pela Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica do Ministério da Saúde.

Em relação ao porte populacional dos municípios, utilizou-se o modelo de estrato do Programa Qualifar-SUS, que estratifica os municípios brasileiros em municípios até

25.000 habitantes, de 25.001 a 50.000 habitantes, de 50.001 a 100.000 habitantes, de 100.001 a 500.000 habitantes e municípios acima de 500.000 habitantes (Antunes, 2020).

Utilizou-se também o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). O IDHM varia entre 0 e 1 (PNUD).

A partir desses dados, realizou-se análises regionais, por porte populacional, por estrato de IDHM e por realização de compras em associação ou não para identificar e comparar os valores praticados na compra de medicamentos pelos municípios brasileiros.

Foi utilizada uma adaptação da “razão de preço de medicamento”, índice desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde/Ação de Saúde Internacional (WHO, 2008), cuja fórmula:

$$\text{Preço médio} = \frac{\text{preço unitário médio local}}{\text{preço unitário de referência internacional}}$$

O índice da OMS é uma ferramenta metodológica para medir os preços dos medicamentos (preços de compras governamentais e preços aos pacientes), a disponibilidade, a acessibilidade e os componentes do preço, desenvolvida anteriormente pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008; Raju, 2019; Nguyen *et al.*, 2021).

Neste trabalho, o indicador foi adaptado para contemplar as informações processadas na amostra analisada, sendo assim, considerou-se como “preço unitário médio local” a média do preço médio pago para cada medicamento por estrato populacional e porte IDHM, e para “preço unitário de referência internacional” o preço médio nacional pago pelo medicamento que corresponde à média nacional dos valores pagos para cada medicamento. Assim, a fórmula da Razão Econômica (RE) adaptada utilizada neste estudo foi:

$$\text{Razão Econômica} = \frac{\text{média do preço médio pago por medicamento pelo município}}{\text{preço médio nacional do medicamento}}$$

Como resultado do indicador, os valores obtidos para a Razão Econômica igual a 1 sinalizam que o valor pago foi idêntico a média nacional; para um resultado menor que 1, indica que houve economia com relação ao valor pago para a aquisição do medicamento quando comparado à média nacional; e para um resultado maior que 1, mostra que houve um pagamento acima da média nacional.

RESULTADOS

Os municípios incluídos nesse estudo estão caracterizados da seguinte forma: em relação a região geográfica a que pertencem: 351 são da Região Centro-Oeste, 1.147 são do Nordeste, 256 são do Norte, 1.310 são do Sudeste e 751 são da Região Sul. Quanto ao porte populacional, estão distribuídos da seguinte maneira: 2.894 possuem até 25.000 habitantes, 476 possuem de 25.001 a 50.000 habitantes, 233 possuem 50.001 a 100.000 habitantes, 181 possuem 100.000 a 500.000 habitantes e 31 municípios possuem acima de 500.000 habitantes. Quanto a classificação do IDHM, a distribuição se apresenta da seguinte forma: 10 municípios são classificados como: Muito baixo, 847 Baixo, 1.680 Médio, 1.250 Alto e 28 municípios como IDHM Muito alto. E quanto a estratégia de aquisição (com ou sem associação), 1.375 municípios realizam compras associadas, 2.391 realizam compras sem associação com outros entes e de 49 municípios não foi possível a obtenção dessa informação.

Na Tabela 2, são apresentados o valor médio pago e o valor médio da RE, regionalmente, por medicamento. É possível observar que em 2016, a região Norte apresentou a maior média do valor pago e da RE em dez dos treze medicamentos, em 2018 em onze e em 2020 em dez medicamentos.

Tabela 2. Valor médio pago e valor médio da RE, regionalmente, por medicamento, em 2016, 2018 e 2020.

Medicamento	Região	2016						2018					
		Média Nacional	CENTRO-OESTE	NORDESTE	NORTE	SUDESTE	SUL	Média Nacional	CENTRO-OESTE	NORDESTE	NORTE	SUDESTE	SUL
ALENDRONATO DE SÓDIO	Valor pago em média por região	R\$ 0,77	R\$ 0,94	R\$ 0,83	R\$ 1,21	R\$ 0,70	R\$ 0,45	R\$ 0,55	R\$ 0,54	R\$ 0,69	R\$ 0,96	R\$ 0,35	R\$ 0,31
	Valor médio da RE		1,23	1,08	1,57	0,92	0,58		1,00	1,26	1,76	0,65	0,57
AMOXICILINA	Valor pago em média por região	R\$ 2,05	R\$ 2,08	R\$ 2,17	R\$ 2,38	R\$ 1,71	R\$ 2,20	R\$ 3,22	R\$ 3,09	R\$ 3,29	R\$ 3,50	R\$ 2,81	R\$ 3,41
	Valor médio da RE		1,01	1,06	1,16	0,83	1,07		0,96	1,02	1,09	0,87	1,06
CEFALEXINA	Valor pago em média por região	R\$ 4,48	R\$ 4,44	R\$ 4,45	R\$ 4,55	R\$ 4,78	R\$ 3,87	R\$ 4,33	R\$ 4,30	R\$ 4,58	R\$ 5,48	R\$ 2,96	R\$ 3,91
	Valor médio da RE		0,99	0,99	1,02	1,07	0,86		0,99	1,06	1,27	0,68	0,90
CLONAZEPAM	Valor pago em média por região	R\$ 1,25	R\$ 1,25	R\$ 1,10	R\$ 1,63	R\$ 1,34	R\$ 1,47	R\$ 1,38	R\$ 1,54	R\$ 1,24	R\$ 1,64	R\$ 1,60	R\$ 1,57
	Valor médio da RE		1,00	0,88	1,30	1,07	1,18		1,11	0,89	1,18	1,16	1,13
DIPIRONA SÓDICA	Valor pago em média por região	R\$ 0,71	R\$ 0,70	R\$ 0,78	R\$ 0,82	R\$ 0,56	R\$ 0,51	R\$ 0,66	R\$ 0,61	R\$ 0,75	R\$ 0,69	R\$ 0,58	R\$ 0,51
	Valor médio da RE		0,98	1,09	1,14	0,78	0,72		0,91	1,12	1,03	0,88	0,77C

Medicamento	Região	2016						2018					
		Média Nacional	CENTRO-OESTE	NORDESTE	NORTE	SUDESTE	SUL	Média Nacional	CENTRO-OESTE	NORDESTE	NORTE	SUDESTE	SUL
FLUOXETINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por região	R\$ 0,36	R\$ 0,15	R\$ 0,32	R\$ 0,48	R\$ 0,52	R\$ 0,45	R\$ 0,57	R\$ 0,37	R\$ 0,64	R\$ 0,65	R\$ 0,40	R\$ 0,55
	Valor médio da RE		0,43	0,89	1,35	1,45	1,25		0,65	1,13	1,14	0,70	0,96
GLIBENCLAMIDA	Valor pago em média por região	R\$ 0,05	R\$ 0,05	R\$ 0,05	R\$ 0,07	R\$ 0,04	R\$ 0,03	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,06	R\$ 0,03	R\$ 0,03
	Valor médio da RE		0,95	1,04	1,41	0,78	0,64		1,03	1,08	1,42	0,75	0,65
HIDROCLOROTIAZIDA	Valor pago em média por região	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,05	R\$ 0,06	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,04	R\$ 0,05	R\$ 0,02	R\$ 0,02
	Valor médio da RE		0,93	1,08	1,32	0,64	0,70		0,98	1,11	1,44	0,68	0,71
IBUPROFENO	Valor pago em média por região	R\$ 0,85	R\$ 0,71	R\$ 0,95	R\$ 1,02	R\$ 0,65	R\$ 0,62	R\$ 0,90	R\$ 0,79	R\$ 0,93	R\$ 1,08	R\$ 0,91	R\$ 0,72
	Valor médio da RE		0,83	1,11	1,20	0,77	0,73		0,88	1,03	1,20	1,01	0,80
LOSARTANA POTÁSSICA	Valor pago em média por região	R\$ 0,12	R\$ 0,13	R\$ 0,12	R\$ 0,15	R\$ 0,11	R\$ 0,07	R\$ 0,10	R\$ 0,12	R\$ 0,10	R\$ 0,16	R\$ 0,08	R\$ 0,07
	Valor médio da RE		1,07	1,02	1,28	0,94	0,62		1,14	0,96	1,50	0,80	0,65
METFORMINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por região	R\$ 0,13	R\$ 0,12	R\$ 0,13	R\$ 0,16	R\$ 0,14	R\$ 0,09	R\$ 0,11	R\$ 0,11	R\$ 0,11	R\$ 0,13	R\$ 0,10	R\$ 0,07

		2016						2018					
Medicamento	Região	Média Nacional	CENTRO-OESTE	NORDESTE	NORTE	SUDESTE	SUL	Média Nacional	CENTRO-OESTE	NORDESTE	NORTE	SUDESTE	SUL
	Valor médio da RE		0,95	1,01	1,26	1,07	0,67		1,00	1,04	1,24	0,94	0,64
SALBUTAMOL, SULFATO	Valor pago em média por região	R\$ 5,88	R\$ 5,66	R\$ 6,42	R\$ 6,11	R\$ 5,46	R\$ 5,85	R\$ 6,35	R\$ 5,79	R\$ 6,61	R\$ 6,02	R\$ 6,26	R\$ 6,35
	Valor médio da RE		0,96	1,09	1,04	0,93	1,00		0,91	1,04	0,95	0,99	1,00
SINVASTATINA	Valor pago em média por região	R\$ 0,18	R\$ 0,17	R\$ 0,18	R\$ 0,30	R\$ 0,16	R\$ 0,12	R\$ 0,14	R\$ 0,15	R\$ 0,15	R\$ 0,18	R\$ 0,11	R\$ 0,11
	Valor médio da RE		0,97	0,98	1,66	0,89	0,69		1,08	1,06	1,28	0,79	0,77
2020													
Medicamento	Região	Média Nacional	CENTRO-OESTE	NORDESTE	NORTE	SUDESTE	SUL						
ALENDRONATO DE SÓDIO	Valor pago em média por região		R\$ 0,33	R\$ 0,38	R\$ 0,48	R\$ 0,54	R\$ 0,29	R\$ 0,22					
	Valor médio da RE			1,14	1,46	1,63	0,88	0,68					
AMOXCILINA	Valor pago em média por região		R\$ 2,61	R\$ 2,65	R\$ 2,87	R\$ 3,42	R\$ 2,31	R\$ 2,38					
	Valor médio da RE			1,02	1,10	1,31	0,88	0,91					
CEFALEXINA	Valor pago em média por região		R\$ 4,07	R\$ 3,87	R\$ 4,25	R\$ 5,26	R\$ 3,71	R\$ 3,99					

