

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Gastos governamentais com medicamentos nos municípios brasileiros
no período de 2009 a 2012”***

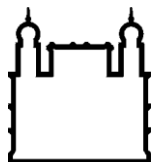
por

Camila Rocha da Cunha

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Marismary Horsth De Seta
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Carla Lourenço Tavares de Andrade*

Rio de Janeiro, abril de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

***“Gastos governamentais com medicamentos nos municípios brasileiros
no período de 2009 a 2012”***

apresentada por

Camila Rocha da Cunha

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Lusiele Guaraldo

Prof.^a Dr.^a Claudia Cristina de Aguiar Pereira

Prof.^a Dr.^a Marismar Horsth De Seta – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 14 de abril de 2014.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

- C972 Cunha, Camila Rocha da
Gastos governamentais com medicamentos nos municípios brasileiros no período de 2009 a 2012. / Camila Rocha da Cunha. -- 2014.
vii,84 f. : tab. ; graf.
Orientador: De Seta, Marismar Horsth Andrade, Carla Lourenço Tavares de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
1. Assistência Farmacêutica. 2. Financiamento da Assistência à Saúde. 3. Gastos em Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Preparações Farmacêuticas. 6. Cidades. I. Título.

CDD - 22.ed. – 615.10981

Agradecimentos

A Deus, por ter sido capaz de me superar a cada momento e por manter vivo em mim o inconformismo da juventude.

À minha mãe, Bernardete, por todos os anos de dedicação, quando o meu bem-estar foi prioridade em sua vida, e por acreditar em mim.

A meu pai, Vitor Hugo, por me incentivar a estudar desde menina.

A meu marido, Alexandre, pelo apoio e por me encorajar a seguir em frente nos momentos difíceis.

À minha filha, Maria Julia, pela paciência em todos os momentos de ausência, dedicados ao mestrado, e por seu carinho em todos os momentos.

À minha “filhinha” Sofia, pela companhia e carinho incondicionais.

A meu avô Abílio (*in memorian*), por me ajudar em todos os momentos que precisei e por ser meu exemplo de vida.

À minha orientadora, Dra. Marismary Horsth De Seta, por ter me ensinado o caminho para chegar até aqui e pela sua amizade.

À minha coorientadora Carla Lourenço Tavares de Andrade, pela valiosa contribuição na minha dissertação.

A todos os professores do curso de mestrado em Saúde Pública e aos meus colegas de turma, pelo conhecimento adquirido e pela experiência engrandecedora que foi conviver com pessoas como vocês.

Além disso, agradeço aos meus parentes, amigos e colegas de trabalho pela força e pelo incentivo.

RESUMO

A Assistência Farmacêutica Básica (AFB) é parte fundamental do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) por seu papel primordial de fornecer medicamentos seguros e eficazes para a população no contexto da Atenção Básica. Esta tem sido o foco dos gestores devido à sua importância no combate à maioria das doenças prevalentes no país e pelo seu papel na reorientação do SUS. O estudo, de natureza quantitativa, concentrou-se nos gastos informados com medicamentos da AFB e na sua evolução no período 2009 a 2012. Os dados financeiros foram obtidos dos sítios eletrônicos do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), ambos pertencentes ao Ministério da Saúde. Indicadores socioeconômicos, demográficos, de saúde e de assistência à saúde municipais foram também correlacionados com o gasto governamental *per capita* com medicamentos da AFB, através do método estatístico de Correlação de Spearman. Dentre os resultados, o Programa Farmácia Popular do Brasil – rede credenciada – apresentou crescimento muito superior aos 38% do Componente Básico da AF, entre os anos de 2009 a 2012. Além disso, observou-se que o crescimento do gasto total com medicamentos da AFB foi de 242% e o do gasto total com saúde dos municípios, de 21%, no mesmo período. Os percentuais de mulheres e de pessoas com mais de 60 anos de idade e o total de postos de trabalho de farmacêuticos/bioquímicos apresentaram forte correlação positiva com o gasto governamental *per capita* com medicamentos da AFB. Os indicadores “total de postos de médicos de família” e “número de equipes de saúde da família *per capita*” apresentaram forte correlação negativa com a variável dependente “gasto governamental *per capita* com medicamentos da AFB”. O gasto com medicamentos do Componente Básico da AF parece sofrer grande influência do baixo volume de recursos financeiros a ele destinados, quando comparado ao volume de recursos destinado ao Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) – rede credenciada, o que parece se refletir diretamente no desabastecimento observado nas farmácias públicas do país. Outro destaque no estudo é a forte correlação existente entre a presença da Estratégia de Saúde de Família (ESF) no município e o decréscimo no gasto governamental com medicamentos da AFB, parecendo sinalizar um impacto positivo da ESF.

Palavras-chave: assistência farmacêutica; financiamento da saúde; gastos em saúde; atenção primária à saúde; medicamentos; municípios.

ABSTRACT

Pharmaceutical Assistance in primary health care is a fundamental part of the primordial role that national health system, that is the supply of safe and effective drugs to the population. The primary health care has been a focus of managers due to its importance in combating the most prevalent diseases in the country and his role in the reorganization of the Brazilian national health care. The quantitative research was based on the informed primary health care drugs spending and its behavior during the period of 2009-2012. The financial data were obtained from the public health budget information system (Siops) and strategic management room (SAGE) which are Brazilian Health Ministry websites. The Spearman correlation, a statistic method, correlated socioeconomic, demographic, health care and health indicators with *per capita* government spending on primary health care drugs. The results demonstrated that the Brazilian Popular Pharmacy Program (private-sector-managed category) spending increased much more than the Pharmaceutical Assistance Basic Component in the same period. The total health expenditure increased 21% while the primary health care drugs expenditure 242%. The percentage of woman in population, elderly people and pharmacist and biochemist jobs showed strong positive correlation with the primary health care drugs expenditure. The total family doctors jobs and the number of family health teams showed strong negative correlation with the primary health care drugs expenditure. The shortage of public pharmacies seems to be a consequence of the low investment on the Pharmaceutical Assistance Basic Component. Another study highlight is the strong correlation between Family Health Strategy and the lower primary health care drugs spending. It may be a signal that Family Health Strategies working out.

Key words: pharmaceutical services; health financing; health expenditures; primary health care; drugs for primary health care

