

A Fragmentação do Financiamento da Assistência Farmacêutica Básica no BrasilJosé Eduardo Manhães da Silva¹Lia Hasenclever²

Recebido em 03 de outubro de 2020

Aprovado em 13 de setembro de 2021

DOI: 10.18829/2122

Resumo

A política de Assistência Farmacêutica (AF) é uma ação de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais para o tratamento de doenças, composta por diversas dimensões. Atualmente, no Brasil, coexistem dois arranjos de dispensação de medicamentos básicos e essenciais que concorrem no que tange ao fomento de suas ações, visto que, a origem dos recursos de ambos é o Estado. **Objetivo:** Analisar em que medida o arranjo mais recente, pautado na parceria público-privada e instituído em 2004, comprometeu o fomento do arranjo público criado em 1990. **Metodologia:** Utilizaram-se como fontes o Fundo Nacional da Saúde (FNS) e o Ministério da Saúde (MS) para levantamento dos volumes e quantidades financiadas para os arranjos de AF básica existentes no período 2004/2019 e por meio de um índice de financiamento *per capita* comparou-se o desempenho dos dois arranjos. **Resultado:** Foi observado que o arranjo, implementado em 2004, comprometeu o financiamento da AF básica do SUS e reduziu o fomento direcionado ao arranjo público. **Conclusão:** A criação de um novo arranjo de AF básica, a princípio pensada como complementar ao arranjo já existente, fragilizou a dotação orçamentária para AF básica do SUS na medida em que passou a se tornar prioritário. Em que pese o aumento da capilaridade na AF com a multiplicação de redes credenciadas, não se pode concluir pela racionalidade da política quanto à melhor alocação dos recursos públicos.

Palavras Chave: Assistência Farmacêutica, Medicamentos Básicos e Essenciais, Sistema Único de Saúde, Unidades Básicas de Saúde.

Abstract

The policy of Pharmaceutical Assistance (AF, abbreviation in Portuguese) is an action of provisioning basic and essential drugs for the disease treatment, composed by a number of dimensions. Today in Brazil there are two arrangements for dispensing basic and essential drugs, which compete in terms of promoting their actions, since the origin of the resources of both is the Brazilian government. Objective: to analyze the extent to which the most recent arrangement, guided by the public-private partnership and established in 2004, has compromised the promotion of the public arrangement created in 1990. Methodology: The National Health Fund (FNS, abbreviation in Portuguese) and the Ministry of Health (MS) were

¹ Doutor em Planejamento Regional e Gestão da Cidades. Professor da Universidade Federal Fluminense/UFF - Campos dos Goytacazes/RJ - Brasil - ORCID: 0000-0002-4845-5480.

² Doutora em Engenharia de Produção e professora da Universidade Cândido Mendes - Campos dos Goytacazes/RJ e do Instituto de Economia - Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ - ORCID: 0000-0003-1384-6323.

used as sources to collect the volume and amount financed for the basic AF arrangements existing during 2004/2019, and by means of a per capita financing index, the performance of the two arrangements was compared. Result: it was noted that the arrangement implemented in 2004 compromised the financing of the basic AF of the Unified Health System (SUS, abbreviation in Portuguese) and reduced the promotion aimed at the public arrangement. Conclusion: the creation of a new basic AF arrangement, initially considered to complement the already existing arrangement, undermined the budget endowment for basic AF of SUS as it began to become a priority. In spite of the increase in the AF capacity with the multiplication of accredited networks, it is not possible to conclude on the best designation of public resources due to the rationality of the policy.

Keywords: Pharmaceutical Assistance, Basic and Essential Drugs, Unified Health System, Basic Health Units.

Introdução

A construção de políticas públicas voltadas a Assistência Farmacêutica (AF) demanda a observação de várias dimensões dentre as quais a de contexto político, cobertura territorial e de financiamento das ações voltadas ao alcance de seus objetivos. Pode-se datar a formulação de uma política pública de AF, no Brasil, a partir de 1971, com a criação da Central de Medicamentos (CEME)³. Ela estava abrigada na estrutura do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)⁴, e sua ação voltada para AF era totalmente financiada com recursos públicos da União.

Outro importante momento da política de AF foi a criação do Plano Diretor de Medicamentos (PDM), de 1973, no qual foram formuladas diretrizes e normas integradas e voltadas ao desenvolvimento do sistema farmacêutico nacional. Foi a partir desse Plano que se estabeleceu a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME (1977), objetivando a produção oficial de medicamentos básicos e essenciais (BELLO, 2009).

Através da RENAME, o Estado elencou uma lista de medicamentos básicos e essenciais para o tratamento de enfermidades críticas (AUREA *et al.*, 2011). Essa lista era também utilizada para a orientação de estados e municípios na composição de suas próprias listas de medicamentos (WANNMACHER, 2006, *apud* SANTOS; SOARES, 2018).

³ Decreto nº 68.806/71. A CEME foi extinta em 1993.

⁴ Lei nº 6.439/77.