2020							
Medicamento	Região	Média Nacional	CENTRO-OESTE	NORDESTE	NORTE	SUDESTE	SUL
	Valor médio da RE		0,95	1,05	1,29	0,91	0,98
CLONAZEPAM	Valor pago em média por região	R\$ 1,45	R\$ 1,35	R\$ 1,18	R\$ 1,50	R\$ 1,88	R\$ 1,60
	Valor médio da RE		0,93	0,81	1,03	1,29	1,10
DIPIRONA SÓDICA	Valor pago em média por região	R\$ 0,71	R\$ 0,68	R\$ 0,81	R\$ 0,84	R\$ 0,70	R\$ 0,55
	Valor médio da RE		0,97	1,14	1,19	0,98	0,77
FLUOXETINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por região	R\$ 0,45	R\$ 0,11	R\$ 0,44	R\$ 0,49	R\$ 0,40	R\$ 0,65
	Valor médio da RE		0,24	0,98	1,10	0,90	1,45
GLIBENCLAMIDA	Valor pago em média por região	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,05	R\$ 0,03	R\$ 0,03
	Valor médio da RE		1,07	1,14	1,51	0,84	0,74
HIDROCLOROTIAZIDA	Valor pago em média por região	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,02	R\$ 0,02
	Valor médio da RE		1,08	1,23	1,55	0,75	0,70
IBUPROFENO	Valor pago em média por região	R\$ 0,80	R\$ 0,77	R\$ 0,85	R\$ 1,00	R\$ 0,80	R\$ 0,65

2020							
Medicamento	Região	Média Nacional	CENTRO-OESTE	NORDESTE	NORTE	SUDESTE	SUL
	Valor médio da RE		0,96	1,06	1,25	1,00	0,82
LOSARTANA POTÁSSICA	Valor pago em média por região	R\$ 0,12	R\$ 0,13	R\$ 0,13	R\$ 0,20	R\$ 0,10	R\$ 0,09
	Valor médio da RE		1,06	1,09	1,68	0,81	0,78
METFORMINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por região	R\$ 0,12	R\$ 0,12	R\$ 0,13	R\$ 0,29	R\$ 0,10	R\$ 0,08
	Valor médio da RE		0,99	1,03	2,36	0,79	0,67
SALBUTAMOL, SULFATO	Valor pago em média por região	R\$ 7,55	R\$ 7,09	R\$ 7,04	R\$ 6,97	R\$ 8,25	R\$ 7,86
	Valor médio da RE		0,94	0,93	0,92	1,09	1,04
SINVASTATINA	Valor pago em média por região	R\$ 0,11	R\$ 0,12	R\$ 0,13	R\$ 0,16	R\$ 0,09	R\$ 0,09
	Valor médio da RE		1,09	1,22	1,43	0,83	0,86

Fonte: Silva, Wendell (2024).

Quando se analisa o valor médio pago e o valor médio da Razão Econômica por porte populacional, por medicamento (Tabela 3), pode-se observar que em 2016, os municípios menores, até 25.000 hab., apresentaram a maior média do valor pago e do valor de RE em seis medicamentos, sendo o estrato que mais apresenta municípios nessa situação. Em 2018 não foi observado nenhuma tendência pois os municípios com população até 25.000 hab., de 100.000 a 500.000 hab. e acima de 500.000 hab. apresentaram quatro medicamentos, cada, com a maior média do valor pago e da RE. Observa-se que em 2020, os municípios menores, até 25.000 hab., apresentaram a maior média do valor pago e do valor de RE em seis medicamentos, sendo novamente o estrato que mais apresenta municípios nessa situação.

Tabela 3. Valor médio pago e valor médio da RE, por porte populacional, por medicamento, em 2016, 2018 e 2020

Medicamento	Porte Populacional	Média Nacional	2016					2018					
			Até 25.000 hab.	25.001 a 50.000 hab.	50.001 a 100.000 hab.	100.000 a 500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.	Média Nacional	Até 25.000 hab.	25.001 a 50.000 hab.	50.001 a 100.000 hab.	100.000 a 500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.
ALENDRONATO DE SÓDIO	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,77	R\$ 0,80	R\$ 0,77	R\$ 0,72	R\$ 0,66	R\$ 0,50	R\$ 0,55	R\$ 0,56	R\$ 0,56	R\$ 0,47	R\$ 0,47	R\$ 0,58
	Valor médio da RE		1,04	1,01	0,93	0,86	0,65		1,03	1,03	0,85	0,85	1,07
AMOXICILINA	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 2,05	R\$ 2,06	R\$ 2,15	R\$ 2,03	R\$ 1,86	R\$ 1,68	R\$ 3,22	R\$ 3,28	R\$ 3,06	R\$ 2,97	R\$ 3,14	R\$ 3,65
	Valor médio da RE		1,00	1,05	0,99	0,91	0,82		1,02	0,95	0,92	0,98	1,14
CEFALEXINA	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 4,48	R\$ 4,64	R\$ 4,31	R\$ 4,16	R\$ 3,82	R\$ 3,23	R\$ 4,33	R\$ 4,31	R\$ 4,44	R\$ 4,10	R\$ 4,46	R\$ 4,89
	Valor médio da RE		1,03	0,96	0,93	0,85	0,72		1,00	1,03	0,95	1,03	1,13
CLONAZEPAM	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 1,25	R\$ 1,28	R\$ 1,14	R\$ 1,18	R\$ 1,27	R\$ 1,10	R\$ 1,38	R\$ 1,41	R\$ 1,34	R\$ 1,23	R\$ 1,52	R\$ 1,10
	Valor médio da RE		1,03	0,91	0,94	1,01	0,88		1,02	0,97	0,89	1,10	0,80

Medicamento	Porte Populacional	Média Nacional	2016					2018					
			Até 25.000 hab.	25.001 a 50.000 hab.	50.001 a 100.000 hab.	100.000 a 500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.	Média Nacional	Até 25.000 hab.	25.001 a 50.000 hab.	50.001 a 100.000 hab.	100.000 a 500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.
DIPIRONA SÓDICA	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,71	R\$ 0,72	R\$ 0,68	R\$ 0,68	R\$ 0,76	R\$ 0,71	R\$ 0,66	R\$ 0,67	R\$ 0,67	R\$ 0,63	R\$ 0,66	R\$ 0,64
	Valor médio da RE		1,01	0,95	0,95	1,06	0,99		1,01	1,01	0,95	0,99	0,96
FLUOXETINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,36	R\$ 0,28	R\$ 0,31	R\$ 0,57	R\$ 1,09	R\$ 0,81	R\$ 0,57	R\$ 0,46	R\$ 0,79	R\$ 0,80	R\$ 0,85	R\$ 0,37
	Valor médio da RE		0,78	0,85	1,59	3,03	2,27		0,81	1,38	1,40	1,49	0,64
GLIBENCLAMIDA	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,05	R\$ 0,05	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,05	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,03
	Valor médio da RE		1,04	0,91	0,86	0,89	0,99		1,02	0,98	0,90	0,92	0,87
HIDROCLOROTIAZIDA	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,04	R\$ 0,05	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,02
	Valor médio da RE		1,07	0,86	0,86	0,80	0,65		1,02	1,00	0,88	0,90	0,73
IBUPROFENO	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,85	R\$ 0,89	R\$ 0,73	R\$ 0,79	R\$ 0,86	R\$ 0,52	R\$ 0,90	R\$ 0,93	R\$ 0,87	R\$ 0,77	R\$ 0,88	R\$ 0,79

Medicamento	Porte Populacional	Média Nacional	2016					2018					
			Até 25.000 hab.	25.001 a 50.000 hab.	50.001 a 100.000 hab.	100.000 a 500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.	Média Nacional	Até 25.000 hab.	25.001 a 50.000 hab.	50.001 a 100.000 hab.	100.000 a 500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.
	Valor médio da RE		1,05	0,86	0,93	1,02	0,61		1,03	0,96	0,85	0,98	0,87
LOSARTANA POTÁSSICA	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,12	R\$ 0,13	R\$ 0,09	R\$ 0,08	R\$ 0,12	R\$ 0,14	R\$ 0,10	R\$ 0,11	R\$ 0,09	R\$ 0,08	R\$ 0,12	R\$ 0,05
	Valor médio da RE		1,08	0,78	0,70	0,98	1,16		1,06	0,83	0,79	1,12	0,48
METFORMINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,13	R\$ 0,13	R\$ 0,12	R\$ 0,11	R\$ 0,15	R\$ 0,12	R\$ 0,11	R\$ 0,11	R\$ 0,11	R\$ 0,11	R\$ 0,14	R\$ 0,08
	Valor médio da RE		1,02	0,94	0,87	1,43	0,81		0,97	1,02	1,02	1,26	0,72
SALBUTAMOL, SULFATO	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 5,88	R\$ 5,56	R\$ 6,42	R\$ 6,78	R\$ 5,95	R\$ 8,68	R\$ 6,35	R\$ 6,01	R\$ 6,62	R\$ 7,46	R\$ 6,66	R\$ 8,04
	Valor médio da RE		0,95	1,16	1,06	0,88	1,46		0,95	1,04	1,17	1,05	1,27
SINVASTATINA	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,18	R\$ 0,18	R\$ 0,17	R\$ 0,17	R\$ 0,21	R\$ 0,14	R\$ 0,14	R\$ 0,15	R\$ 0,14	R\$ 0,13	R\$ 0,13	R\$ 0,12
	Valor médio da RE		1,01	0,94	0,97	1,24	0,69		1,03	0,99	0,90	0,91	0,83