Lista de Figuras, Gráficos, Quadros e Tabelas

FIGURA 1: INSERÇÃO DAS PRÁTICAS FARMACÊUTICAS NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE	5
FIGURA 2: CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	6
GRÁFICO 1: EVOLUÇÃO DOS GASTOS GOVERNAMENTAIS COM MEDICAMENTOS DA AFB EM REAIS. BRASIL, 2009-2012.....	43
GRÁFICO 2: NÚMERO TOTAL DE FARMÁCIAS PRIVADAS CREDENCIADAS AO PFPB. BRASIL, 2009-2012. .	44
GRÁFICO 3: PERCENTUAL DE CRESCIMENTO DOS GASTOS COM SAÚDE E COM MEDICAMENTOS DA AFB. BRASIL, 2009-2012.....	52
GRÁFICO 4: PERCENTUAL DE CRESCIMENTO DOS GASTOS COM SAÚDE E COM COMPONENTE BÁSICO DA AF. BRASIL, 2009-2012.....	52
QUADRO 1: BASE DE CÁLCULO PARA OS RECURSOS MÍNIMOS A SEREM APLICADOS PELOS ESTADOS, DF E MUNICÍPIOS NA SAÚDE, DE ACORDO COM A LC Nº. 141/12	22
QUADRO 2: INDICADORES DE GASTO COM MEDICAMENTOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA. BRASIL, 2013	41
QUADRO 3: INDICADORES MUNICIPAIS SELECIONADOS. BRASIL, 2012.	42
TABELA 1: PORCENTAGEM DE CRESCIMENTO REAL NOS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE EM ALGUNS PAÍSES-MEMBROS DA OECD	26
TABELA 2: VALORES EXECUTADOS EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO, NOS ANOS DE 2000 E 2005. BRASIL, 2006.	28
TABELA 3: VALORES GASTOS COM MEDICAMENTOS POR HABITANTE. OECD, 2005.	29
TABELA 4: GASTOS MUNICIPAIS PER CAPITA COM SAÚDE E COM MEDICAMENTOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA, AGREGADOS SEGUNDO ESTADOS FEDERADOS, REGIÕES E BRASIL, EM REAIS. BRASIL, 2009 E 2010.	46
TABELA 5: GASTOS MUNICIPAIS PER CAPITA COM SAÚDE E COM MEDICAMENTOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA, AGREGADOS SEGUNDO ESTADOS FEDERADOS, REGIÕES E BRASIL, EM REAIS. BRASIL, 2011 E 2012.	47
TABELA 6: GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE E COM MEDICAMENTOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA POR 10.000 HABITANTES, AGREGADOS SEGUNDO ESTADOS FEDERADOS, REGIÕES E BRASIL, NO ANO DE 2009, EM REAIS. BRASIL, 2009	48
TABELA 7: GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE E COM MEDICAMENTOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA POR 10.000 HABITANTES, AGREGADOS SEGUNDO ESTADOS FEDERADOS, REGIÕES E BRASIL, NO ANO DE 2012, EM REAIS. BRASIL, 2012	49
TABELA 8: CRESCIMENTO PERCENTUAL DOS GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE E COM MEDICAMENTOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA, AGREGADOS SEGUNDO ESTADOS FEDERADOS, REGIÕES E BRASIL. BRASIL, 2009 E 2012	51
TABELA 9: COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN, PARA OS INDICADORES SELECIONADOS, COM A VARIÁVEL “GASTO COM MEDICAMENTOS DA AFB”. BRASIL, 2013.	54

Lista de Abreviaturas e Siglas

AF	Assistência Farmacêutica
AFB	Assistência Farmacêutica Básica
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMS	Assistência Multidisciplinar de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC-Onco	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CEME	Central de Medicamentos
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCB	Denominação Comum Brasileira
DCI	Denominação Comum Internacional
DF	Distrito Federal
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis/Acquired Immunodeficiency Syndrome
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FPO-GRAT	Farmácia Popular – Gratuidade
FPO-GRAT-SM	Farmácia Popular – Gratuidade – Brasil Sem Miséria
FPO-SUBS	Farmácia Popular – Subsidiado
FPO- SUBS-SM	Farmácia Popular – Subsidiado – Brasil Sem Miséria
GAP	Guia de Autorização de Pagamento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestações de Serviços
IGP-M	Índice Geral de Preços do Mercado
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Social
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
ISS	Imposto sobre Serviços
ITBI	Imposto de Transmissão sobre Bens Imóveis
ITCMD	Imposto de transmissão <i>causa mortis</i> e doação
ITR	Imposto sobre Propriedade Territorial Rural
LC	Lei Complementar
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NPH	Neutral Protamine de Hagedorn
OECD	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
POP	Procedimentos Operacionais Padrões
PORT	Portaria

PORT GM	Portaria Gabinete do Ministro
PSF	Programa Saúde da Família
RDC	Resolução Diretoria Colegiada
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RES	Resolução
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SICAF	Sistema de Cadastro de Fornecedores
SIOPS	Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

Sumário

INTRODUÇÃO.....	1
Justificativa	4
REFERENCIAL TEÓRICO.....	5
A Assistência Farmacêutica e seu Ciclo.....	5
A Assistência Farmacêutica como direito do cidadão brasileiro.....	14
Financiamento da Assistência Farmacêutica no Brasil	17
Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde	23
Gastos Governamentais com Saúde	26
Gastos Governamentais com Medicamentos	28
Alguns fatores condicionantes do gasto com medicamentos e do seu aumento	33
OBJETIVO GERAL.....	36
Objetivos Específicos.....	36
MATERIAIS E MÉTODOS.....	37
As fontes dos dados e a população do estudo	37
Tratamento dos dados e construção dos indicadores.....	39
RESULTADOS	43
Evolução dos gastos governamentais com medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica no período de 2009-2012.....	43
Correlação do gasto com medicamentos da AFB no ano de 2012 com indicadores municipais	53
DISCUSSÃO	55
Evolução dos gastos governamentais com medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica no período de 2009-2012.....	55
Correlação do gasto com medicamentos da AFB no ano de 2012 com indicadores municipais	60
Considerações Finais	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE	77
Apêndice 1: Municípios excluídos da evolução do gasto com medicamentos da AFB. Brasil 2009-2012	78
Apêndice 2: Municípios excluídos da correlação de indicadores municipais com o gasto com medicamentos da AFB. Brasil, 2012.....	80

INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica se apresenta, nos dias de hoje, como componente imprescindível na assistência à saúde em razão de sua atividade finalística ser o fornecimento de medicamentos, e estes se constituírem em elemento crucial no modelo de atenção à saúde preponderante atualmente.

A Assistência Farmacêutica baseia-se em ações que visam garantir o acesso da população a medicamentos e objetiva que estes sejam de qualidade, eficazes e seguros e que estejam disponíveis na quantidade certa e no momento adequado.

Essas ações constituem o Ciclo da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004) que correspondem a: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização de medicamentos (prescrição, dispensação e uso). Para que o ciclo se concretize, são fundamentais o financiamento, o gerenciamento, recursos humanos, ou gestão do trabalho na saúde, sistemas de informações, controle e avaliação em cada etapa do processo. Esse estudo aborda parte das questões financeiras, do financiamento –gastos governamentais informados com medicamentos – para contribuir com a gestão da Assistência Farmacêutica.

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (1990), se estabeleceu o direito de acesso à prestação de ações e de serviços de saúde, de maneira universal e integral, incluindo a Assistência Farmacêutica.

Ao longo dos anos, um arcabouço legal foi sendo construído em torno da Assistência Farmacêutica (AF). Atualmente a responsabilidade sobre o financiamento e a aquisição de medicamentos é repartida entre as três esferas de governo.

Com o compromisso do Estado em fornecer gratuitamente, ou de forma subsidiada, um elenco mínimo de medicamentos para tratamento das enfermidades prevalentes no país, e com o aumento da demanda pelos mesmos, gestores públicos têm afirmado que o gasto público com medicamentos cresce de maneira preocupante.

Alguns países têm apresentado gastos com medicamentos que crescem mais que a inflação e o Produto Interno Bruto (PIB). O Brasil, entre os anos de 2005 e 2009, apresentou crescimento de 65% nos gastos com medicamentos (IBGE, 2012a; IBGE, 2012b).

Os gastos das famílias com medicamentos correspondem a 48,6% dos gastos com assistência à saúde e ocupam o primeiro lugar na categoria (IBGE, 2012a). A fatia mais pobre da população é a mais afetada, pois seus gastos com medicamentos correspondem à quase totalidade dos seus gastos com saúde (SILVEIRA; OSÓRIO; PIOLA, 2002).

O aumento nos gastos com medicamentos está ligado a diversos fatores, dentre eles encontra-se a transição demográfica, que se traduz no aumento do número de idosos na população. Este fenômeno ocorre devido à diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida.

O número de pessoas com mais de 60 anos de idade vem crescendo continuamente no Brasil. No ano de 1990, o percentual correspondia a 7,2% da população, passando a 10% em 2010, e, de acordo com as projeções, atingirá 23,8% do total em 2040 (MENDES, 2012). Indivíduos com maior faixa de idade apresentam maior prevalência de doenças crônicas e, portanto, demandam maior número de medicamentos.