O INAMPS foi extinto em 1993⁵ e suas funções, estrutura e formato de financiamento foram absorvidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS (1990), que descentralizou as ações de saúde do governo Federal para os estados e municípios (COSTA; SOUZA, 2010). O financiamento da AF permaneceu sendo uma obrigação do Estado. Entretanto, a responsabilidade de financiamento do governo federal passou a contar com a colaboração dos estados e municípios, cabendo a cada ente uma parcela do financiamento total. A distribuição dos medicamentos era feita nos Postos de Saúde e, posteriormente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A estrutura de AF básica, em 2004, de totalmente pública passou a ser uma parceria inicialmente público-pública, Ministério da Saúde (MS) e Fundação Oswaldo Cruz, e posteriormente, em 2006, uma parceria público-privada, com o credenciamento da rede de farmácias privadas pelo MS. Essa mudança foi operada com a criação do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB)⁶, extinto em 2017, permanecendo o arranjo do Programa Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP). Ambos os Programas em suas formulações eram pensados como complementares à estrutura do SUS, mas centralizados no Governo Federal no que tange a seu financiamento. Outra novidade dos Programas é que o financiamento dos medicamentos seria complementado pelo usuário através do mecanismo do copagamento (SILVA; CAETANO, 2015).

O copagamento na AF é uma modalidade de financiamento na qual o usuário arca financeiramente com parte do valor do medicamento. Esse formato de fomento possui diversas finalidades como, por exemplo: de ser utilizado como minimizador do uso não racional dos medicamentos, na medida em que a aquisição demanda desembolso financeiro do usuário, e de amenizar o desembolso de recursos públicos (SANTOS-PINTO, 2014). Porém, esse formato pode ser considerado contrário ao preceito proposto na Constituição Federal de 1988, no qual a gratuidade dos serviços de saúde fornecidos à população é um direito (ALENCAR *et al.*, 2018).

Em 2011, foi criado o programa “Saúde Não Tem Preço” (SNTP), que restabeleceu a gratuidade de parte dos medicamentos básicos e essenciais, especificamente aqueles para Diabetes e Hipertensão Arterial (2011) e para Asma (2012), distribuídos pelo PFPPB/ATFP para

⁵ Porém, as atividades do INAMPS só foram oficialmente encerradas em 1993, havendo então um período de transição e sobreposição de 1990 a 1993, período no qual o INAMPS e o SUS coexistiram (BERENGER, 1996; SOUZA R., 2002).

⁶ Lei nº 10.858/04.

doenças que exigem um tratamento contínuo, mas muitas vezes interrompido por incapacidade de pagamento dos usuários (SANTOS-PINTO, 2014; MANHÃES, 2019).

A hipótese analisada neste artigo é se, com a criação desse novo arranjo de AF, que deixou de ser totalmente público e instituiu complementarmente a parceria público-privada, teria havido concorrência entre os recursos provenientes do MS. Já que montante significativo dos recursos orçamentários, antes aplicados no setor público de saúde, direcionou-se para o pagamento dos medicamentos distribuídos pela iniciativa privada (farmácias). Em outras palavras, a pergunta que se quer responder é se o financiamento ao PFPB/ATFP fosse aplicado na provisão de medicamentos pela AF do SUS, o montante de financiamento a AF do SUS teria sido significativamente maior?

O objetivo do artigo é analisar em que medida o arranjo mais recente, pautado na parceria público-privada e instituído em 2004, comprometeu o fomento do arranjo público, criado em 1990, e como esse procedimento afeta o desempenho da Política de AF. A principal contribuição do estudo é observar se está havendo concorrência pelos recursos do MS no financiamento da AF e qual o impacto dessa concorrência para os usuários decorrente da divisão do financiamento com um segundo arranjo, com a mesma finalidade, porém, em parceria com a iniciativa privada. Com este propósito o artigo calcula de quanto o financiamento da AF promovida pelo SUS teria sido fortalecido se o financiamento ao PFPB/ATFP tivesse sido atribuído a AF do SUS.

Além dessa introdução e da conclusão, esse artigo está estruturado em três seções. A primeira seção apresentará a definição de AF e os objetivos da Política de AF, bem como as regras de seu financiamento. Na segunda seção se apresentará a metodologia do desenvolvimento do artigo e, na terceira seção, serão apresentados os resultados das análises realizadas sobre o financiamento das políticas públicas de AF.

Definição e objetivos da Política de Assistência Farmacêutica

Como apresentado na introdução, a formulação da Política de AF brasileira iniciou-se em 1971 e evoluiu até os dias de hoje com uma série de ações que mudavam o seu formato de financiamento. O objetivo desta seção é definir a AF a partir de suas ações específicas e explicitar os objetivos da Política de AF, bem como indicar como essas ações são financiadas.

A AF é uma atividade multidisciplinar, que para ser executada depende da interação de agentes de áreas técnicas, administrativas, financeiras, entidades de classe e fornecedores, com a finalidade de proporcionar acesso e o uso racional de medicamentos para a população (OSÓRIO-DE-CASTRO *et al.*, 2014; SANTOS; SOARES, 2018).

Ela é composta por:

...um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia de qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

O objeto de estudo deste artigo é a AF em seu nível básico de atenção, que tem por objetivo o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, por meio da articulação e criação de ações descentralizadas e executadas, principalmente, na esfera de governo municipal (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

O provisionamento público de medicamentos básicos e essenciais para a população é imperativo devido à necessidade de eliminar barreiras de cunho geográfico, econômico/financeiro e social, que impeçam o acesso da população, muitas vezes carente, para aquisição de medicamentos para seus tratamentos de saúde (BERMUDEZ *et al.*, 1999, *apud* COSENDEY, 2000).