2020							
Medicamento	Porte Populacional	Média Nacional	Até 25.000 hab.	25.001 a 50.000 hab.	50.001 a 100.000 hab.	100.000 a 500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.
ALENDRONATO DE SÓDIO	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,33	R\$ 0,33	R\$ 0,35	R\$ 0,32	R\$ 0,32	R\$ 0,32
	Valor médio da RE		0,99	1,07	0,96	0,96	0,97
AMOXICILINA	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 2,61	R\$ 2,57	R\$ 2,73	R\$ 2,62	R\$ 2,76	R\$ 3,06
	Valor médio da RE		0,98	1,05	1,01	1,06	1,17
CEFALEXINA	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 4,07	R\$ 4,01	R\$ 4,26	R\$ 4,15	R\$ 4,26	R\$ 4,10
	Valor médio da RE		0,99	1,05	1,02	1,05	1,01
CLONAZEPAM	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 1,45	R\$ 1,50	R\$ 1,34	R\$ 1,31	R\$ 1,40	R\$ 1,26
	Valor médio da RE		1,03	0,92	0,90	0,97	0,87
DIPIRONA SÓDICA	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,71	R\$ 0,71	R\$ 0,73	R\$ 0,68	R\$ 0,74	R\$ 0,65

2020							
Medicamento	Porte Populacional	Média Nacional	Até 25.000 hab.	25.001 a 50.000 hab.	50.001 a 100.000 hab.	100.000 a 500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.
	Valor médio da RE		1,00	1,03	0,95	1,04	0,91
FLUOXETINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,45	R\$ 0,43	R\$ 0,44	R\$ 0,66	R\$ 0,09	R\$ 2,20
	Valor médio da RE		0,96	0,99	1,48	0,20	4,91
GLIBENCLAMIDA	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03
	Valor médio da RE		1,01	0,98	0,93	0,97	0,89
HIDROCLOROTIAZIDA	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,02
	Valor médio da RE		1,02	0,98	0,89	0,95	0,81
IBUPROFENO	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,80	R\$ 0,82	R\$ 0,80	R\$ 0,71	R\$ 0,76	R\$ 0,64
	Valor médio da RE		1,02	0,99	0,89	0,95	0,79

2020							
Medicamento	Porte Populacional	Média Nacional	Até 25.000 hab.	25.001 a 50.000 hab.	50.001 a 100.000 hab.	100.000 a 500.000 hab.	Acima de 500.000 hab.
LOSARTANA POTÁSSICA	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,12	R\$ 0,12	R\$ 0,12	R\$ 0,09	R\$ 0,13	R\$ 0,09
	Valor médio da RE		1,02	0,97	0,74	1,10	0,76
METFORMINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,12	R\$ 0,13	R\$ 0,11	R\$ 0,11	R\$ 0,12	R\$ 0,10
	Valor médio da RE		1,03	0,88	0,92	1,01	0,81
SALBUTAMOL, SULFATO	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 7,55	R\$ 7,45	R\$ 7,69	R\$ 7,76	R\$ 7,56	R\$ 8,90
	Valor médio da RE		0,99	1,02	1,03	1,00	1,18
SINVASTATINA	Valor pago em média por Porte Populacional	R\$ 0,11	R\$ 0,11	R\$ 0,11	R\$ 0,10	R\$ 0,10	R\$ 0,10
	Valor médio da RE		1,01	0,98	0,95	0,95	0,92

Fonte: Silva, Wendell (2024).

Na Tabela 4, que analisa o valor médio pago e o valor médio da RE por estrato de IDHM, por medicamento, pode-se observar que em 2016, os municípios com IDHM Muito Baixo apresentaram a maior média do valor pago e do valor de RE em oito medicamentos, sendo o estrato que mais apresenta municípios nessa situação. Em 2018, também se observa que os municípios com IDHM Muito Baixo apresentaram a maior média do valor pago e do valor de RE na maioria dos medicamentos, sete medicamentos. Enquanto que em 2020 é possível observar um cenário semelhante a 2018, com os municípios com IDHM Muito Baixo apresentando a maior média do valor pago e do valor de RE na maioria dos medicamentos, sete medicamentos.

Tabela 4. Valor médio pago e valor médio da RE, por porte de IDHM, por medicamento, em 2016, 2018 e 2020.

Medicamento	IDHM	2016						2018					
		Média Nacional	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto	Média Nacional	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
ALENDRONATO DE SÓDIO	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,77	R\$ 2,19	R\$ 0,99	R\$ 0,72	R\$ 0,65	R\$ 0,37	R\$ 0,55	R\$ 0,91	R\$ 0,78	R\$ 0,53	R\$ 0,40	R\$ 0,36
	Valor médio da RE		2,85	1,29	0,94	0,84	0,48		1,67	1,43	0,97	0,73	0,65
AMOXICILINA	Valor pago em média por IDHM	R\$ 2,05	R\$ 3,00	R\$ 2,17	R\$ 2,02	R\$ 1,95	R\$ 1,49	R\$ 3,22	R\$ 3,31	R\$ 3,20	R\$ 3,31	R\$ 3,05	R\$ 3,12
	Valor médio da RE		1,46	1,06	0,98	0,95	0,72		1,03	1,00	1,03	0,95	0,97
CEFALEXINA	Valor pago em média por IDHM	R\$ 4,48	R\$ 4,40	R\$ 4,79	R\$ 4,52	R\$ 3,99	R\$ 3,83	R\$ 4,33	R\$ 3,89	R\$ 5,00	R\$ 4,24	R\$ 3,60	R\$ 3,90
	Valor médio da RE		0,98	1,07	1,01	0,89	0,86		0,90	1,15	0,98	0,83	0,90
CLONAZEPAM	Valor pago em média por IDHM	R\$ 1,25	R\$ 1,99	R\$ 1,30	R\$ 1,22	R\$ 1,26	R\$ 1,15	R\$ 1,38	R\$ 2,43	R\$ 1,42	R\$ 1,30	R\$ 1,49	R\$ 1,57
	Valor médio da RE		1,59	1,04	0,97	1,01	0,92		1,76	1,03	0,94	1,08	1,14

Medicamento	IDHM	2016					2018						
		Média Nacional	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto	Média Nacional	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
DIPIRONA SÓDICA	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,71	R\$ 0,81	R\$ 0,82	R\$ 0,67	R\$ 0,62	R\$ 0,53	R\$ 0,66	R\$ 0,77	R\$ 0,74	R\$ 0,67	R\$ 0,57	R\$ 0,53
	Valor médio da RE		1,13	1,15	0,95	0,87	0,74		1,16	1,11	1,01	0,85	0,79
FLUOXETINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,36	R\$ 0,23	R\$ 0,39	R\$ 0,27	R\$ 0,54	R\$ 0,08	R\$ 0,57	R\$ 0,09	R\$ 0,56	R\$ 0,52	R\$ 0,72	R\$ 0,07
	Valor médio da RE		0,64	1,10	0,76	1,49	0,21		0,16	0,99	0,90	1,26	0,11
GLIBENCLAMIDA	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,05	R\$ 0,08	R\$ 0,06	R\$ 0,05	R\$ 0,04	R\$ 0,03	R\$ 0,04	R\$ 0,06	R\$ 0,05	R\$ 0,04	R\$ 0,03	R\$ 0,03
	Valor médio da RE		1,59	1,16	0,93	0,81	0,59		1,64	1,16	0,96	0,85	0,66
HIDROCLOROTIAZIDA	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,04	R\$ 0,06	R\$ 0,05	R\$ 0,04	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,02
	Valor médio da RE		1,30	1,17	0,96	0,71	0,59		1,16	1,19	0,98	0,77	0,61

Medicamento	IDHM	2016					2018						
		Média Nacional	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto	Média Nacional	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
IBUPROFENO	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,85	R\$ 1,36	R\$ 1,03	R\$ 0,78	R\$ 0,68	R\$ 0,48	R\$ 0,90	R\$ 1,16	R\$ 0,98	R\$ 0,88	R\$ 0,84	R\$ 0,58
	Valor médio da RE		1,60	1,21	0,92	0,80	0,57		1,29	1,09	0,98	0,94	0,65
LOSARTANA POTÁSSICA	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,12	R\$ 0,14	R\$ 0,14	R\$ 0,11	R\$ 0,11	R\$ 0,06	R\$ 0,10	R\$ 0,08	R\$ 0,12	R\$ 0,10	R\$ 0,10	R\$ 0,16
	Valor médio da RE		1,13	1,15	0,91	0,92	0,47		0,80	1,12	0,94	0,91	1,57
METFORMINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,13	R\$ 0,16	R\$ 0,14	R\$ 0,12	R\$ 0,13	R\$ 0,10	R\$ 0,11	R\$ 0,12	R\$ 0,12	R\$ 0,10	R\$ 0,10	R\$ 0,13
	Valor médio da RE		1,23	1,07	0,95	0,98	0,80		1,09	1,09	0,97	0,92	1,17
SALBUTAMOL, SULFATO	Valor pago em média por IDHM	R\$ 5,88	R\$ 6,17	R\$ 5,51	R\$ 6,00	R\$ 5,86	R\$ 6,63	R\$ 6,35	R\$ 5,87	R\$ 6,12	R\$ 6,43	R\$ 6,39	R\$ 8,15
	Valor médio da RE		1,05	0,94	1,02	1,00	1,13		0,92	0,96	1,01	1,01	1,28

		2016						2018					
Medicamento	IDHM	Média Nacional	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto	Média Nacional	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
SINVASTATINA	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,18	R\$ 0,26	R\$ 0,20	R\$ 0,17	R\$ 0,17	R\$ 0,11	R\$ 0,14	R\$ 0,20	R\$ 0,16	R\$ 0,14	R\$ 0,12	R\$ 0,11
	Valor médio da RE		1,46	1,10	0,95	0,96	0,60		1,41	1,13	1,00	0,84	0,80
		2020											
Medicamento	IDHM	Média Nacional	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto						
ALENDRONATO DE SÓDIO	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,33	R\$ 0,42	R\$ 0,46	R\$ 0,34	R\$ 0,28	R\$ 0,23						
	Valor médio da RE		1,27	1,39	1,02	0,84	0,70						
AMOXICILINA	Valor pago em média por IDHM	R\$ 2,61	R\$ 3,89	R\$ 2,89	R\$ 2,54	R\$ 2,50	R\$ 2,64						
	Valor médio da RE		1,49	1,11	0,97	0,96	1,01						
CEFALEXINA	Valor pago em média por IDHM	R\$ 4,07	R\$ 5,76	R\$ 4,51	R\$ 4,04	R\$ 3,78	R\$ 4,18						