Outro fator de elevada importância para o aumento do gasto com medicamentos é um fenômeno conhecido como transição epidemiológica. Este evento traduz-se na substituição de doenças infecciosas e parasitárias por doenças crônico-degenerativas e agravos de saúde com causas externas. No Brasil, porém, ao invés de uma substituição dos padrões, ocorre uma sobreposição de patologias.

Além disso, a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a ampliação das listas de medicamentos fornecidos gratuitamente pelo Estado, a incorporação de novas tecnologias, a propaganda médica e o uso irracional de medicamentos também são fatores determinantes para esse aumento.

Com tudo isso ao financiamento e à alocação de recursos para a AF tem sido, ao mesmo tempo, dada grande importância e alvo de preocupação para os gestores da Saúde. Da mesma forma que os gestores têm dado importância à AF, prioridade tem sido dada à conversão do modelo assistência dominante, com a revalorização da Atenção Primária, muitas vezes chamada no Brasil como Atenção Básica. A Atenção Primária vem com o objetivo de reorientar o sistema de saúde, servindo como porta de entrada para o mesmo. Tem como base a medicina preventiva e a promoção da saúde e centraliza suas ações no indivíduo e em sua família.

No Brasil, a consolidação da Atenção Básica como política governamental, ocorreu com a criação do Programa de Saúde da Família, em 1994, que aborda o indivíduo em seu território e pretende-se que sejam considerados os determinantes sociais que influenciam seu estado de saúde.

É para esse nível de atenção, a Atenção Básica, que se destina um componente específico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, denominado Assistência Farmacêutica Básica (AFB).

Este trabalho tem como objetivo analisar os gastos com medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica nos municípios brasileiros no período 2009-2012 e correlacionar esses gastos no ano de 2012 com indicadores sociais, econômicos e estruturais municipais por meio da técnica de Coeficiente de Correlação de Spearman. Ressalte-se que, neste trabalho os termos gastos e despesas são usados indistintamente, com o sentido de dispêndio.

Pretende-se investigar questões relativas ao volume de recursos financeiros aplicados na aquisição de medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica, realizada nos municípios, incluindo gastos federais e estaduais além dos municipais. Adianta-se aqui, uma das limitações do estudo, resultado da opção adotada: apesar da grande relevância do assunto, a qualidade do gasto não será abordada nesta pesquisa.

Pretende-se com este estudo contribuir para suprir uma lacuna encontrada na literatura sobre os gastos com medicamentos. No Brasil, no campo da saúde, os estudos sobre financiamento têm focalizado majoritariamente as receitas (LIMA; ANDRADE, 2009; VIEIRA; ZUCCHI, 2013, 2011; PEREIRA, 2006) e menos os gastos; e os estudos sobre medicamentos que focalizam os gastos têm destacado os gastos privados (SILVEIRA, OSÓRIO; PIOLA, 2002; IBGE, 2012a; BOING; BERTOLDI; PERES, 2011). Uma busca recente na base bibliográfica SciELO com as palavras-chave medicamentos, gastos e atenção básica recuperou apenas um artigo (GIROTTI; SILVA, 2006), além da lacuna, a persistência da mesma, visto o artigo recuperado é de 2006.

Outro propósito do estudo é o de contribuir, ainda que indiretamente, para uma melhor gestão da AF, ajudando a pavimentar o caminho para que no futuro, se desenvolvam estudos sobre o volume e a qualidade do gasto com medicamentos nos municípios brasileiros, promovendo certa aproximação ao uso racional de medicamentos.

Justificativa

Este estudo tem como razão principal a relevância dos gastos com medicamentos, tanto públicos quanto privados. O volume de recursos financeiros alocados para a provisão de medicamentos pelos governos tem impactado o orçamento em diversos países do mundo e vem crescendo vertiginosamente (VIEIRA, 2009). Além disso, os gastos com medicamentos representam 48,6% das despesas das famílias com assistência à saúde, comprometendo seu bem-estar (IBGE, 2012a).

Os gastos com medicamentos são de grande importância, pois o mesmo assume papel central na terapia convencional e é recurso indispensável no modelo de atenção à saúde predominante nos dias de hoje. O recorte em abordar os gastos governamentais se fundamenta no reconhecimento da AF como um direito de cidadania, e do gasto governamental poder servir como estratégia de redução de desigualdades sociais e de acesso aos medicamentos necessários ao cuidado à saúde das populações de menor renda.

Este trabalho também deseja ser objeto de avanço no conhecimento na área de AF, contribuindo para o aprimoramento dos serviços prestados ao cidadão. Almeja servir de subsídio para os gestores, auxiliando no planejamento e alocação dos recursos, através do conhecimento do comportamento dos gastos com medicamentos na Atenção Básica em seu município/estado.

Os indicadores selecionados para o estudo desejam retratar a realidade de cada município e sua escolha foi feita mediante sua importância para o setor saúde. Para tanto, buscaram-se dados demográficos, socioeconômicos e assistenciais de todos os entes federados.

Somando-se a isso, encontro-me diretamente ligada às questões que envolvem a AF, por minha inserção profissional, o que faz o tema ser de grande interesse para a minha prática diária e para a ampliação de meus conhecimentos.

REFERENCIAL TEÓRICO

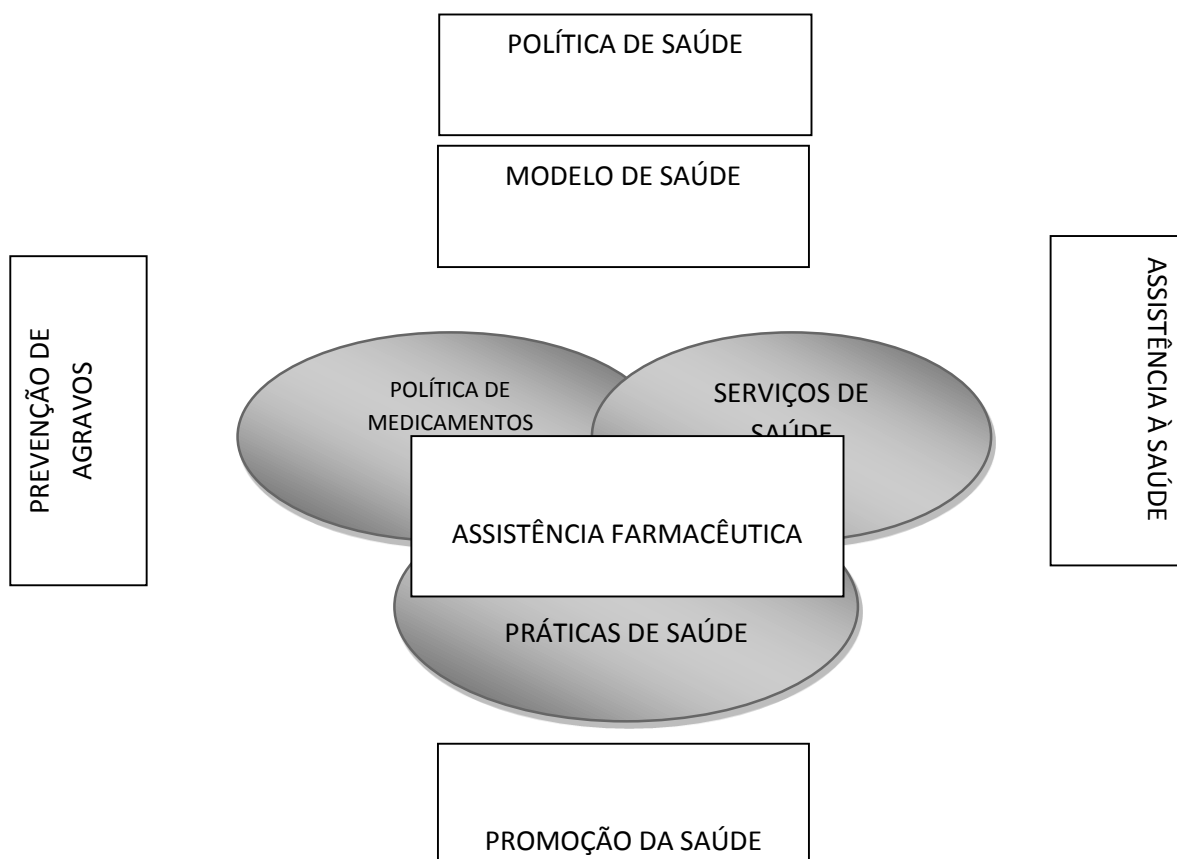
A Assistência Farmacêutica e seu Ciclo

A Assistência Farmacêutica, de acordo com Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004), art. 1º, inciso III, corresponde ao “[...] conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional”.