A principal motivação e objetivo das ações da AF em seu nível básico de atenção é de melhorar o acesso aos medicamentos básicos e essenciais para os usuários sem condições financeiras para adquirir esses medicamentos e, assim, dar continuidade a seus tratamentos de saúde. Segundo o IBGE (2019), o Brasil tem aproximadamente 54,8 milhões de pessoas (27,4%), vivendo na pobreza⁷. Segundo Portela *et al.* (2010), a acessibilidade pode ser impossibilitada por questões relacionadas às condições socioeconômicas dos usuários, sendo, também, o acesso aos medicamentos mais difícil em localidades pobres (PORTELA *et al.*, 2010).

Esse cenário demanda ações do Estado e essa urgência acentua-se, pois, o Brasil, segundo Oliveira e Oneil (2012), deverá chegar aos anos 2030 com uma população de aproximadamente 221,1 milhões de pessoas e com uma razão de dependência total de cem pessoas em idade ativa, respondendo por 55,5 indivíduos na faixa etária não ativa, demandando maior ordenamento nas políticas públicas voltadas a saúde e AF básica.

A implementação da AF básica em um país de dimensões continentais como o Brasil e com dispersão da população mais carente por todo o seu território, traz desafios complexos para os agentes do setor público envolvidos. Existem muitos fatores dos quais dependem o nível de

⁷ Calculada a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD Contínua (IBGE, 2019).

acesso da população, como por exemplo, o financiamento das políticas públicas e o espraiamento territorial da rede de dispensação (OMS, 2004). De fato, o arranjo da política de AF é constituído por etapas como: seleção de medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, suporte farmacêutico, distribuição e dispensação (PORTELA *et al.*, 2010), formando um fluxo sequencial que pode ser prejudicado por uma falha em uma de suas etapas, como por exemplo: o financiamento, ocasionando, assim, uma ruptura no ciclo e a interrupção na dispensação de medicamentos aos usuários (BRASIL, 2007).

No SUS, como já informado, a operacionalização da AF básica envolve as três esferas de governo (União, estados e municípios) através de articulações permanentes (BRASIL, 2006). Já no PFPB seu funcionamento ocorria, na vertente pública, por meio da relação entre o Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, estados e municípios e, na vertente privada é operado pela relação direta entre o MS e as farmácias e drogarias privadas (MANHÃES, 2019).

Esse artigo quer estudar a dimensão do financiamento na AF voltada ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais. No processo de descentralização do SUS, o formato de financiamento a AF se deu, a partir de 1999, por meio do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica - IAFB (VIEIRA, 2010). Nesse formato, a União realizava repasses anuais de valor *per capita* aos estados, municípios e Distrito Federal, sendo esses pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (PIOLA *et al.*, 2009; AUREA, 2011; BRASIL, 2018). O financiamento às ações de AF do SUS nas UBS ocorre através de repasses aos estados e municípios realizados pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS⁸, sendo esse o gestor financeiro dos recursos destinados ao SUS, na esfera Federal (FNS, 2018).

O repasse é condicionado à elaboração, por parte dos estados, de um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica - PEAFB, que deve ser atualizado e aprovado anualmente pela Comissão de Intergestores Bipartite – CIB (BRASIL, 2007). Já para o município, para que esse tenha acesso ao IAFB, faz-se necessário assinar um termo de adesão ao PEAFB e deve, também, elaborar um Plano de Assistência Farmacêutica Básica - PAFB (BRASIL, 2001).

Porém, esse formato de financiamento ocasionou, em sua vigência, desabastecimento nos municípios, pois o valor estabelecido para o IAFB a ser repassado mostrou-se insuficiente para atender a demanda de medicamentos básicos e essenciais. O resultado foi a elevação dos gastos, devido à necessidade de complementação orçamentária, por parte dos municípios para

⁸ Decreto Nº 64.867/69.

aquisição desses medicamentos, em montante muito superior ao valor determinado como contrapartida municipal (BRASIL, 2007).

Assim, em 2006, os recursos federais destinados ao custeio de ações de saúde, inclusive AF, foram reorganizados em blocos de financiamento, sendo esses compostos conforme suas especificidades e nesse foi constituído, entre outros três blocos, o bloco da AF básica, denominado Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF, esse fragmentado em um valor *per capita* fixo destinado a aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica em atenção básica e uma parte variável destinada a aquisição de medicamentos e insumos de AF dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo⁹.

O CBAF é uma estratégia de gestão de financiamento da AF realizada através de repasses financeiros aos estados, municípios e Distrito Federal, alinhada ao entendimento de descentralização e de responsabilidade dos entes financiados. O montante *per capita* oriundo da União é repassado pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais, estaduais e do Distrito Federal. Os estados, em contrapartida, realizam repasse de recursos financeiros ou fornecem, diretamente, medicamentos aos municípios. Os municípios, também, devem realizar transferências destinadas a cobertura de ações de AF básica com os recursos do tesouro municipal (BRASIL, 2016).