2020							
Medicamento	IDHM	Média Nacional	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
	Valor médio da RE		1,42	1,11	0,99	0,93	1,03
CLONAZEPAM	Valor pago em média por IDHM	R\$ 1,45	R\$ 1,09	R\$ 1,27	R\$ 1,49	R\$ 1,57	R\$ 1,48
	Valor médio da RE		0,75	0,88	1,03	1,08	1,02
DIPIRONA SÓDICA	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,71	R\$ 1,45	R\$ 0,85	R\$ 0,72	R\$ 0,60	R\$ 0,53
	Valor médio da RE		2,04	1,20	1,01	0,85	0,75
FLUOXETINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,45	R\$ 0,10	R\$ 0,42	R\$ 0,39	R\$ 0,47	R\$ 4,19
	Valor médio da RE		0,22	0,93	0,87	1,05	9,34
GLIBENCLAMIDA	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,04	R\$ 0,05	R\$ 0,04	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03
	Valor médio da RE		1,43	1,20	0,98	0,85	0,73

2020							
Medicamento	IDHM	Média Nacional	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
HIDROCLOROTIAZIDA	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,03	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,03	R\$ 0,02	R\$ 0,02
	Valor médio da RE		1,52	1,29	1,00	0,76	0,59
IBUPROFENO	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,80	R\$ 1,07	R\$ 0,89	R\$ 0,82	R\$ 0,72	R\$ 0,62
	Valor médio da RE		1,34	1,11	1,02	0,89	0,77
LOSARTANA POTÁSSICA	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,12	R\$ 0,12	R\$ 0,14	R\$ 0,11	R\$ 0,11	R\$ 0,07
	Valor médio da RE		0,98	1,18	0,97	0,89	0,63
METFORMINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,12	R\$ 0,13	R\$ 0,17	R\$ 0,11	R\$ 0,10	R\$ 0,09
	Valor médio da RE		1,07	1,39	0,90	0,83	0,71

2020							
Medicamento	IDHM	Média Nacional	Muito baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
SALBUTAMOL, SULFATO	Valor pago em média por IDHM	R\$ 7,55	R\$ 7,71	R\$ 7,00	R\$ 7,76	R\$ 7,64	R\$ 8,36
	Valor médio da RE		1,02	0,93	1,03	1,01	1,11
SINVASTATINA	Valor pago em média por IDHM	R\$ 0,11	R\$ 0,16	R\$ 0,13	R\$ 0,11	R\$ 0,10	R\$ 0,09
	Valor médio da RE		1,44	1,21	0,97	0,90	0,85

Fonte: Silva, Wendell (2024).

Ao analisar as compras de forma associada ou não (Tabela 5), tem-se que o valor médio pago e o valor médio da RE em 2016, nos municípios que não realizaram a compra em associação foi mais caro em quase todos os itens, onze dos treze medicamentos. Em 2018, observa-se que os municípios que não realizaram a compra em associação pagaram mais caro em nove medicamentos. E em 2020, observa-se um cenário semelhante a 2016, ou seja, os municípios que não realizaram a compra em associação pagaram mais caro em quase todos os itens, onze dos treze.

Tabela 5. Valor médio pago e valor médio da RE, por compra associada ou não, por medicamento, em 2016, 2018 e 2020.

Medicamento	Modalidade de compra	2016			2018		
		Média Nacional	Compra Associada	Compra sem associação	Média Nacional	Compra Associada	Compra sem associação
ALENDRONATO DE SÓDIO	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,77	R\$ 0,58	R\$ 0,89	R\$ 0,55	R\$ 0,41	R\$ 0,63
	Valor médio da RE		0,76	1,16		0,74	1,15
AMOXICILINA	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 2,05	R\$ 1,98	R\$ 2,10	R\$ 3,22	R\$ 3,23	R\$ 3,21
	Valor médio da RE		0,96	1,02		1,00	1,00
CEFALEXINA	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 4,48	R\$ 4,15	R\$ 4,69	R\$ 4,33	R\$ 3,21	R\$ 4,79
	Valor médio da RE		0,93	1,05		0,74	1,11
CLONAZEPAM	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 1,25	R\$ 1,16	R\$ 1,31	R\$ 1,38	R\$ 1,20	R\$ 1,46
	Valor médio da RE		0,93	1,05		0,87	1,05

		2016			2018		
Medicamento	Modalidade de compra	Média Nacional	Compra Associada	Compra sem associação	Média Nacional	Compra Associada	Compra sem associação
DIPIRONA SÓDICA	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,71	R\$ 0,52	R\$ 0,80	R\$ 0,66	R\$ 0,67	R\$ 0,67
	Valor médio da RE		0,72	1,12		1,00	1,00
FLUOXETINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,36	R\$ 0,37	R\$ 0,36	R\$ 0,57	R\$ 0,58	R\$ 0,56
	Valor médio da RE		1,02	0,99		1,03	0,99
GLIBENCLAMIDA	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,05	R\$ 0,04	R\$ 0,06	R\$ 0,04	R\$ 0,03	R\$ 0,04
	Valor médio da RE		0,72	1,13		0,73	1,13
HIDROCLOROTIAZIDA	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,04	R\$ 0,03	R\$ 0,05	R\$ 0,03	R\$ 0,02	R\$ 0,04
	Valor médio da RE		0,61	1,17		0,64	1,17
IBUPROFENO	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,85	R\$ 0,57	R\$ 0,96	R\$ 0,90	R\$ 0,80	R\$ 0,95
	Valor médio da RE		0,68	1,13		0,88	1,05

Medicamento	Modalidade de compra	2016			2018		
		Média Nacional	Compra Associada	Compra sem associação	Média Nacional	Compra Associada	Compra sem associação
LOSARTANA POTÁSSICA	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,12	R\$ 0,06	R\$ 0,15	R\$ 0,10	R\$ 0,06	R\$ 0,12
	Valor médio da RE		0,49	1,21		0,56	1,17
METFORMINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,13	R\$ 0,09	R\$ 0,14	R\$ 0,11	R\$ 0,09	R\$ 0,12
	Valor médio da RE		0,70	1,10		0,81	1,07
SALBUTAMOL, SULFATO	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 5,88	R\$ 6,51	R\$ 5,32	R\$ 6,35	R\$ 7,42	R\$ 5,83
	Valor médio da RE		1,11	0,90		1,17	0,92
SINVASTATINA	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,18	R\$ 0,12	R\$ 0,21	R\$ 0,14	R\$ 0,11	R\$ 0,15
	Valor médio da RE		0,70	1,16		0,78	1,09

2020				
Medicamento	Modalidade de compra	Média Nacional	Compra Associada	Compra sem associação
ALENDRONATO DE SÓDIO	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,33	R\$ 0,30	R\$ 0,35
	Valor médio da RE		0,91	1,07
AMOXICILINA	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 2,61	R\$ 2,40	R\$ 2,73
	Valor médio da RE		0,92	1,05
CEFALEXINA	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 4,07	R\$ 3,58	R\$ 4,36
	Valor médio da RE		0,88	1,07
CLONAZEPAM	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 1,45	R\$ 1,60	R\$ 1,38
	Valor médio da RE		1,10	0,95
DIPIRONA SÓDICA	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,71	R\$ 0,66	R\$ 0,74
	Valor médio da RE		0,93	1,04

2020				
Medicamento	Modalidade de compra	Média Nacional	Compra Associada	Compra sem associação
FLUOXETINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,45	R\$ 0,26	R\$ 0,56
	Valor médio da RE		0,59	1,25
GLIBENCLAMIDA	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,04	R\$ 0,03	R\$ 0,04
	Valor médio da RE		0,78	1,13
HIDROCLOROTIAZIDA	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,03	R\$ 0,02	R\$ 0,03
	Valor médio da RE		0,72	1,16
IBUPROFENO	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,80	R\$ 0,74	R\$ 0,84
	Valor médio da RE		0,92	1,04
LOSARTANA POTÁSSICA	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,12	R\$ 0,09	R\$ 0,13
	Valor médio da RE		0,75	1,13

2020				
Medicamento	Modalidade de compra	Média Nacional	Compra Associada	Compra sem associação
METFORMINA, CLORIDRATO	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,12	R\$ 0,09	R\$ 0,14
	Valor médio da RE		0,77	1,11
SALBUTAMOL, SULFATO	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 7,55	R\$ 7,96	R\$ 7,32
	Valor médio da RE		1,05	0,97
SINVASTATINA	Valor pago em média por compra em associação ou não	R\$ 0,11	R\$ 0,09	R\$ 0,12
	Valor médio da RE		0,83	1,10

Fonte: Silva, Wendell (2024).

DISCUSSÃO

Este estudo, de caráter inovador, por analisar os preços praticados na aquisição de medicamentos pelos municípios brasileiros a partir de dados da BNAFAR e sugerir um indicador que permite avaliar comparativamente os valores pagos, pode colaborar para a melhoria dos processos de aquisição, favorecendo as negociações dos municípios nas suas aquisições de medicamentos, fomentando a transparência e prestação de contas. Ou seja, o estudo fornece dados e análises essenciais para garantir que o sistema de saúde seja eficiente, equitativo, transparente e financeiramente sustentável.

O preço de medicamentos influencia na capacidade dos municípios para garantir o acesso, sendo importante que, em situações em que se identifique variações de preços incompatíveis com a realidade local, sejam fomentadas estratégias de regulação normativa, intervenção ou negociação, de forma a reduzir as barreiras financeiras impostas à gestão pública e ao direito de acesso da população (Mendes *et al.*, 2014).

No Brasil, o Preço Máximo de Venda ao Governo – PMVG, preço máximo que deve ser observado nas aquisições destinadas ao SUS, é o resultado da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o Preço Fábrica. O CAP, regulamentado pela Resolução nº. 3, de 2 de março de 2011, é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos constantes do rol anexo ao Comunicado nº 15, de 31 de agosto de 2017 - Versão Consolidada ou para atender ordem judicial (CMED, 2024).