A Assistência Farmacêutica constitui-se como pilar fundamental na assistência à saúde, promovendo o acesso a medicamentos de qualidade, eficazes, seguros e no momento adequado.

A AF está inserida na Política de Medicamentos, perpassando os Serviços de Saúde e as Práticas de Saúde, como demonstra a figura a seguir:

Figura 1: Inserção das Práticas Farmacêuticas no contexto da Política de Saúde



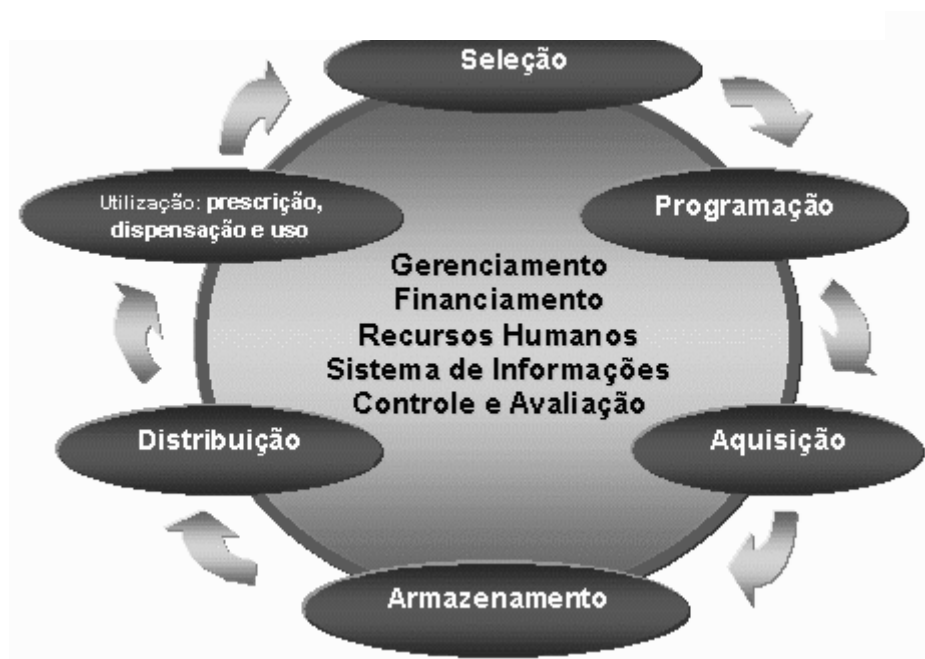
Fonte: Reproduzido de Marin et al., 2003, p. 129

A figura anterior procura demonstrar que a AF está inserida no novo modelo de saúde. Além de desempenhar seu papel fundamental e já consagrado na recuperação da saúde, a AF também se insere na prevenção de agravos, na proteção e promoção da saúde (MARIN et al., 2003).

As ações de AF são apresentadas como um ciclo por Marin et al. (2003) demonstrando que são ações interdependentes, com influência mútua, apesar de cada uma possuir sua especificidade. Expressa, também, que a AF abrange o tecnicismo da prática farmacêutica junto com o subjetivo acompanhamento da terapia medicamentosa.

Cabe salientar que o Ciclo da AF é de responsabilidade multiprofissional e que suas ações devem estar vinculadas às demais ações de assistência à saúde, e o que o farmacêutico deve se articular com os outros profissionais envolvidos no processo (CONASS, 2011).

Figura 2: Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: Reproduzido de Marin et al., 2003, p. 130

O Ciclo da AF engloba as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização de medicamentos, que serão sucintamente explicitados a seguir.

Seleção de Medicamentos

A seleção de medicamentos é fator primordial na implementação de uma Política de medicamentos. Consiste na escolha de um elenco de medicamentos básicos e imprescindíveis, fundamentada em evidências científicas, a abranger a maioria dos problemas de saúde da população, com base em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos (MARIN et al., 2003).

Os medicamentos selecionados devem ter eficácia e segurança comprovadas e assegurar o melhor cuidado, ao menor custo possível. A racionalização dos gastos é um fator crucial na seleção de medicamentos devido à escassez de recursos financeiros disponíveis para a Saúde (CONASS, 2011).

A elaboração de uma lista de medicamentos essenciais é de grande importância em razão do vasto número de produtos farmacêuticos disponíveis no mercado, da intensa introdução de novos produtos e do marketing das indústrias farmacêuticas, visando influenciar as prescrições médicas, além da limitação de financiamento na Saúde (NUNES, 2001).

A seleção de medicamentos promove uma uniformização nas condutas terapêuticas, contribuindo para o uso racional de medicamentos, para a divulgação de informações e para a Farmacovigilância (NUNES, 2001; MARIN et al., 2003).

A seleção permite que a lista de medicamentos padronizados se aproxime da necessidade real e seja o mais enxuta possível, facilitando a observação dos eventos adversos e sua monitorização pela farmacovigilância. O monitoramento de um número menor de medicamentos padronizados é mais facilitado e possivelmente mais efetivo do que o de um elenco vasto. Ao mesmo tempo, a farmacovigilância fornece subsídios para a escolha de medicamentos seguros e eficazes, contribuindo para uma adequada seleção dos mesmos.

A União possui uma lista de medicamentos essenciais, chamada Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), que serve como parâmetro para as listas estaduais e municipais, porém cada estado tem autonomia na escolha do elenco de medicamentos que constará da sua lista (VIEIRA, 2010; MS, 2005b).

O Ministério da Saúde publicou a última atualização da lista de medicamentos e insumos constante da RENAME (8ª. edição) em 2013 que contém 810 apresentações farmacêuticas. Ela está dividida em Componente Básico da AF; Componente Estratégico da AF; Componente Especializado da AF; Insumos e Uso Hospitalar.

A RENAME é uma lista de referência para nortear a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos, porém não é de caráter obrigatório (VIEIRA, 2010). A alteração, inclusão ou exclusão de medicamentos dessa lista é feita pelo Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia (CONITEC) no SUS (MS, 2012b).

A seleção de medicamentos é um processo multiprofissional, que abrange a participação de profissionais de saúde e outros especialistas envolvidos no seguimento. Estes profissionais devem compor uma comissão deliberativa, chamada de Comissão de Farmácia e Terapêutica, instância responsável pela confecção da Relação de Medicamentos Essenciais e do Formulário de Farmácia e Terapêutica (NUNES, 2001). Este Formulário é um guia para os profissionais de saúde e deve conter informações técnico-científicas atualizadas sobre os medicamentos selecionados.

Para finalizar é importante destacar que a seleção de medicamentos é um processo dinâmico, no qual a substituição pode ocorrer pelo surgimento de fármacos mais efetivos, e a retirada, por causa de achados científicos que tornem esse medicamento desqualificado para utilização (MARIN et al., 2003), além de mudanças epidemiológicas na população.

Programação de Medicamentos

Consiste na fase de estimação das quantidades de medicamentos a serem adquiridas para o devido provimento das unidades de saúde, atendendo às necessidades dos serviços, em dado intervalo de tempo (CONASS, 2011).

O objetivo desta etapa é disponibilizar medicamentos nas quantidades necessárias, no momento adequado ao tratamento, evitando descontinuidade nos estoques e perdas causadas por compras desnecessárias (MARIN et al., 2003).