Em 2017, com a finalidade de unificar as normas¹⁰ sobre o financiamento com recursos federais para as ações de AF básica do SUS, a União passa a considerar a classificação dos municípios segundo o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para realizar os repasses mensais dos recursos financeiros. Pode-se ter uma visão da evolução do valor do financiamento *per capita* anual entre os anos de 1999 e 2018 para o CBAF na Tabela 1.

Tabela 1: Valor *per capita* do Financiamento ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (R\$ correntes)

Esferas	1999	2005	2007	2009	2013	2017	2018
Federal	1,00	3,75	4,10	5,10	5,10	5,58	IDHM*
Estados	0,50	1,00	1,50	1,86	2,36	2,36	2,36

⁹ Portaria nº 698/2006.

¹⁰ Portaria de Consolidação nº 6/2017. Cabe mencionar que nessa ainda vigora a divisão do financiamento em seis blocos de custeio: (i) de Atenção Básica; (ii) de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; (iii) de Vigilância em Saúde; Bloco de Assistência Farmacêutica - Componente Básico; (iv) de Assistência Farmacêutica - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional; (v) de Gestão do SUS; e (vi) de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Vindo, essa divisão, a ser alterada pela Portaria nº 3.992/2017, a partir da qual passa a vigorar dois blocos: (i) de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e (ii) de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Municípios	0,50	1,00	1,50	1,86	2,36	2,36	2,36
Distrito Federal	0,50	1,00	1,50	1,86	4,72	4,72	4,72

Fonte: Elaboração própria com base nas Portarias nº 176/99 - 1.105/05 - 3.237/07 - 2.982/09 - 1.555/13, nº 2.001/17 (ago) e nº 6/2017 (set).

* Repasse concedido com base no IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) de cada município.

Esse novo formato de concessão do CBAF modifica a distribuição do repasse direcionando, escalonadamente, um valor *per capita* ano maior para municípios que possuam IDHM menores, conforme pode ser visto na Tabela 2, e promove um aumento no montante total de financiamento a AF, como será demonstrado na mais adiante (Tabela 3).

Tabela 2: Valor do CBAF baseado no IDHM dos Municípios

IDHM	Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto	Total
Repasse <i>per capita</i>	6,05	6,00	5,95	5,90	5,85	
% Aumento	3,42%	2,56%	1,71%	0,85%	0	
Norte	19	180	226	25	-	450
Centro Oeste	1	10	265	190	1	467
Sul	3	5	400	769	14	1.191
Sudeste	-	73	695	871	29	1.668
Nordeste	14	1.099	647	34	-	1.794
Total	37	1.367	2.233	1.889	44	5.570
Proporção %	0,7%	24,5%	40,1%	33,9%	0,8%	100,00%

Fonte: Elaborada pelos autores a partir de dados do IBGE (2017/2019) e do MS (2020).

Dessa forma, para os municípios que possuíssem categorização do IDHM como “*muito alto*” foi mantido o valor *per capita* já praticado (R\$ 5,85). Para municípios com IDHM “*alto*” a mudança promoveu um aumento de 0,85% (R\$5,90), para municípios com IDHM “*médio*” o incremento foi da ordem de 1,71% (R\$5,95), para municípios com IDHM “*baixo*” o reajuste foi de 2,56% (R\$6,00) e para municípios com IDHM “*muito baixo*” 3,42% de aumento (R\$6,05), implementando um reajuste diferenciado, buscando proporcionar melhor equidade na AF entre os municípios.

Metodologia

O objetivo do trabalho é mostrar a concorrência do financiamento à AF básica entre os dois programas vigentes hoje no Brasil: de um lado o SUS e, de outro, o PFPB/ATFP. A seguir se demonstrar que o dispêndio dos recursos voltado para o PFPB/ATFP, se empregado no programa do SUS teria melhor resultado.

A metodologia empregada é descritiva e exploratória. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram: revisão bibliográfica sobre o tema em literatura científica e documentos

oficiais sobre AF e coleta e análise de dados estatísticos com o objetivo de construir uma série do financiamento aplicado nos dois programas concorrentes entre 2004 e 2019.

A seguir para demonstrar que os valores aplicados ao PFPB/ATFP teriam um melhor resultado se tivessem sido direcionados para o programa do SUS, formulou-se um índice de financiamento *per capita* (R\$_{pc}PFPB/ATFP), equivalente ao CBAF utilizado para o financiamento da AF no SUS.

Esse índice é calculado com base no financiamento dos medicamentos fornecidos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil. Com base nos repasses realizados, pelo MS para o PFPB/ATFP, no período 2004/2019, divididos pelo somatório da população do Brasil, apurou-se um índice monetário *per capita*.

$$R\$_{pc}PFPB/ATFP = \frac{\text{Financiamento anual total do PFPB/ATFP}}{\text{População Brasil Total estimada}}$$

Assim, após o cálculo do real *per capita* do PFPB/ATFP (R\$_{pc}PFPB/ATFP), esse será comparado com o valor *per capita* médio da CBAF praticado para o financiamento do SUS.