No caso da cadeia farmacêutica, um dos tributos de maior relevância para a atividade é o Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS), responsável pela maior parte da carga tributária no âmbito dos medicamentos, que entre os estados varia de 12%, para estados como Minas Gerais e São Paulo, a 21%, para estados como o Piauí (Michelle; Vilardo; Silva, 2020).

Esta discussão se estende ao valor pago pelos medicamentos para Atenção Primária, medicamentos estes que constituem recurso de fundamental importância para a resolutividade da atenção à saúde.

Os achados deste estudo sugerem algumas tendências sobre os padrões de preços praticados em medicamentos em diferentes cenários no Brasil, ao longo do período de 2016 a 2020. Os resultados mostraram que os municípios com IDHM Muito Baixo apresentaram consistentemente maiores médias nos valores pagos e nos valores da RE em comparação com outros estratos de IDHM. Isso pode refletir disparidades socioeconômicas e de acesso

a medicamento, onde áreas com menor desenvolvimento humano enfrentam custos mais elevados para garantir o acesso a medicamentos. Este fenômeno pode estar ocorrendo por questões envolvendo economias de escala limitadas, barreiras geográficas e logísticas, menor poder de negociação e desigualdades econômica e social.

Também é possível identificar que os municípios menores, com até 25.000 habitantes, frequentemente apresentaram maiores médias nos valores pagos e nos valores da RE em comparação com municípios de outros portes populacionais. Isso sugere que as necessidades totais de medicamentos nesses municípios podem não estar sendo adequadamente atendidas, ou que há menos poder de negociação em compras de menor escala, ou ainda, que pelo fato de pagar mais na compra destes itens, os municípios deixam de utilizar recursos na aquisição de outro bem ou serviço de saúde.

Nesse estudo identificou-se que na região Norte, houve consistentemente uma média mais alta, tanto nos valores pagos quanto nos valores da RE, em comparação com outras regiões, especialmente nos anos de 2016 e 2018. Isso pode indicar desafios específicos ou discrepâncias nas aquisições de medicamentos nessa região.

A PNAUM demonstrou que a disponibilidade geral de medicamento variou conforme as regiões do país, sendo inferior nas regiões Norte e Nordeste (44,6% e 46,3%, respectivamente). Essas duas regiões apresentaram ainda os menores índices para as variáveis existência de farmacêutico responsável, refrigerador exclusivo para medicamentos e armário com chave (Nascimento *et al.*, 2017). Esses dados vêm ao encontro de outro estudo, que mostrou uma associação entre disponibilidade de medicamentos na Atenção Primária, infraestrutura adequada (área de estocagem, ar-condicionado e refrigerador) e apoio matricial do farmacêutico (Tavares *et al.*, 2016). De tal forma, é possível inferir que os valores pagos pelos medicamentos registrados no atual estudo se somam às deficiências de infraestrutura e força de trabalho da Assistência Farmacêutica, refletindo, possivelmente, uma baixa capacidade de gestão.

Informações sobre o impacto dos preços dos medicamentos já foram levantadas em estudos, como o que demonstrou que a prevalência global de uso de medicamentos pela população brasileira, baseada na PNAUM, foi de 50,7%, sendo as menores prevalências de uso no grupo de menor classificação econômica (classe E). Os grupos de maior poder de consumo utilizaram cerca de 20,0% mais medicamentos que os de menor poder de consumo. Ainda de acordo com a pesquisa, as maiores prevalências de uso de medicamentos para doenças crônicas foram encontradas nas regiões Sudeste e Sul, com

diferenças estatisticamente significativas em relação às regiões Norte e Nordeste para toda a amostra (Nascimento *et al.*, 2017; Boing *et al.*, 2022; Bertoldi *et al.*, 2012).

Um estudo mostrou através da metodologia da Organização Mundial da Saúde/Health Action International que a disponibilidade em 2009 de medicamentos no setor público em cidades do sul do Brasil não atendia ao desafio de fornecer medicamentos essenciais a toda a população (Álvares *et al.*, 2017), conforme consta na constituição brasileira. Isto tem repercussões inevitáveis na acessibilidade, especialmente entre os estratos socioeconômicos mais baixos.

A Região Norte foi aquela com pior desempenho na análise da RE. Nesse estudo a Região Norte concentra as Regiões de Saúde com pior desempenho em temas como saúde materna e reprodutiva e cobertura do sistema de saúde, além de ser a região do país com as piores avaliações dos serviços da atenção primária (Miranda *et al.*, 2021).

Em 2019, a falta de acesso aos medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos ocorreu principalmente na Região Norte, seguido dos residentes do Nordeste (Mororó *et al.*, 2020), fato que pode estar relacionado, entre outros motivos, ao preço praticado na aquisição de medicamentos demonstrados aqui nesse estudo, onde foi demonstrado que nos anos da pesquisa, os municípios da Região Norte apresentaram os maiores valores médios pagos e maiores médias de RE na maioria dos medicamentos (10 em 2016 e 2020 e 11 em 2018, de 13 medicamentos analisados).

A desigualdade geográfica regional e social também foi destacada em 2021, mostrando um menor acesso a medicamentos nas capitais das regiões brasileiras com menor desenvolvimento econômico e nos pacientes mais vulneráveis do Norte e Nordeste (Helfer *et al.*, 2012), corroborando com os achados dessa pesquisa.

Foi demonstrado uma desigualdade no acesso ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), destacando uma tendência de preços mais baixos para as unidades federativas mais populosas e economicamente favorecidas (Rossignoli; Pontarolo; Fernandez-Llimos, 2024). A ampla variação nos preços sugere desafios potenciais na aquisição, resultando em custos mais elevados para as unidades federativas com menor capacidade de negociação. Isso pode contribuir para disparidades no acesso a esses medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em regiões com indicadores socioeconômicos mais desfavoráveis e menor demanda, onde a capacidade de negociação pode ser reduzida, levando a preços de aquisição mais elevados (Helfer *et al.*, 2012).

Das três unidades federativas que mais adquiriram medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) incluídos no Banco de Preços em Saúde (BPS), em 2021, tanto em quantidade quanto em valor financeiro (Ceará, Paraná e São Paulo), o estado de São Paulo, o mais populoso e economicamente desenvolvido do país, aparentemente obteve preços de aquisição mais favoráveis. Isso é observado ao analisar a relação entre preço BPS/SIGTAP, indicando possivelmente uma capacidade de negociação mais vantajosa (Rossignoli; Pontarolo; Fernandez-Llimos, 2024).

A ausência de acesso gratuito aos medicamentos, especialmente os de uso contínuo, pode causar o comprometimento do orçamento familiar ou favorecer o abandono do tratamento, com agravo do estado de saúde e o conseqüente aumento dos gastos em atendimentos ambulatoriais e internações (Drummond; Simões; Andrade, 2022).

Segundo as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) realizadas no Brasil em 1998, 2003 e 2008, a evolução dos gastos na provisão de medicamentos tem contribuído para a elevação do acesso gratuito a medicamentos pelo SUS, mas foi insuficiente para reduzir, no período analisado, a desigualdade no acesso a medicamento. A trajetória de subfinanciamento do SUS e o desequilíbrio entre o gasto público e o privado com medicamentos estão entre as barreiras para a efetivação das políticas, o que pode ter contribuído para a manutenção das desigualdades, demonstrando que a oferta de medicamentos pelo serviço público ainda não é adequada para atender ao princípio da universalidade do SUS (Faleiros *et al.*, 2017).

Uma das conseqüências da diferença de preços praticados entre os municípios vem no questionamento em relação à suficiência dos recursos financeiros do CBAF para atender à demanda do município, e cerca de 37% dos responsáveis pela Assistência Farmacêutica nas regiões Sul e Centro-Oeste avaliaram de forma positiva, enquanto nas regiões Norte e Nordeste esses percentuais foram de apenas 13,6% e 21,8%, respectivamente (Vieira; Zucchi, 2011).

Ainda é importante ponderar a forma como os municípios atuam nas suas diferentes regiões de saúde, devido os gastos não estarem imunes a deseconomias de escala, relacionadas ao porte populacional dos municípios e responsabilidades sanitárias, pois aspectos econômicos, tais como escala da aquisição de medicamentos e poder de negociação, podem explicar as diferenças de gasto entre os entes federados, especialmente os municípios, onde se identifica compra de medicamentos realizada em farmácias/drogarias locais (58,3%), com ênfase para os municípios da Região Norte que

apresentaram o maior índice (73,4%), o que sinaliza para ineficiências nas aplicações de recursos financeiros para a aquisição de medicamentos no SUS (Peters; Castro; Nascimento Cavalcanti, 2022; Miranda; Paranhos; Hasenclever, 2021).

Pelos dados levantados nesse estudo, observa-se uma ampliação das desigualdades na capacidade dos municípios para assegurar o acesso aos medicamentos, principalmente entre os municípios da Região Norte e os mais vulneráveis, que são os mais apenados em relação a custo de medicamento, pois esses vêm pagando mais caro em boa parte dos medicamentos ofertados na Atenção Primária.

Ainda é interessante dizer que a regulação brasileira de preços não está de acordo com as políticas públicas de incentivo à inovação, como encontrado em alguns países. E que essa regulação não está atingindo alguns dos seus objetivos que indicam que um sistema ótimo de regulação de preços deve: estar alinhado com os objetivos de política previamente acordados; garantir sustentabilidade financeira; e ser direcionado para atingir preços mais baixos do que aqueles que de outra forma prevaleceriam (Miranda; Paranhos; Hasenclever, 2021), apesar de alguns avanços como benefícios fiscais para medicamentos e a aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços na venda dos medicamentos.

Em relação à compra associada de medicamentos, os resultados aqui encontrados indicam que, em geral, os municípios que realizaram a compra associada tendem a pagar menos, sugerindo que estratégias de compra em grupo podem levar a economias significativas. Esse padrão foi observado em vários anos e em diferentes medicamentos.

Foi identificado que a associação entre município e Estado foi a forma de parceria para compras de medicamentos mais comum (26,2%), seguida de consórcio entre municípios (15,0%). Identificou-se ainda que a Região Sul adotou a estratégia de consórcios em 52,2% dos seus municípios, e tais práticas se mostraram positivas para os municípios participantes pois alcançou-se melhores preços (Vieira; Zucchi, 2011). As aquisições realizadas pelos Consórcios de Saúde entre 2017 e 2018 apresentaram valores unitários menores para a maioria dos itens do que as aquisições municipais. São 19 vezes para o valor médio, 18 vezes para o valor médio ponderado e 20 vezes para o valor mediano (Gomes, 2020).