Para tanto, é imprescindível considerar os dados epidemiológicos da população, a oferta e a demanda de serviços de saúde, a infraestrutura e a capacidade instalada, a organização da rede local de atenção à saúde, assim como a disponibilidade orçamentária e as prioridades diante dos recursos financeiros limitados da Saúde (NUNES, 2001).

A programação de medicamentos deve se apoiar em informações gerenciais confiáveis, obtidas através de sistemas de informação e gestão de estoques eficientes, como dados de consumo e demanda, sazonalidades e disponibilidade de estoques (CONASS, 2001).

Guerra Júnior e seus colaboradores (2004), em estudo realizado em duas regiões do estado de Minas Gerais, observaram que a maioria dos estabelecimentos, tanto públicos quanto privados, realizava a etapa da programação de maneira inadequada. Não havia registros apropriados sobre demanda atendida, demanda reprimida e controle de estoques que pudessem alimentar o processo gerencial.

No estado do Amazonas, apenas 66% dos municípios afirmaram realizar programação. Dentre os fatores que mais influenciaram a programação, estiveram o consumo histórico (51,2%), as solicitações das equipes de saúde da família (50%) e o perfil epidemiológico da população (43%) (MOURA, 2010).

A programação de medicamentos no SUS deve ser descentralizada e ascendente. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem remeter ao nível local suas demandas e necessidades, o nível local agrupa essas informações e as analisa, enviando os resultados para o nível regional. Este caminho deve ser continuado aos níveis estadual e federal quando for pertinente (MARIN et al., 2003).

Aquisição de Medicamentos

A aquisição de medicamentos consiste em um rol de procedimentos técnicos, administrativos, jurídicos e financeiros que visam prover os serviços de saúde desse insumo primordial. Engloba ações de diferentes competências como: cumprimento de normas, cumprimento de prazos de entrega, disponibilidade orçamentária e financeira, avaliação de preços de mercado e avaliação técnica (CONASS, 2011).

É um processo chave para a efetivação da AF devido às inúmeras barreiras impostas à efetivação das compras pelo serviço público. Para que haja agilidade no processo e os serviços de saúde não sofram com o desabastecimento, além de garantir rigor técnico imprescindível nesse caso, é necessário que os profissionais farmacêuticos interajam continuamente com os demais envolvidos (MARIN et al., 2003).

O primeiro passo para a aquisição de medicamentos se efetivar é o cumprimento prévio da seleção e da programação. É primordial, também, a elaboração de um catálogo em que conste a especificação técnica de cada produto. Este momento é fundamental para

que sejam adquiridos medicamentos de qualidade (MARIN et al., 2003). No entanto, os pré-requisitos técnicos na aquisição de medicamentos não garantem a qualidade dos mesmos. É necessário que as autoridades sanitárias mantenham constante fiscalização sobre os medicamentos para assegurar que o produtor garanta a qualidade dos mesmos e a fidedignidade das especificações constantes de seus registros junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) / Ministério da Saúde.

Outro fator que contribui para a obtenção de insumos de qualidade é a certificação de fornecedores, que devem seguir uma série de regras impostas pela Lei nº. 8666/93, como habilitação jurídica, regularidade fiscal e qualificação econômica. A União dispõe de um Sistema de Cadastro de Fornecedores (SICAF) – Decreto 3722/01- que contém listagem de fornecedores aptos à contratação pelo serviço público (MARIN et al., 2003).

É importante que se tenha um cadastro dos mesmos e que neste documento constem as avaliações de desempenho de cada um deles. A avaliação sistemática possibilita a exclusão de um fornecedor que esteja em desacordo com as normas de qualidade requisitadas para compra de medicamentos (MARIN et al., 2003).

Além dos fatores citados anteriormente, um sistema de informações e gestão de estoques também é de fundamental importância para gerar dados acerca do histórico de movimentações e dos níveis de estoque existentes, a fim de deflagrar um pedido de compras coerente com a realidade (NUNES, 2001).

A aquisição de medicamentos deve ser feita, preferencialmente, na modalidade de registro de preços com fornecimento parcelado. Este procedimento tem muitas vantagens perante os demais, pois evita grandes estoques armazenados e, conseqüentemente, diminui os custos de armazenagem, imobiliza menos recursos, diminui a necessidade de vários processos de compra durante o ano, possibilita ganhos de escala e ajustes da demanda de acordo a sazonalidade (NUNES, 2001; MARIN et al., 2003). As compras públicas seguem as normas contidas na Lei nº. 8.666/93.

Apesar das várias recomendações para se realizar uma aquisição de qualidade, estudos demonstram que alguns municípios brasileiros não têm alcançado um bom grau de eficiência. VIEIRA (2008), em estudo realizado com 597 municípios, concluiu que quase 10% deles compraram medicamentos que não constavam das listas de padronização. Além disso, 19% desses municípios não seguiram as normas para a realização de compras públicas.

Armazenamento de Medicamentos

O armazenamento é um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que tem o objetivo de assegurar a segurança e eficácia do medicamento, desde seu recebimento até a entrega ao paciente (NUNES, 2001).

Inicia-se com a recepção dos materiais, momento em que o profissional deve conferir a quantidade entregue, aspectos físicos da embalagem, condições de transporte e documentação. A empresa transportadora deve ser licenciada pela autoridade sanitária em conformidade com as Boas Práticas, a fim de garantir a manutenção da integridade dos produtos (MARIN et al., 2003; CONASS, 2011).

A guarda dos medicamentos deve ser organizada de modo a evitar trocas, possibilitar rapidez no processo de separação e garantir a saída de medicamentos dentro do prazo de validade (MARIN et al., 2003).

O local de estocagem, chamado Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) deve possuir dispositivos de segurança que protejam os materiais contra roubos, furtos e quaisquer outros danos (MARIN et al., 2003). Seu ambiente deve ser adequado para a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas dos produtos e deve-se realizar monitoramento dos fatores ambientais, como temperatura, umidade e luminosidade. Deve conter locais para estocagem de produtos com necessidades especiais, como refrigeradores para produtos termolábeis e armários de acesso restrito para produtos controlados por lei (MARIN et al., 2003; CONASS, 2011).

Além disso, a CAF deve contar com um sistema de controle de estoque, que visa fornecer dados para a programação e aquisição de medicamentos, evitando desperdícios, perdas e desabastecimento. Deve possuir Procedimentos Operacionais Padrões (POP) e registros de todo o processo de trabalho, objetivando a rastreabilidade dos produtos (CONASS, 2011).

Distribuição de Medicamentos

Atividade de suprimento de medicamentos para pacientes em regime de internação hospitalar e/ou para unidades de saúde para posterior dispensação aos pacientes (CONASS, 2011).

Tem como finalidade disponibilizar medicamentos na quantidade necessária e em tempo oportuno, garantindo a qualidade do mesmo. É importante a utilização de um sistema de informação e controle eficiente, que garanta a rastreabilidade do medicamento.

Na prestação de cuidados, nos serviços de saúde, conforme citado no tópico anterior, são praticadas medidas para proporcionar certa rastreabilidade aos medicamentos. No âmbito mais geral, desde 2009, há uma lei que dispõe sobre o rastreamento da produção e do consumo de medicamentos por meio de tecnologia de captura, armazenamento e transmissão eletrônica de dados, e que institui o Sistema Nacional de Controle de Medicamentos, que coordenado pela vigilância federal, a Anvisa (BRASIL, 2009). Esse órgão também será responsável em estabelecer as listas de medicamentos de venda livre, sob prescrição e retenção de receita, bem como de venda sob responsabilidade do farmacêutico, sem retenção de receita.