Os dados foram obtidos diretamente dos sítios eletrônicos de órgãos governamentais como: Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Portal Brasileiro de Dados Abertos, Fundação Oswaldo Cruz e o Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão, através da Lei de Acesso a Informação - LAI¹¹. Cabe salientar, a dificuldade encontrada para obtenção de dados, principalmente a partir de 2019, obstáculo parcialmente ultrapassado com a utilização da ferramenta, acessada pela internet, viabilizada a partir da Lei nº 12.527/11, conhecida como “Lei de Acesso a Informação” – LAI.

Já o tratamento estatístico dado às informações numéricas desse artigo foi realizado através do *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, com vista à apuração mais acurada das informações quantitativas e estatísticas. Os valores monetários foram corrigidos com base no Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA¹², do IBGE¹³, sendo o ano base considerado o de 2019, permitindo assim a comparação temporal dos valores.

¹¹ Cabe destacar, que a dificuldade inicialmente encontrada para obtenção de dados, obstáculo ultrapassado pela ferramenta, acessada pela internet, viabilizada a partir da Lei nº 12.527/11, conhecida como “Lei de Acesso a Informação” – LAI.

¹² O IPCA é o indicador oficial do Governo Federal para aferição das metas inflacionárias, assim como, segundo art. 4º, da Lei nº. 10.742/03 é o índice que deve ser utilizado pela indústria farmacêutica para promover reajustes dos preços dos medicamentos.

¹³ Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Índices de Preços, Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor.

Resultados e Discussão

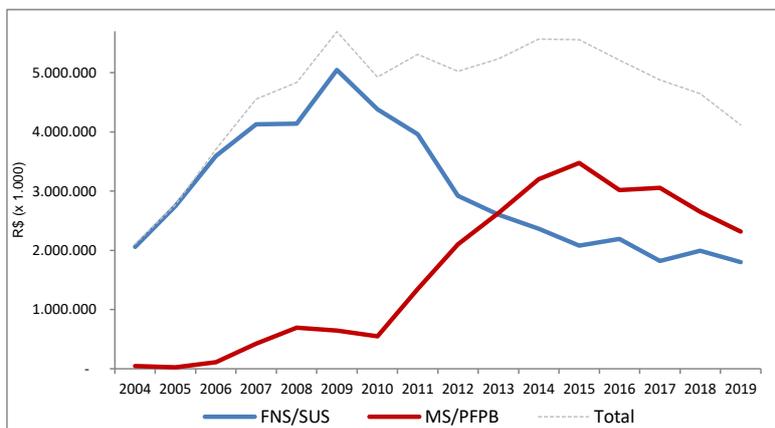
Esta seção será dividida em duas subseções: A primeira apresenta a evolução do financiamento da AF no período de 2004 a 2019. A segunda apresenta os resultados do exercício hipotético realizado para demonstrar que, se o financiamento aplicado ao PFPB/ATFB fosse aplicado no programa do SUS, os resultados de acesso seriam melhores.

Evolução do financiamento da Assistência Farmacêutica entre 2004 e 2019

Atualmente, no Brasil, a aquisição de medicamentos básicos pode ocorrer através de: (i) farmácias do SUS, isto é, nas UBS, e (ii) farmácias privadas. Nas farmácias do SUS, o medicamento é adquirido sem ônus para o usuário, enquanto que nas farmácias privadas o usuário tem que pagar 10% do valor do medicamento, exceto para os Programas Hiperdia e Asma a partir de 2011 e 2012, respectivamente. No SUS o valor integral do medicamento, portanto, é financiado pelo Estado, enquanto que nas farmácias privadas, o Estado financia 90% dos medicamentos essenciais e 100% dos medicamentos dos Programas Hiperdia e Asma (MANHÃES, 2019).

Apresenta-se no Gráfico 1, a evolução da subvenção, por parte do Estado, no período de 2004 até 2019, referente ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais nos dois Programas concorrentes.

Gráfico 1: Evolução do Financiamento da AF para o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais – 2004/2019 (R\$ mil constantes, base 2019 - IPCA).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do LAI/MS (2020).

Em 2004, o valor total financiado da AF representava R\$ 2.105 milhões, atingindo seu auge em 2009 com R\$ 5.692 milhões. Em 2019, houve uma queda e o valor foi de R\$ 4.115 milhões,

abaixo do montante financiado em 2007, ainda que bem acima daquele de 2004 (linha pontilhada do Gráfico 1). Observa-se, então, um crescimento anual médio real, no período analisado, da ordem de 6,3%, no fomento das ações de AF de medicamentos básicos e essenciais.

O montante **acumulado** de financiamento, decorrente da evolução no período 2004/2019 (Gráfico 1), voltada ao financiamento das ações de AF de medicamentos básicos, incluindo o fomento à dispensação no SUS e no PFPB/ATPP, totalizam R\$ 74.111 milhões. Em relação ao montante total, a maior parte foi destinada a AF básica do SUS (FNS/SUS): R\$ 47.827 milhões (64,5%), ficando para o PFPB/ATFP (MS/PFPB) apenas R\$ 26.283 milhões (35,5%).

A partir de 2009, entretanto, percebe-se uma redução do financiamento da AF no SUS e, a partir de 2010, um aumento no fomento do PFPB/ATFP (ver Gráfico 1) e desde então os recursos destinados ao financiamento do segundo suplantam os do primeiro. No período de 2015 a 2019, o financiamento total continua declinando devido à redução do financiamento da AF nas UBS e à ação da União em reduzir a margem da Indústria Farmacêutica nas vendas realizadas no ATFP¹⁴.