Isso mostra que a compra de medicamentos em associação é uma prática que oferece diversos benefícios, tanto para os municípios quanto para os fornecedores, e aos sistemas de saúde em geral, pois desperta-se um maior interesse dos fornecedores, devido ao montante adquirido, e uma redução de custos devido maior poder de negociação junto

a esses fornecedores, permitindo que os medicamentos sejam adquiridos a preços mais vantajosos, motivos pelos quais essa modalidade de compra deve ser mais utilizada nas aquisições de medicamentos.

De acordo com o Ministério da Saúde, consegue-se redução dos preços dos medicamentos de acordo com o volume da compra efetuada. Sendo assim, a realização de contratos de compra com volume maior, com prazo determinado e entregas parceladas também apresenta vantagens como regularidade no abastecimento, redução dos estoques e nos custos de armazenamento, garantia de medicamentos com prazos de validade favoráveis e execução financeira planejada e gradual (Peters; Castro; Nascimento Cavalcanti, 2022).

Diante do exposto, pode-se afirmar como algumas estratégias para “driblar” a iniquidade de preços praticados nas compras de medicamentos pelos municípios a associação entre município e estado, a formação de consórcio entre municípios a disponibilização de atas de registro de preços para a aquisição de medicamentos do elenco de referência da Atenção Primária e a execução dos recursos do CBAF de forma centralizada no gestor estadual e/ou Federal, tendo em vista os resultados das análises em vários cenários realizadas aqui nesse estudo.

Pode-se citar como uma limitação desta pesquisa, sem desmerecê-la, tendo em vista seu caráter inovador e as importantes informações trazidas, em particular, a utilização de dados secundários nas comparações entre os preços praticados na compra de medicamentos pelos municípios, pois são dados autodeclarados e conseguidos por sistemas de informação, algumas vezes, frágeis. Dessa forma, sugere-se mais estudos para aprofundamento nesse tema de relevada importância, que impacta a população, os municípios e o nosso Sistema Único de Saúde.

CONCLUSÃO

A análise da disponibilidade de medicamentos é crucial para avaliar o impacto das políticas do SUS. No Brasil, estudos sobre preço, acesso e qualidade dos serviços farmacêuticos são essenciais, já que o fornecimento público de medicamento é a principal forma de acesso para famílias de baixa renda, sendo influenciado pelo preço destes medicamentos (Nascimento *et al.*, 2017).

O indicador Razão Econômica, pelo que foi alcançado nesse estudo, mostrou-se útil para identificar padrões de preços municipais na aquisição de medicamentos, sendo

possível revelar que municípios com características sociais desfavoráveis são os mais prejudicados pelos preços pagos nos medicamentos.

Este estudo destaca graves deficiências nos preços dos medicamentos adquiridos pelos municípios e na gestão dos recursos financeiros. É urgente implementar estratégias para evitar o aumento da disparidade na oferta de medicamentos entre os municípios, especialmente os mais vulneráveis, regionalmente ou em relação ao IDHM, conforme identificado pelos valores do indicador Razão Econômica. Isso pode reduzir custos e melhorar a qualidade de vida, resultando em uma aplicação mais eficiente dos recursos públicos.

Considerando a escassez de recursos, é fundamental avançar na avaliação da eficiência e dos investimentos em medicamentos pelos governos locais, especialmente na sua disponibilização nos municípios brasileiros.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Alef Cleto et al. **Fatores contextuais associados ao acesso gratuito a medicamentos para hipertensão e diabetes entre adultos mais velhos no Brasil: resultados da PNS 2019.** Tese de Doutorado. 2022.

ÁLVARES, Juliana et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-10, 2017.

ANTUNES, Sheila Elcielle D. Avaliação do Programa Qualifar-SUS: eixo estrutura, na qualificação da assistência farmacêutica municipal em Pernambuco. Dissertação de Mestrado. **Universidade Federal de Pernambuco**. 2020.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Perfil do acesso e da utilização de medicamentos da população brasileira—contribuições e desafios da PNAUM—Inquérito Domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 1-4, 2016.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda et al. Desafios do acesso a medicamentos no Brasil [Internet]. **Rio de Janeiro: edições livre**. p. 19-62, 2020.

BERTOLDI, Andréa Dâmaso et al. Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines?. **Globalization and health**, v. 8, [s.n], p. 1-10, 2012.

BOING, Alexandra Crispim et al. Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 1-13, 2022.

CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS. CMED
Secretaria Executiva. **Preços máximos de medicamentos por princípio ativo**. 2024.

COSTA, Clarisse Melo Franco Neves et al. Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-11, 2017.

DEMARCHI, Clovis; FONTANA, Douglas Cristian. Impactos das demandas judiciais no dever do Estado de prestar assistência farmacêutica. **Revista de Informação Legislativa**, v. 57, n. 226, p. 113-130, 2020.

DIAS, Leticia Lucia dos Santos; SANTOS, Maria Angélica Borges dos; PINTO, Cláudia Du Bocage Santos. Regulação contemporânea de preços de medicamentos no Brasil-uma análise crítica. **Saúde em Debate**, v. 43, n.121, p. 543-558, 2019.

DRUMMOND, Elislene Dias; SIMÕES, Taynãna César; ANDRADE, Fabíola Bof de. Mudanças no acesso gratuito a medicamentos prescritos no sistema público de saúde no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. 56-67, 2022.

FALEIROS, Daniel Resende et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-11, 2017.

FARACO, EB et al. **Avaliação Participativa Da Política Nacional De Assistência Farmacêutica - 2004-2014**. 10 anos da PNAF [Internet], [s. v.], [s. n.], p. 60, 2017.

FARIAS, Melissa Borges; PINTO, Márcia Ferreira Teixeira. Critérios de definição de preços de medicamentos no Brasil e em países selecionados: uma revisão comparada. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 13, n. 3, p. 322-337, 2021.

GOMES, Géssica Vitorino. Análise dos gastos na compra de medicamentos e insumos farmacêuticos na microrregião Cariri Ocidental no período de 2017 à 2020, v. 21. 2020.

HELFER, Ana Paula et al. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 225-232, 2012.

MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo et al. Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da PNAUM. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 3, p. 445-459, 2017.

MENDES, Luiz Villarinho et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, v. 38, [s. n.], p. 109-123, 2014.

MORORÓ, Iara Maria Muniz et al. Desigualdades no acesso a medicamentos no Brasil: um estudo de base populacional. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. 1-19, 2020.

MICHELLI, Leticia D'Aiut; VILARDO, Maria Aglaé Tedesco; SILVA, Rondineli Mendes da. Acesso aos medicamentos: aplicação da seletividade constitucional no

imposto sobre circulação de mercadorias e serviços. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 4, p. 83-94, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Bnfar Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde**: manual do usuário [Internet]. 2021. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/base_dados_assistencia_farmaceutica_manua1.pdf. Acesso em: 15 de Nov. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Portaria GM Nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Of da União**. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Portaria Nº 2.001/GM/MS, de 3 de Agosto de 2017. **Altera a Portaria nº 1.555/MS, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde**, p. 2011-2013, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Portaria Nº 938, de 7 de Abril de 2017. Altera a Portaria nº 957/GM/MS, de 10 de maio de 2016. **Diário Oficial da União**. Maio de 2016. 2016.

MIRANDA, Caroline; PARANHOS, Julia; HASENCLEVER, Lia. Experiências de regulação de preços de medicamentos em países selecionados: lições para o Brasil. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 9, n. 3, p. 14-22, 2021.

MIRANDA, Caroline; PARANHOS, Julia; HASENCLEVER, Lia. Experiências de regulação de preços de medicamentos em países selecionados: lições para o Brasil. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 9, n. 3, p. 14-22, 2021.

MIRANDA, Vanessa Iribarrem Avena et al. Inequalities in access to medicines for diabetes and hypertension across the capitals in different regions of Brazil: a population-based study. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1 p. 1-8, 2021.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-12, 2017.

NGUYEN, Huong Thi Thanh et al. Access to essential medicines for children: a cross-sectional survey measuring medicine prices, availability and affordability in Hanam province, Vietnam. **BMJ Open**, v. 11, n. 8, p. 1-8, 2021.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 1-13, 2016.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION (Ed.). **Organisation for Economic Co-operation and Development**. Health at a Glance 2017: OECD indicators. OCDE, 2017.

PETERS, José Roberto; CASTRO, Marcelo Chaves; NASCIMENTO CAVALCANTI, Ivanessa Thaianne. Análise de preços praticados nas aquisições de medicamentos pelos consórcios de saúde em comparação com as instituições municipais para o período de 2017 a 2018. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 38-51, 2022.

PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/acervo/atlas>. Acesso em: 14 de Nov. 2021.

RAJU, Priyanka Konduru Subramani. WHO/HAI methodology for measuring medicine prices, availability and affordability, and price components. In: Medicine price surveys, analyses and comparisons. **Academic Press**, p. 209-228, 2019.

RODRIGUES, Alexandre de Cássio; GONTIJO, Tiago Silveira; GONÇALVES, Carlos Alberto. Eficiência do gasto público em atenção primária em saúde nos municípios do Rio de Janeiro, Brasil: escores robustos e seus determinantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 3567-3579, 2021.

ROSSIGNOLI, Paula; PONTAROLO, Roberto; FERNANDEZ-LLIMOS, Fernando. Variabilidade de preços de aquisição de medicamentos do grupo 1B do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n.1, p. 1-13, 2024.

SILVA, Wendell Rodrigues Oliveira et al. Equidade ameaçada: Assimetrias regionais nos investimentos em medicamentos no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. 1-14, 2021.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n.2, p. 1-10, 2016.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 1-11, 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 906-913, 2011.

6. Conclusões

O estudo destacou a importância da Assistência Farmacêutica na promoção da saúde, visando garantir o acesso da população a medicamentos essenciais. No contexto de recursos limitados, é fundamental otimizar a distribuição e aplicação de recursos na aquisição de medicamentos na Atenção Primária.