Em 11 de dezembro de 2013, a Anvisa publicou no Diário Oficial da União, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de número 54, que disciplina a implantação do sistema nacional de controle de todos os medicamentos sujeitos a registro na Anvisa. Essa norma terá três anos, segundo previsto na Lei citada anteriormente, para implementação, ou seja, até dezembro de 2016, para todos os medicamentos comercializados e distribuídos no país.

Utilização de Medicamentos: Prescrição, Dispensação e Uso

É o momento no qual ocorre o fornecimento dos medicamentos para o paciente, mediante apresentação da prescrição, previamente elaborada por profissional capacitado para tal (NUNES, 2001).

A prescrição é o meio pelo qual o profissional indica o medicamento e a dosagem adequados para a patologia apresentada pelo paciente, fornecendo informações escritas sobre o modo de usar. A receita e seu aviamento compreendem questões legais, técnicas e clínicas, e tanto o prescritor quanto o dispensador estão submetidos à legislação pertinente (MARIN et al., 2003).

Para tanto, é de fundamental importância a atenção ao aviamento da prescrição. O medicamento certo, na dose prescrita e na quantidade adequada, são fatores indispensáveis para o sucesso do tratamento. Quantidades insuficientes do medicamento podem causar a interrupção do tratamento e quantidades em excesso podem facilitar a

automedicação, uso irracional. (CONASS, 2011; MARIN et al., 2003), além dos efeitos tóxicos.

Muitas são as situações de erro em que podem estar envolvidos os profissionais da dispensação como interpretação errada da prescrição, separação do medicamento e/ou dose errada, tempo insuficiente para orientação dos pacientes, entre outros. A situação ideal seria a presença de um profissional farmacêutico como dispensador e/ou supervisor da dispensação, porém, na realidade, isso não acontece. Portanto, a necessidade de treinamento desses profissionais é condição primordial para uma dispensação de qualidade, como destaca Marin et al. (2003):

[...] existem muitas áreas potenciais nas quais o dispensador pode cometer erros, razão pela qual a dispensação requer profissionais treinados, atentos, conscientes e responsáveis, bem como a provisão de políticas, práticas e incentivos para atrair e fixar estes profissionais [...] (MARIN et al., 2003, p. 245).

Outros fatores a serem observados na dispensação do medicamento são sua embalagem e rótulo, que devem estar intactos e conter todas as informações necessárias para correta identificação do produto, além do prazo de validade (NUNES, 2001).

Além de prover medicamentos, a dispensação é a ocasião em que o profissional deve proceder à orientação do paciente quanto ao uso adequado dos mesmos, destacando o cumprimento da posologia, a influência de alimentos no tratamento, a interação com outros medicamentos utilizados concomitantemente, as possíveis reações adversas e as condições de conservação dos produtos (NUNES, 2001).

O profissional deve analisar a prescrição quanto à adequação das doses e da posologia, e quanto a possíveis interações entre os medicamentos receitados. A receita também deve ser averiguada quanto à legibilidade, clareza das informações, presença da assinatura e do carimbo do prescritor. Cabe ressaltar que, no SUS, os medicamentos devem ser prescritos conforme sua Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI), em caso da inexistência da primeira (CONASS, 2011).

Em caso de discordância, é dever do farmacêutico comunicar-se com o profissional prescritor para sanar as dúvidas antes da dispensação do medicamento para o paciente (MARIN et al., 2003).

O profissional também deve manter-se atualizado quanto às informações técnicas sobre os medicamentos e quanto à legislação pertinente para fornecer correta orientação, e responsabilizar-se por coletar as notificações de reações adversas relatadas pelos pacientes e encaminhar a autoridade sanitária local (NUNES, 2001; MARIN et al., 2003).

Além disso, o profissional deve desenvolver habilidades na abordagem do paciente, estabelecendo comunicação clara e adequada à condição socioeconômica do mesmo, saber ouvir suas queixas e dúvidas e ter empatia para com eles (NUNES, 2001).

A dispensação é um momento único, em que se pode informar e educar o paciente, como afirmam NUNES et al (2001):

[...] A orientação baseia-se num processo de informação e educação, fundamental para o êxito da terapêutica indicada. Informar é dotar o indivíduo de conhecimentos a respeito do medicamento a ser utilizado. Educar é motivar e induzir mudanças para a prática de estilos de vida saudável, conscientizando o usuário da responsabilidade pela sua saúde [...]. (NUNES, 2001. p. 95)

Com a orientação, o profissional contribui ativamente para a adesão do paciente ao regime terapêutico, tornando o usuário capaz de cumprir com as recomendações clínicas (MARIN et al., 2003). A esse respeito, cabe ressaltar que a orientação ao paciente deve ser responsabilidade de todos da equipe multiprofissional.

O Ciclo da AF, as recomendações e normas que o cercam, assim como o financiamento para a aquisição de medicamentos, foram gradualmente normatizados e este arcabouço legal será discutido no capítulo a seguir.

A Assistência Farmacêutica como direito do cidadão brasileiro

A Assistência Farmacêutica como direito garantido legalmente no Brasil é instituída com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1990a), art. 6, inciso I, que apresenta como responsabilidade do SUS: “a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. A LOS foi baseada nos preceitos da Constituição Federal de 1988, no capítulo da Saúde, art. 198, que estabeleceu como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde o atendimento integral que perpassasse desde a prevenção até o restabelecimento da saúde do cidadão.

As inovadoras idéias de universalização da Saúde e de sua garantia pelo Estado, presentes na Carta Constituinte, foram fruto de intenso trabalho do Movimento Sanitário,

que culminou na 8ª. Conferência Nacional de Saúde, de 1986, conferência esta que contou com a participação de muitos setores envolvidos com a Saúde, profissionais, representantes da sociedade civil e partidos políticos.

O relatório final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde propôs que, na Constituição de 1988, constasse a Saúde como direito universal e que o acesso fosse igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de atenção, e a responsabilidade do Estado no provimento dessas ações.

A AF como uma função de Estado já estava institucionalizada desde 1971, no Governo Médici, quando foi criada a Central de Medicamentos (CEME). A CEME tinha a função de criar políticas para o setor farmacêutico nacional, fazer aquisição e distribuição de medicamentos para as unidades públicas de saúde, organizar a produção de medicamentos nos laboratórios oficiais, incentivar a produção da indústria farmacêutica privada nacional, controlar a qualidade dos medicamentos comercializados no país, estabelecer uma Relação de Medicamentos Básicos e fomentar a pesquisa em colaboração com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (PORTELA et al., 2010; BRASIL, 1971).

Sob a gestão da CEME, e promovido pela mesma, ocorre o 1º. Encontro de AF e Políticas de Medicamentos, no ano de 1988. Desse encontro, resultou a Carta de Brasília, documento que traçou um diagnóstico sobre a AF no Brasil e apontou, entre outros, a ampliação da AF e sua inserção no SUS como pontos fundamentais para o desenvolvimento do SUS que então se constituía. (NEGRI, 2002).

A CEME foi extinta em 1997 devido ao desvio de verbas públicas e por ter perdido sua função de fomentadora de políticas. Ela se tornou uma mera distribuidora de medicamentos e suas funções foram distribuídas por diversos outros órgãos do governo (PORTELA et al., 2010).

Com o intuito de estabelecer uma política formal para o campo dos medicamentos, o governo Fernando Henrique Cardoso lançou a Política Nacional de Medicamentos, em 1998. Essa política visava “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (MS, 1998, p. 4). Para o alcance desses objetivos, traçaram-se diretrizes que partiam do estabelecimento de uma lista básica de medicamentos. Esta deveria englobar o tratamento das principais enfermidades do país e servir de direcionamento para a produção da indústria farmacêutica nacional, transnacional e dos laboratórios públicos. Além disso, a regulamentação sanitária dos medicamentos, a reorientação da AF, a

promoção do uso racional de medicamentos e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos faziam parte da estratégia para se alcançar uma AF de qualidade (MS,1998).