A partir de 2018, com a modificação no método de repasses do CBAF, observa-se a concessão de um reajuste de valores, com base no IDHM, conjuntamente a um reposicionamento, positivo, no que tange a realização de uma distribuição, de recursos financeiros, mais equitativos, conforme pode-se verificar na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição da CBAF nos Municípios por Região do Brasil (x 1.000)

IDHM	Nº Municípios	%	R\$ CBAF 2017*	R\$ CBAF 2019**	% Aumento
Muito Baixo	37	0,7%	4.052	4.394	8,4%
Baixo	1.367	24,5%	125.447	134.890	7,5%
Médio	2.233	40,1%	248.238	264.698	6,6%
Alto	1.889	33,9%	610.293	645.292	5,7%
Muito Alto	44	0,8%	184.587	193.519	4,8%
Total	5.570	100,0%	1.172.617	1.242.793	6,0%

Fonte: Elaborada pelos autores a partir de dados do IBGE (2017/2019) e do MS (2017).

* Valores estimados com base no valor do CBAF multiplicado pela população de cada município.

** Valores de repasses estimados segundo Portaria de Consolidação nº 6/2017.

Percebe-se que, entre o montante total anterior do CBAF e o atual, ambos com base nos valores anuais *per capita* definidos, foi concedido um reajuste total de 6,0%, porém, com

¹⁴<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/11/1936688-para-reduzir-gastos-gestao-temer-quer-rever-distribuicao-de-remedio.shtml>.

Comentado [LH1]: É isso mesmo? Ou seja somada os quinze anos?

diferenças, conforme classificação do IDHM, nos montantes repassados, resultando em percentuais de reajustes diferentes variando entre 4,8% e 8,4% em relação ao exercício no qual o repasse ocorria com base em um único valor *per capita* para todos os municípios. Essa mudança significou, para o montante repassado em 2017, um incremento em relação a 2016. No entanto, a partir do exercício de 2018, o volume de repasses retomou sua tendência de decréscimo, conforme pode ser verificado no Gráficos 1.

Na segunda vertente do PFPB, denominada ATFP¹⁵, composta por unidades da rede privada de farmácias, o provisionamento ocorre, como informado, com subsídio de 90% por parte do Estado e o valor restante (10%) de responsabilidade dos usuários (MS, 2006). No período de 2006 a 2019. Esse subsídio representava um montante total estimado de desembolso por parte da população na ordem de R\$ 497.198 mil.

Além disso, o ATFP possui um aspecto controverso, em termos de sua relação com o orçamento público, pois essa vertente não possui nenhuma limitação ou teto orçamentário, sendo o subsídio concedido derivado da cobertura da demanda dos medicamentos dispensados aos usuários nos balcões da rede credenciada, podendo assim, inviabilizar o planejamento orçamentário por parte do MS.

Existe a interpretação, na literatura que aborda a questão, de que o financiamento ao PFPB concorre com o fomento da AF realizado pelo SUS (MACHADO, 2008, *apud* SILVA e CAETANO, 2015), sendo esse, também, o entendimento de Baptista *et al.* (2009, *apud* SILVA e CAETANO, 2015). Assim a proposição de que o PFPB absorve parte dos recursos direcionados para AF, que antes destinavam-se unicamente ao SUS para dispensação gratuita de medicamentos básicos e essenciais é um aspecto recorrentemente observado desde a criação do PFPB por vários autores.

A contribuição original deste artigo é realizar um exercício hipotético de redirecionamento dos recursos pagos pelo Estado às farmácias privadas para o SUS, desenvolvido na subseção seguinte.

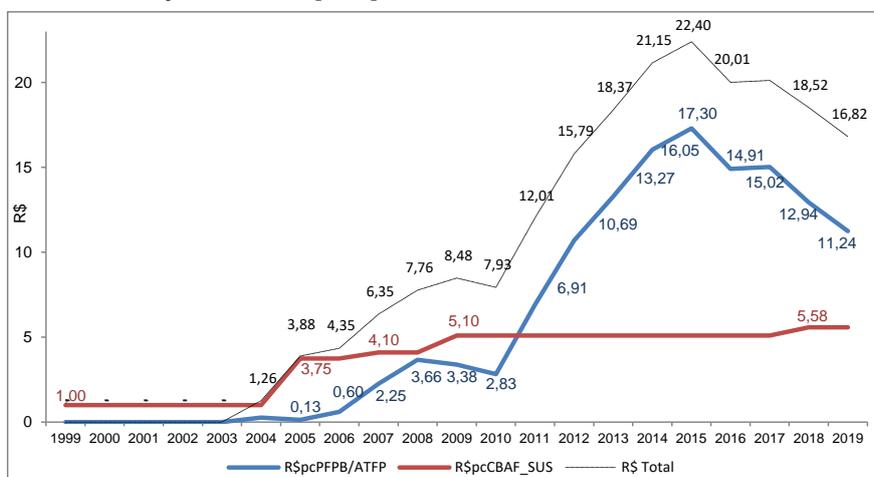
Exercício hipotético de redirecionamento do fomento do PFPB/ATFP para o SUS

Esse exercício volta-se para a questão do impacto, negativo, que a criação de um novo arranjo de AF, denominado PFPB, impôs ao financiamento realizado a AF de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais promovida pelo SUS.