O Brasil possui políticas e programas para a Assistência Farmacêutica, como o Programa Farmácia Popular, o Programa Qualifar-SUS e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, com destaque para o papel do Sistema Único de Saúde em assegurar o acesso a medicamentos. Apesar das iniciativas governamentais, persistem desafios na disponibilidade e cobertura total de medicamentos, especialmente na superação de desigualdades regionais e sociais.

A análise dos investimentos em saúde e medicamentos revelou disparidades significativas entre União, estados e municípios de 2010 a 2019. Embora os municípios liderem os investimentos *per capita* em saúde, a União possui uma proporção maior em medicamentos, destacando-se a disparidade regional e a influência da vulnerabilidade social.

Os dados mostram um crescimento nos investimentos *per capita* em saúde, liderados por municípios e União, mas os investimentos em medicamentos não acompanharam esse ritmo, evidenciando a necessidade de uma análise mais detalhada sobre as causas e consequências desse descompasso para a qualidade da saúde da população brasileira.

Os municípios brasileiros gastaram mais com medicamentos do que receberam de contrapartida do Ministério da Saúde (MS) ou do MS somada a do Estado no financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica em todos os anos analisados. A média percentual de repasse do Ministério e estados, em relação ao valor total investido pelos municípios, teve uma queda na maioria dos estratos populacionais e IDHM, indicando falta de acompanhamento dos valores das contrapartidas do CBAF nos gastos municipais com medicamentos.

Entre 2016 e 2020, houve um aumento significativo no financiamento próprio dos municípios, especialmente os de menor IDHM, apesar das tentativas de diferenciação nos repasses, como a publicação da Portaria no 3.193, em 2019. Além disso, foi identificada uma maior dependência dos municípios do Nordeste e do Norte em relação ao repasse do MS e dos estados nos anos analisados.

Os municípios da Região Norte lideraram em média os valores pagos e a Razão Econômica na maioria dos medicamentos, revelando disparidades regionais. Municípios

menores e com IDHM muito baixo foram os mais afetados. A compra associada demonstrou ser vantajosa em termos de custo, especialmente para aqueles que adotaram essa abordagem.

Os recursos destinados à Assistência Farmacêutica priorizam a aquisição de medicamentos, porém, estão abaixo das crescentes necessidades identificadas.

Em meio à crise econômica e ao desfinanciamento do Sistema Único de Saúde, é evidente que a solução vai além do aumento de recursos. É fundamental melhorar a distribuição de recursos da União para estados e municípios, seguindo critérios estabelecidos pela Lei nº 141/2012. Além disso, é necessário discutir o modelo de financiamento dos medicamentos para Atenção Primária, que desempenham papel crucial na eficácia da assistência à saúde.

Os dados encontrados nessa Tese demonstram que pode haver comprometimento na execução da oferta de medicamentos pelos principais entes assistenciais (municípios) e especialmente nas regiões com maior grau de vulnerabilidade social, justamente onde mais se depende do apoio do serviço público de saúde.

As assimetrias observadas nos investimentos financeiros não se limitam apenas a esse aspecto. A Pesquisa Nacional sobre Acesso e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) indica que os menores investimentos na compra de medicamentos na Atenção Primária estão relacionados à capacidade reduzida desses municípios em oferecer serviços farmacêuticos adequados, desde a gestão até o uso clínico dos medicamentos.

Na região Norte e Nordeste, onde se concentram os municípios com menores taxas de farmacêuticos por habitante, foram identificados maiores problemas relacionados à infraestrutura e capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica. Isso resulta em menor disponibilidade de medicamentos na Atenção Primária nessas regiões.

Um financiamento redistributivo e compromissos firmes com a equidade e o acesso universal à saúde, incluindo aí medicamentos, são essenciais para reduzir as desigualdades sociais e proteger as famílias mais vulneráveis.

Os achados deste estudo mostram a ampliação das desigualdades na capacidade dos municípios para assegurar o acesso aos medicamentos, principalmente entre os municípios mais vulneráveis, acumulando ainda mais riscos de agravos e mortes por doenças sensíveis à atenção primária. É evidente a urgência na implementação de estratégias para frear o avanço deste processo de distanciamento entre as condições de oferta dos medicamentos de atenção básica entre os municípios.

A diferenciação de repasse por IDHM implementada em 2019 não foi suficiente para dirimir o avanço das iniquidades, sugerindo a necessidade de ações mais complexas, para além da recomposição do repasse de recursos financeiros, necessários e previstos na organização do SUS. O cenário da AF municipal aqui apresentado sugere a necessidade de estratégias mais robustas relativas à estruturação, à força de trabalho e qualificação da capacidade destes municípios para a gestão da Assistência Farmacêutica local e a oferta de serviços que proporcionem melhor uso dos recursos disponíveis.

Em suma, esses resultados destacam a complexidade das políticas de saúde, especialmente de medicamentos, e a necessidade de considerar fatores como região, tamanho populacional, desenvolvimento humano e estratégias de compra ao planejar políticas de acesso a medicamentos. Essas análises podem ajudar os formuladores de políticas a identificar áreas de melhoria e alocar recursos de forma mais eficaz para garantir o acesso equitativo a medicamentos essenciais.

Finaliza-se essa Tese com algumas sugestões de práticas que podem apresentar melhorias na Assistência Farmacêutica Nacional:

- Estabelecer critérios de repasse de recursos que promovam a equidade no acesso aos medicamentos no SUS, considerando as condições concretas dos municípios de portes pequenos, em regiões remotas e menos atendidas pelo mercado privado nas compras públicas;
- Estabelecer estratégias de qualificação e apoio permanente para o fortalecimento da capacidade de gestão municipal da Assistência Farmacêutica;
- Aprimorar sistemas de monitoramento e avaliação, como a BNAFAR, para monitorar a eficácia das práticas adotadas na Assistência Farmacêutica e garantir transparência na aplicação dos recursos públicos;
- Desenvolver políticas que garantam preços acessíveis para medicamentos, incentivando a concorrência e a transparência nos processos de compra;
- Incentivar as estratégias de organização regional para a aquisição de medicamentos;
- Reforçar a importância da atenção primária à saúde, fortalecendo os serviços de saúde básicos para prevenir doenças e promover o uso racional de medicamentos;
- Incentivar a integração entre farmácias comunitárias e unidades de saúde;

- Envolver a comunidade no processo de cuidado com a saúde, promovendo a participação ativa na gestão e fiscalização dos serviços farmacêuticos.

Ou seja, a melhoria da Assistência Farmacêutica no Brasil requer uma abordagem abrangente, envolvendo diferentes setores do sistema de saúde, profissionais, pacientes e a sociedade como um todo. A implementação efetiva dessas medidas pode contribuir para um sistema mais eficiente, acessível e seguro.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS

ÁLVARES, Juliana et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-10, 2017.

ANDRADE, Sâmia Moreira et al. Saúde, direito de todos e dever do estado: impacto financeiro na assistência farmacêutica em um componente especializado Health, everyone's right and the state's duty: financial impact on pharmaceutical care in a specialized componente. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 12, p. 111315-111332, 2021.

Barreto, Maria Nelly Sobreira de Carvalho. **Acesso aos medicamentos para tratamento de hipertensos e diabéticos assistidos nas unidades de saúde da família do município de Recife-PE**. 2012. 127 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2012.

BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades en salud: una perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda, Costa JCS da, Noronha JC de. **Desafios do acesso a medicamentos no Brasil [Internet]**. Fiocruz. 2020.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1937-1949, 2018.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Perfil do acesso e da utilização de medicamentos da população brasileira—contribuições e desafios da PNAUM—Inquérito Domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 1-4, 2016.

BERMUDEZ, Jorge AZ; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; ESHER, Ángela. Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. In: **Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del estado**. 2004. p. 274-274.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda. Desafios contemporâneos no acesso a medicamentos: para além do painel de alto nível do Secretário Geral das Nações Unidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2435-2439, 2017.

BERTOLDI, Andréa Dâmaso et al. Sociodemographic profile of medicines users in Brazil: results from the 2014 PNAUM survey. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 1-10, 2016.

BITTENCOURT, Raqueli Altamiranda et al. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 2, p. 310-323, 2017.

BRASIL. Lei Complementar N.º 141, de 13 de Janeiro de 2012. **Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e**

serviços públicos. 2012. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 22 de nov. 2021.

BRASIL. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de Dezembro de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** 2016, p. 1-5.

BRASIL. Casa Civil. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Setembro de 1990, p. 1-17, 1990. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 de nov. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, p. 1-1, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos.** Brasília, p. 6-8, 1998. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em: 05 de fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde M da. **Relatório Anual de Gestão - 2022.** 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia I e IE em SD. **Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.** (institution/organization). Bnfar Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde: manual do usuário [Internet]. 2021.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica:** Diário Oficial da União. 06 de maio de 2004. 2004. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 19 de abr. 2023.

BRASIL. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510,** de 07 de abril de 2016. 2016 p. 13.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988. Disponível em: https://www.senado.leg.br/aviso_manut_abr.html. Acesso em: 12 de nov. 2021.

CHATTU, Vijay Kumar et al. Access to medicines through global health diplomacy. **Health Promotion Perspectives**, v. 13, n. 1, p. 40, 2023.

CHIES, André; SILVEIRA, Vinícius Fleck. Aplicação per capita do percentual mínimo obrigatório de recursos próprios municipais em saúde: quando a legalidade multiplica as desigualdades. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas-ISSN 2176-5766**, v. 10, n. 1, p. 28-45, 2022.

COSTA MACHADO, Rodrigo Martins et al. **Arranjos institucionais de coordenação e cooperação intergovernamental no SUS: a descentralização da assistência farmacêutica básica**. Dissertação. UFMG. 2019.

COSTA, Karen Sarmento et al. **Assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde do SUS, p. 25, 2014.

COSTA, Karen Sarmento et al. Avaliação dos usuários sobre as farmácias públicas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 3163-3174, 2020.

COSTA, Karen Sarmento et al. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 1-13, 2016.

CUNHA, Hélio Lobato da. **Estudo sobre a nova estrutura dos blocos de financiamento fundo a fundo e os impactos nas ações de auditorias e na gestão**. Trabalho de Conclusão de curso. UNB. 2020.

DAVID, Grazielle; ANDRELINO, Alane; BEGHIN, Nathalie. Direito a Medicamentos. Avaliação das Despesas com Medicamentos no Âmbito Federal do Sistema Único de Saúde entre 2008 e 2015. **Brasília: Inesc**, p. 1881-1889, 2016.