O Brasil, nesta época, encontrava-se em meio a uma crise de desconfiança quanto ao papel protetor do Estado, já que casos de falsificação de medicamentos e inúmeras falhas de qualidade atingiam a população que sofria as consequências desse descaso, além de diversos problemas que geraram óbitos evitáveis e outras complicações nos serviços de saúde. Medicamentos fraudados e falsificados foram encontrados inclusive em hospitais do SUS.

Em resposta a essa grave conjuntura, em 1999, o governo federal criou a Anvisa. No que concerne aos medicamentos e à AF, a Anvisa tem como objetivo proteger a saúde da população dos possíveis riscos inerentes à fabricação, comercialização e uso dos produtos de interesse para a saúde, destacando-se, entre eles, os medicamentos. Portanto, cabe à Anvisa “regulamentar, controlar e fiscalizar... medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias”, dentre outras funções. (BRASIL,1999, art. 8, § 1º, inciso 1).

Em 2000, a Portaria nº. 16, de 14 de dezembro, baseando-se no art. 4 da Portaria GM nº. 956/00 estabeleceu um elenco mínimo e obrigatório de medicamentos para a Atenção Básica que pudesse combater as doenças prevalentes em âmbito regional e nacional, apoiando-se na RENAME.

Em consonância com outros programas, o governo federal criou o Incentivo para a AF Básica, vinculado ao Programa Saúde da Família, que estabeleceu a distribuição trimestral de um elenco de medicamentos para os municípios participantes do programa (MS,2001a). Esta listagem foi alterada por meio da Portaria 786/02, visando melhor se adequar aos perfis de morbimortalidade apresentados no momento, no qual se destacavam a hipertensão arterial e o diabetes mellitus como as doenças prevalentes.

Objetivando o aprimoramento da AF no SUS, o Conselho Nacional de Saúde lançou a Política Nacional de AF, em 2004, baseada nas deliberações da 1ª. Conferência Nacional de Medicamentos e AF, realizada em 2003. Nessa Política, se definiu a AF como:

[...] 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 seu uso racional. (MS, 2004, art. 1º, inciso III)

A Política Nacional de AF serviu como norteadora das ações tendo como eixos estratégicos a garantia de acesso e equidade nas ações de saúde, enfatizando a manutenção e qualificação dos serviços respectivos da rede pública de saúde, nos três níveis de governo (MS, 2004).

Além disso, a Resolução supracitada explicitou as ações constituintes da AF, conhecidas como Ciclo da Assistência Farmacêutica:

[...] envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização [...]. (MS, 2004, art. 1º, inciso III)

Nos anos que se seguiram, muitas foram as iniciativas legais que reafirmaram a AF como direito do cidadão, além de organizar e aprimorar os Programas de Assistência Farmacêutica como se verá a seguir.

Financiamento da Assistência Farmacêutica no Brasil

Embora a Assistência Farmacêutica já fosse considerada primordial para o SUS, seus recursos financeiros integravam o financiamento das ações e serviços de saúde em geral, não havendo um montante especificamente destinado para ela (BRASIL, 1990b). Assim, o gasto com medicamentos estava incluído nos gastos das atividades ambulatoriais e de internação.

Ao longo do tempo, novas regulamentações foram traçando caminho para um financiamento exclusivo para a AF e, embora não se pretenda aqui analisar as Normas Operacionais Básicas, instituídas com o objetivo de regulamentar a Lei Orgânica da Saúde e traçar diretrizes para a implementação do SUS, destacam-se alguns de seus aspectos relacionados com a AF.

Ainda sob a coordenação do Instituto Nacional de Assistência Social (INAMPS), emite-se a Norma Operacional Básica (NOB) 01/91, e o financiamento da Saúde passou a ter, de fato, cinco grandes linhas: financiamento das atividades ambulatoriais, com montante proporcional à população; AIH a cada unidade executora; com montante

proporcional à população; custeio da máquina administrativa do INAMPS; custeio dos Programas de Saúde e investimentos previstos no Plano Quinquenal da Saúde (MS,1991). Embora não existisse uma destinação de recursos específica para a AF – tal como existe na atualidade – ao menos no plano formal, essa NOB estabeleceu que Estados e Municípios contribuíssem com uma contrapartida financeira de, no mínimo, 10% de seu orçamento para aplicação na Saúde.

Em 1992, o governo federal edita a NOB SUS/92, que estabeleceu o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), um sistema informatizado de dados sobre os procedimentos ambulatoriais realizados, que substituiu a Guia de Autorização de Pagamento (GAP/prestador) e passou a nortear o financiamento das atividades ambulatoriais (MS, 1992).

Com a NOB 93, os Estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semiplena, passaram a receber o Fator de Assistência Especializada (FAE), financiamento destinado ao custeio de medicamentos especiais, dentre outras ações (MS,1993). Esse representou o primeiro momento em que a AF é considerada separadamente das outras ações de saúde e tem seu financiamento em destaque.

Em seguida, a NOB/96 estabeleceu o Piso Assistencial Básico (PAB) destinado a financiar as ações e serviços de saúde no nível da Atenção Básica e que correspondia a um valor *per capita* repassado regular e automaticamente para as demais esferas de governo, em todo o país (MS,1996).

Em 1998, a Política Nacional de Medicamentos, como citada no capítulo anterior, trouxe grande avanço para a AF no Brasil. Tendo como uma de suas diretrizes, a descentralização da gestão da AF, os estados e municípios passaram a se responsabilizar pela aquisição e a distribuição de medicamentos (MS,1998). Este fato possibilitou que a programação de compra dos medicamentos pudesse ser embasada em critérios epidemiológicos e, assim, melhor adaptada às necessidades da população. O MS participa da aquisição transferindo, fundo a fundo, parte do montante de recursos predestinados à compra de medicamentos (OLIVEIRA et al., 2010b).

Para tanto, foi editada a Portaria 176/99, baseada nas diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM), contendo, entre outras, a seguinte determinação:

Art. 1º Estabelecer que o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica será financiado pelos três gestores, e que a transferência dos recursos federais está condicionada à contrapartida dos estados, municípios e do Distrito Federal (MS, 1999).

Além da contrapartida financeira, os estados e municípios deveriam estar enquadrados nos modelos de gestão, de acordo com a NOB/96, além de possuir um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e a NOAS/2002 mantiveram a mesma forma de financiamento, com o Fator de Assistência Especializada para custeio de medicamentos especiais (MS,2001a; MS,2002). Porém, a NOAS/2002 estabeleceu um importante passo para a AF: colocou como atributo para o estado se habilitar na gestão avançada do SUS a formulação e a execução de uma política estadual de AF coerente com a política nacional (MS,2002).

O Pacto pela Saúde de 2006 trouxe importantes avanços para AF no Brasil. A AF passou a ser financiada em um bloco específico e os recursos a ela destinados não podem ser transferidos para custeio de outras atividades. Após 2006, o financiamento da AF foi dividido em três blocos: Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Excepcional.

O Componente Básico tem uma parte fixa e outra, variável. A parte fixa corresponde a um valor *per capita*, pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), somado a contrapartida dos estados e municípios. É o montante de recursos destinado à aquisição de medicamentos para a Assistência Básica. A parte variável corresponde ao financiamento dos Programas de Saúde, promovidos pelo MS. São os programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo (MS,2006b). A responsabilidade é compartilhada entre os três gestores do SUS.

O Componente Estratégico é aquele responsável pelo financiamento de medicamentos e insumos dos programas estratégicos desenvolvidos pelo MS, de acordo com as patologias prevalentes no país e de importância estratégica para a saúde da população. São eles: Doenças endêmicas – Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Doença de Chagas, Cólera, Esquistossomose, Filariose, Meningite, Peste, Tracoma e Oncocercose; DST/AIDS; Sangue e Hemoderivados; e Imunobiológicos. O MS fica responsável pela aquisição e distribuição desses medicamentos e insumos. As infecções oportunistas ficam sob responsabilidade dos estados ou municípios, de acordo com pactuação na CIB. (MS,2006b; ÁUREA et al., 2011).