¹⁵ Portaria Nº 491, de 9 de março de 2006.

No Gráfico 2, demonstra-se a evolução do valor *per capita* ano do CBAF a ser repassado pela União para fins de compra de medicamentos básicos e essenciais aos estados e municípios ($R\$_{pc}CBAF_SUS$). Essa trajetória inicia-se em 1999 com o valor de R\\$1,00 (Tabela 1) e, em 2018, estabelece-se com o valor de R\\$5,58. Nesse mesmo gráfico, é demonstrada a evolução do $R\$_{pc}PFPB/ATFP$ apurado anualmente, conforme descrito na metodologia desse artigo.

Gráfico 2: Evolução anual do R\$ per capita do Financiamento da Assistência Farmacêutica.



Fonte: Elaborada pelos autores a partir de dados do IBGE (2017/2019) e do MS (2020).

O ápice dos valores per capita pagos no financiamento de medicamentos ao PFPB/ATFP ocorre em 2015 e representa R\$17,30 *per capita* ano. A linha preta demonstra o valor *per capita* ano derivado do somatório dos valores, a cada ano, pagos ao SUS e ao PFPB/ATFP, e nessa linha, também em 2015, observa-se o valor máximo da série, sendo esse de R\$22,40, reduzindo-se até R\$16,82 em 2019.

Diante da constatação de que, em média, os valores subsidiados para o Hiperdia custavam 30,0% a mais do que os praticados pelo mercado, o MS discutiu com a indústria farmacêutica a necessidade de reduzir o valor pagos pelos medicamentos fornecidos pelas farmácias privadas. Adotou-se os preços propostos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), e manteve-se a margem geral de 40,0% para os estabelecimentos credenciados do PFPB/ATFP, o que já é superior a margem máxima permitida pela regulação aos estabelecimentos privados (33%). O resultado dessas ações pode ser percebido pela inflexão

negativa no montante de financiamento ao ATFP e representado, na curva $R\$_{pc}PFPB/ATFP$ a partir de 2015 (Gráfico 2).

Assim sendo, considerando-se que: (i) o PFPB/ATFP não houvesse sido implementado e (ii) que os recursos direcionados ao mesmo, tivessem sido direcionados a AF básica do SUS, pode-se concluir que, o valor do CBAF em 2019 seria de R\$16,82, e considerando-se o formato de repasses instituído em 2017, com base no IDHM, a composição e montante total de repasse anual destinado aos municípios seria conforme demonstrado na Tabela 4:

Tabela 4: Nova Distribuição da CBAF nos Municípios por Região do Brasil (x 1.000)

IDHM	Nº Municípios	Novos valores <i>per capita</i> *	R\$ CBAF 2017**	R\$ Total da CBAF IDHM***	% Aumento
Muito Baixo	37	18,30	4.052	13.292	228,0%
Baixo	1.367	17,70	125.447	397.926	217,2%
Médio	2.233	17,25	248.238	767.403	209,1%
Alto	1.889	16,96	610.293	1.854.943	203,9%
Muito Alto	44	16,82	184.587	556.409	201,4%
Total	5.570	100,00%	1.172.617	3.589.973	206,2%

Fonte: Elaborada pelos autores a partir de dados do IBGE (2017/2018) e do MS(2017).

* Valores resultantes da apropriação do montante de financiamento realizado para o PFPB em 2019

** Valores estimados com base no valor do CBAF multiplicado pela população de cada município.

*** Valores de repasses totais estimados com base no IDHM de cada município e no $IF_{cp}PFPB$.

Dessa forma, os municípios teriam o financiamento total de suas ações de AF básica, por meio do SUS, aumentadas, na média, na ordem de 206,2%, significando um expressivo aumento no fomento voltado ao atendimento da AF básica e assim, no exercício de 2019, o montante financiado seria maior (55,1%) do que o montante total real gasto que foi da ordem de R\$ 2.314.473 mil.

O redirecionamento do montante total do financiamento para o SUS proporcionaria certas vantagens dentre as quais: (i) aplicação plena dos recursos em serviços públicos, (ii) evitaria a transferência de recursos públicos para a atividade privada, na qual a lógica é a obtenção de lucro, (iii) fortaleceria a AF básica do SUS e (iv) manteria adequadamente a rede de 37.690 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas em todo território nacional, que possui um espraiamento territorial maior do que o da rede privada credenciada (MANHÃES, 2019).

Conclusões

Apesar do aumento percebido no financiamento da AF destinada ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais (Gráfico 1), a partir de 2004, percebe-se o fracionamento do

mesmo entre os dois arranjos existentes, com significativo direcionamento ao PFPB/ATFP e estagnação do montante para fomento da AF básica no SUS (Gráfico 2), minimizando assim a possibilidade de adequação e efetivação da dispensação de medicamentos básicos e essenciais nas unidades do SUS.