DEMARCHI, Clovis; FONTANA, Douglas Cristian. Impactos das demandas judiciais no dever do Estado de prestar assistência farmacêutica. **Revista de Informação Legislativa**, v. 57, n. 226, p. 113-130, 2020.

DRUMMOND, Elislene Dias; SIMÕES, Tainã César; ANDRADE, Fabíola Bof de. Avaliação da não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, n. 1, p. 1-14, 2020.

FARACO, Emília Baierle et al. Avaliação Participativa Da Política Nacional De Assistência Farmacêutica - 2004-2014. 10 anos da PNAF [Internet], p. 60, 2017.

FARACO, Emilia Baierle et al. The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines. **Pharmacy Practice (Granada)**, v. 18, n. 4, p. 1-7, 2020.

FARACO, Emília Baierle et al. **Avaliação da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros**. Universidade Federal de Santa Catarina. 2021.

FERNANDES, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 595-613, 2020.

GADELHA, Paulo; NORONHA, José Carvalho; PEREIRA, Telma Ruth (Ed.). A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. **FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz**, 2012.

- GARCIA, Marina Morgado et al. Funding and Service Organization to Achieve Universal Health Coverage for Medicines: An Economic Evaluation of the Best Investment and Service Organization for the Brazilian Scenario. **Frontiers in pharmacology**, v. 11, p. 1-15, 2020.
- GERLACK, Letícia Farias et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-11, 2017.
- GIOVANELLA, Lígia et al. (Ed.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. SciELO- Editora FIOCRUZ, 2012.
- INESC. **Orçamento temático de acesso a medicamentos (OTMED) 2021**. 2022.
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Agenda 2030: ODS - Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Inst Pesqui Econômica Apl [Internet]. 2018;676. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8855%0Ahttps://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=33895. Acesso em: 27 de abr. 2024.
- JÚNIOR, José Patrício Bispo. Avanços e desafios da participação institucionalizada no sistema de saúde do Brasil. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, [s. v.], n. 117, p. 99-122, 2018.
- KASHIWAKURA, Helder Kiyoshi et al. Retrato da atenção básica no Brasil: gastos e infraestrutura em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, [s. n.], p. 3397-3408, 2021.
- KICKBUSCH, Ilona; SILBERSCHMIDT, Gaudenz; BUSS, Paulo. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, [s. n.], p. 230-232, 2007.
- LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; FIGUEIREDO, Regina. Comunicação em saúde e discurso do sujeito coletivo: semelhanças nas diferenças e diferenças nas diferenças. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 12, n. 1, p. 5-10, 2010.
- LEITE, Silvana Nair et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n.2, p. 1-11, 2017.
- LLANO, Gabriela Perusatto et al. **Processo De Descentralização Na Gestão Da Saúde Pública**. Salão do Conhecimento, 2019.
- LU, Ye et al. The world medicines situation 2011. **Medicine expenditures World Health Organization, Geneva**, v. 11, n. 1, p. 33-36, 2011.
- MACHADO, Cristiani Vieira. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2197-2212, 2018.

MANHÃES, E; HASENCLEVER, L; SANTOS VJ. **Descentralização Federativa da Política Pública de Saúde através das Unidades Básicas de Saúde - UBS**. In: Ruralidades Urbanidades: potencialidades e desafios para o desenvolvimento. p. 1–14. 2017.

MEDICI, André Cezar. Judicialização, integralidade e financiamento da saúde. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 15, n. 2, p. 81-87, 2010.

MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo et al. Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da PNAUM. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 3, p. 445-459, 2017.

MENGUE, Sotero Serrate et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 1-9, 2016.

MESQUITA MORORÓ, Iara Maria Muniz et al. Desigualdades no acesso a medicamentos no Brasil: um estudo de base populacional. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. 1-19, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria 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 Uniao**, p. 6-8. 2007.

Ministério da Saúde. BRASIL. Portaria GM N° 3.193, de 9 de dezembro de 2019. **Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. 2019.

Ministério da Saúde. BRASIL. Portaria N° 1.554, de 30 de Julho de 2013. **Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, p. 1–13. 2013.

MONTEIRO, Camila Nascimento et al. Utilização de anti-hipertensivos e antidiabéticos no Brasil: análise das diferenças socioeconômicas. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. 2, p. 1-12, 2019.

NUNES, Lucília; POEIRA, Ana Filipa da Silva; CANAIS, Edgar. Livro do 1º Congresso Gestão em Enfermagem: Percursos e Desafios. 2020.

OLIVEIRA AHOUAGI, Ana Emília et al. Financiamento da assistência farmacêutica e disponibilidade de medicamentos básicos no município de Belo Horizonte. Dissertação de mestrado. 2022.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde—perspectivas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 5, p. 286-298, 2019.

Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília, p. 260, 2005.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION (Ed.). **Health at a glance 2013: OECD indicators**. OCDE, 2013.

OZAWA, Sachiko et al. Access to medicines through health systems in low-and middle-income countries. **Health Policy and Planning**, v. 34, n. 3, p. 1-3, 2019.

PINTO, Cláudia du Bocage Santos et al. A provisão de medicamentos pelo “Saúde Não Tem Preço” em municípios prioritários para o Plano Brasil Sem Miséria em Mato Grosso do Sul. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 1-17, 2018.

REMONDI, Felipe Assan. **Tratamento De Dislipidemias Em Usuários De Alto Risco Pelo Sus: Não Adesão E Efetividade Em Coorte Populacional De Pacientes**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Londrina, 2019.

ROCHA, Wenderson Henrique et al. **Fatores que podem influenciar a disponibilidade dos medicamentos essenciais na atenção primária à saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Dissertação. UFMG. 2019.

RODRIGUES, Alexandre de Cássio; GONTIJO, Tiago Silveira; GONÇALVES, Carlos Alberto. Eficiência do gasto público em atenção primária em saúde nos municípios do Rio de Janeiro, Brasil: escores robustos e seus determinantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 3567-3579, 2021.

ROSSI, Thais Regis Aranha et al. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4427-4436, 2019.

SANTANA, Rafael Santos. **SUS para todos?: avanços e desafios nas políticas farmacêuticas para doenças da pobreza**. 2017.

SANTO, Antônio Carlos Gomes do Espírito; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1875-1885, 2011.

SANTOS, João Alves dos et al. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017.

SCAVAZZA, Maíra Andrade; SANTOS, Ronaldo Teodoro. Desafios na distribuição de recursos financeiros federais e a mudança do modelo de cofinanciamento federal da

Atenção Primária à Saúde. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 14, [s. n.], p.1-2, 2022.

SILVA, Hudson Pacifico da; ELIAS, Flavia Tavares Silva. Incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde do Canadá e do Brasil: perspectivas para avanços nos processos de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 1-14, 2019.

SILVA, Wendell Rodrigues Oliveira da. Gestão da assistência farmacêutica em regiões de saúde do Ceará: um recorte do Projeto QualiSUS-Rede. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 9, n. 1, p. 95-109, 2018.

SILVA, Wendell Rodrigues Oliveira et al. Equidade ameaçada: Assimetrias regionais nos investimentos em medicamentos no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. 1-14, 2021.

SOARES, Luciano et al. **O Acesso ao Serviço de Dispensação e a Medicamentos: Modelo Teórico e Elementos Empíricos**. Universidade Federal de Santa Catarina. 2013.

SOUZA, Joabe Campelo et al. Análise dos investimentos em saúde nos estados da região nordeste do Brasil. **Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica**, v. 5, [s. n.], 2019.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 1-10, 2016.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 2, p. 1-1, 2016.

TOBAR, Federico. Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud. **Salud Pública de México**, v. 50, n. 4, p. 1-7, 2008.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde no Brasil: Seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça**. Texto para Discussão, 2020.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Texto para Discussão, 2018.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 906-913, 2011.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 73-84, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics 2016 - Monitoring Health for the SDGs. **World Health Organ**, p. 136, 2016.

Anexo

Equity in financing of medicines in primary healthcare: analysis of expenditures and transfers by the Municipal Human Development Index

Wendell Silva - *Universidade de Brasília e Ministério da Saúde*
Ivanessa Thaiane do Nascimento Cavalcanti - *Ministério da Saúde*
Rafael Santos Santana - *Universidade de Brasília*
Silvana Nair Leite Contezini - *Universidade Federal de Santa Catarina*

Background: The financing of Pharmaceutical Policy can contribute to equity in the access to health care. The municipalities are in charge for providing medicines for the primary health care, using a fixed resource from the Ministry of Health (MH) and from the States governments, plus their own resources. But, the municipalities capacity in financing the growing medicines costs can lead to an unequal access to medicines. **Objectives:** To analyse the evolution of municipal's investments in medicines for primary healthcare. **Methods:** This is an exploratory, retrospective study, in which the evolution of the per capita values in the financing of medicines in the municipalities between 2016 and 2020 was compared. Data on the amounts of the MH's contribution transferred to the municipalities were collected from the National Health Fund, and those on population, total spending on health, and percentage of spending on medication were extracted from SIOPS. The amounts invested were deflated for Dec/21, using the annual variation of the Broad National Consumer Price Index. Based on these data, analyses were made of the evolution of investments in medicines by the municipalities and their asymmetries by population stratum and by range of the Municipal Human Development Index (HDI). **Results:** The research identified that the increase in the per capita value invested by the municipalities, between 2016 and 2020, is well above the increase in the value of the Union's transfer, regardless of population stratum and HDI stratum. On average, the municipalities increased by 35.20% the value of investment in the acquisition of medicines, while the Union increased 14.71% (for a value of R\$ 5.85 per capita/year) and there was no correction in the value of the states. The study identified that the small municipalities with lower HDI values were the ones that presented the greatest increase in per capita investment in medicines, i.e., the ones that had to pay the most for access costs during the period. Municipalities with a population between 25,001 and 50,000 inhabitants and a "very low" HDI have presented an increase of 108% in investment during the period. **Conclusions:** Despite the corrections in the value of the Pharmaceutical Basic Component counterpart by the MH in 2017 and 2019, the current form of financing for municipalities continues to bring impacts to the less favored municipalities, as these are the ones that are suffering the most from the increasing costs of medicines.