Conclui-se que o provisionamento de medicamentos básicos, promovido pela rede do SUS, seria alavancado com o redirecionamento dos recursos destinados a rede do PFPB/ATFP, se esse não tivesse sido implementado. Constatou-se que o incremento no financiamento as ações de AF básica do SUS seria da ordem de 206,2%, em 2019, em relação ao que foi realizado em 2017, o que promoveria melhores condições para a dispensação desses medicamentos no SUS, supondo que a rede de distribuição do SUS tem um melhor alcance em regiões com menores índices de adensamento populacional e menores níveis de renda *per capita*.

Assim sendo, a hipótese de que se o financiamento a PFPB fosse aplicado na AF do SUS, essa vertente da AF teria duplicada sua capacidade de provisionar medicamentos básicos e essenciais para a população através de um canal público, confirma-se.

Os desdobramentos decorrentes do atual formato de duplo financiamento ad AF básica poderão levar a perpetuação do atual cenário no qual: (i) a AF do SUS atua de forma ineficiente no atendimento da população e assim presta um serviço público precário, e (ii) o financiamento ao PFPB, mais intenso, continuará drenando recursos públicos diretamente para a iniciativa privada. A principal limitação deste artigo é que ele está baseado em um recurso analítico hipotético. Pesquisas futuras investigando o grau de satisfação dos usuários com cada um dos Programas abrem uma interessante linha de pesquisa futura.

Referências

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva *et al.* Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 159-172, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000600159&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: jan. 2019.

AUREA, Adriana Pacheco *et al.* Programas de Assistência Farmacêutica do Governo Federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008. Brasília: Ipea, 2011. 70 p.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L.. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p.1207-1220, jun. 2010.

BELLO, Carmen Barata. Acesso a medicamentos: experiência da população de baixa renda na Região do Butantã. 2009. 130 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2009.

BERENGER, Mercêdes Moreira. Descentralização ou Desconcentração: AIS - SUDS - SUS. 1996. 79 f. Dissertação (Mestrado Administração Pública) -Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica: O que é e como funciona. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p.

BRASIL. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília, BRASIL, 13 abr. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Farmácia Popular do Brasil - Rede própria. Brasília: MS, 2004. 76 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília, DF: Círculo de Brasília, 2006. 100p.

BRASIL. CONASS (Org.). Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: Conass, 2007. 186 p. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/470-sctie-ra>. Acesso em: 29 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão: Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica 2009-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 144 p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 22 set. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.001, de 15 de agosto de 2017. Normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Edição: 156, seção 1, p. 41. 2017.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 6, 3 de outubro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Suplemento 190, Seção 1 – 03/10/2017, p. 569, 2017.

BRASIL. Portaria nº 3.992, de 28 de julho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 87. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estrutura do SUS. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus>. Acesso em: 16 abr. 2018.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42878-farmacia-popular-garante-mais-acesso-e-nao-muda-para-usuario>. Acesso em: 25 abr. 2020.
- COSENDEY, Marly Aparecida Elias. Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: um Estudo Multicêntrico em 5 Estados do Brasil. 2000. 358 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.
- COSTA, Iris do Céu Clara; SOUZA, Georgia Costa de Araújo. O Sus nos Seus 20 Anos: Reflexões Num Contexto de Mudanças, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.
- FNS. Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br>. Acesso em: 11 out. 2018.
- MANHÃES, Eduardo. Arranjos de Provisão de Medicamentos Básicos e Essenciais: análise do Programa Farmácia Popular do Brasil. 2019. 180 f. Tese (Doutorado) - Curso de Planejamento Regional e Gestão da Cidade, Universidade Cândido Mendes, Campos dos Goytacazes, 2019.
- IBGE, Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2019. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 maio 2020.
- OLIVEIRA, Antônio Tadeu Ribeiro de. ONEILL, Maria Monica Vieira Caetano. Cenário sociodemográfico em 2022/2030 e distribuição territorial da população. uso e ocupação do solo. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 41-93. vol. 2. ISBN 978-85-8110-016-6.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Equitable Access to essential medicines: a framework for collective action: 2004. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 12 mar. 2018.
- OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa *et al.*(Org.). Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 469 p.
- PIOLA, Sérgio Francisco *et al.* Vinte anos da Constituição de 1988: O que significaram para a saúde da população brasileira?. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (org.). Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte Anos da Constituição Federal. Rio de Janeiro: Ipea, 2009. p. 97-172.
- PORTELA. Alyne da Silva *et al.* Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, Campina Grande, v. 1, n. 31, p. 9-14, 24 abr. 2010.
- SANTOS, Rosana Isabel dos; SOARES, Luciano (Org.). Saúde e Cidadania. In: Rosana Isabel dos Santos *et al.* (Florianópolis) (Org.). Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica. Florianópolis: UFSC, 2018. cap. 2, p. 59-112.
- SANTOS-PINTO, Claudia Du Bocage. Copagamento como Ampliação do Acesso a Medicamentos: Programa Farmácia Popular do Brasil. In: Osório-de-Castro, Claudia Garcia Serpa *et al.* Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. cap. 24. p. 355-362.

SILVA, Rondonelli Mendes da; CAETANO, Rosangela. Programa: caracterização e evolução entre 2004-2012. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2943-2956, out. 2015.

SOUZA, R.. Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. 101 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Saúde) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf. Acesso em: 03 abr. 2018.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 149-56, 2010.