O Componente Excepcional (mais recentemente chamado de Especializado) é responsável pelo financiamento dos medicamentos especializados, de alto custo e, de acordo com a pactuação na CIB, podem ser financiados e adquiridos pelo MS e dispensados pelos estados, ou financiados pela União e adquiridos e dispensados pelos estados (MS,2006b).

A Portaria 3237/07 agrega os valores da parte fixa e da parte variável dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, e Saúde Mental tornando-os um único valor de financiamento no Componente Básico da AF e transfere os valores dos Programas de Alimentação e Nutrição e Tabagismo para o Componente Estratégico do Bloco de Financiamento da AF.

Além disso, essa portaria transfere a responsabilidade do financiamento, aquisição e distribuição da insulina NPH 100UI e da insulina humana regular 100UI, pertencentes ao Programa de Diabetes, e dos contraceptivos e insumos do Programa de Saúde da Mulher, para a União.

Os valores mínimos de recursos para a aplicação na AF Básica foram definidos na Portaria 1555/13 como sendo: União – R\$ 5,10 por habitante/ano; Estados: R\$ 2,36 por habitante/ano e Municípios: R\$ 2,36 por habitante/ano.

Para a aquisição de insumos do Programa de Diabetes, os estados, o DF e os municípios ficam obrigados a disponibilizar R\$ 0,30 por habitante/ano para cada gestor, e, a União, R\$ 0,68 por habitante/ano para a aquisição das insulinas. Por fim, a portaria 3237/07, atualiza o Elenco de Medicamentos e Insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

O financiamento de medicamentos utilizados durante a prestação de serviços em hospitais públicos e conveniados, como internações e atendimentos de emergência, é feito através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Os medicamentos quimioterápicos antineoplásicos são financiados por meio da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (APAC-Onco) (VIEIRA, 2009).

O governo federal também dispõe do Programa Farmácia Popular do Brasil, que tem por objetivo ampliar o acesso dos cidadãos atendidos pela rede privada de serviços de saúde com medicamentos essenciais. Além disso, o programa visa diminuir o impacto nos custos das famílias com medicamentos.

A União, através da Lei nº. 10.858/04 designou a Fiocruz a disponibilizar medicamentos para o programa mediante ressarcimento dos seus custos de produção e estocagem. A Fiocruz fica responsável pela aquisição, guarda e distribuição dos

medicamentos. Os medicamentos podem ser produzidos pela própria Fiocruz, por Laboratórios Oficiais da União ou dos Estados ou por laboratórios privados. Através de parcerias com estados, DF, municípios e hospitais filantrópicos, o MS implantou as unidades próprias de farmácias populares para disponibilizar medicamentos essenciais para tratamento dos agravos com maior incidência na população (BRASIL,2004).

Com a Portaria nº. 491/06 houve uma expansão da Farmácia Popular do Brasil para unidades privadas, farmácias e drogarias, chamada de “Aqui tem Farmácia Popular”. Mediante convênio, as unidades privadas passaram a fornecer os medicamentos a preço de custo, tabelado, sendo até 90% do valor financiado pela União e o restante financiado pelo usuário.

Na última atualização da legislação que trata sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (MS,2012a) ficou estabelecido que, entre outras coisas, os medicamentos para tratamento da Hipertensão Arterial e os para Diabetes Mellitus serão fornecidos gratuitamente aos usuários, tanto na “Rede Própria” quanto na “Rede Credenciada”. Além disso, a portaria apresenta a listagem dos medicamentos disponibilizados em modelo de Farmácia do Programa.

Com uma crescente preocupação com o financiamento da Saúde, editou-se, no ano 2000, a Emenda Constitucional 29, que, somente em 2012, foi sancionada pela presidente Dilma Rousseff, constituindo a Lei Complementar nº. 141/12. Esta lei estabelece que:

[...] A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2012).

As esferas estaduais ficam obrigadas a destinar 12% da receita obtida com impostos e as municipais, 15%.

A arrecadação dos Estados consiste em: receitas dos impostos de natureza estadual como Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestações de Serviços (ICMS), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e Imposto de Transmissão *causa mortis* e Doação (ITCMD); Receitas provenientes de transferências da União como quota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), quota-parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) Exportação, transferência da Lei Complementar no. 87/96 (Lei Kandir); Imposto de Renda Retido na Fonte e outras receitas correntes como Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

Para o cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados na Saúde, há a dedução das transferências constitucionais e legais feitas aos municípios, a saber: 25% do ICMS; 50% do IPVA e 25% do IPI Exportação, conforme apresentado no Quadro 1 (GAVRONSKI et al., 2008). Sobre o ITCMD, ainda deve ser dito que a sigla apresenta grande variação nos estados da Federação, podendo também se apresentar como ITD, ITCD, ou outra.

A arrecadação dos Municípios consiste em: Receitas dos impostos de natureza municipal como Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) e Imposto de Transmissão sobre Bens Imóveis (ITBI); Receitas provenientes de transferências da União como quota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), quota-parte do Imposto sobre Propriedade Territorial Rural (ITR), quota-parte da Lei Complementar no. 87/96 (Lei Kandir); Imposto de Renda Retido na Fonte; Transferências recebidas pelo Estado como quota-parte do ICMS, quota-parte do IPVA, quota-parte do IPI Exportação e outras receitas correntes, como Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária (GAVRONSKI et al., 2008) (Quadro 1).

A receita do DF, pelas suas características peculiares, é a soma da receita do Estado com o Município.

Quadro 1: Base de Cálculo para os Recursos Mínimos a serem aplicados pelos Estados, DF e Municípios na Saúde, de acordo com a LC nº. 141/12

Base de Cálculo Estadual	Base de Cálculo Municipal
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simples	ISS
Imposto de Renda Retido na Fonte (servidores)	ITBI
Quota-parte FPE	ITR
Quota-parte IPI – exportação (75%)	Quota-parte FPM
Transferência LC 87/96 – Lei Kandir (75%)	Quota-parte IPI – exportação -25%
Dívida Ativa Tributária de Impostos	Transferência LC 87/96 – Lei Kandir (25%)
Multas, juros de mora e correção monetária	Dívida Ativa Tributária de Impostos Multas, juros de mora e correção monetária

Fonte: Dados obtidos de GAVRONSKI, 2008.

Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde

Embora a preocupação e a ênfase na Atenção Primária como reorientadora do sistema de saúde seja histórica no campo da Saúde Pública, foi somente na segunda metade da década de 1990 que o Brasil passou a adotar um modelo assistencial mais abrangente, centrado nas famílias, baseado na medicina preventiva e na promoção da saúde (ESCOREL et al., 2007).

A consolidação da Atenção Básica como política governamental se deu com a criação do Programa de Saúde da Família, em 1994, que, incorporou as diretrizes básicas do SUS: universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade (OLIVEIRA JR, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF) tem como foco a reorientação da Atenção Básica, buscando ser uma porta de entrada para o sistema de saúde e o meio de dispersão através do mesmo, utilizando como base a prevenção e a promoção da saúde (MS, 1997).

Neste modelo de assistência, o indivíduo é abordado em seu território, em conjunto com seu núcleo familiar, e, pretende-se que sejam considerados os determinantes sociais que influenciam seu estado de saúde (MS, 1997).

Segundo Buss (2007, p. 78), determinantes sociais da saúde são “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.

As equipes de saúde da família são as responsáveis pela assistência aos indivíduos cadastrados em sua área de abrangência e são de caráter multiprofissional (MS, 1997). O PSF está presente em 5.328 municípios do Brasil com uma cobertura populacional de 56%. A Região Nordeste possui a maior cobertura populacional (74%), seguida pela Região Sul (55,8%), Centro-Oeste (55,2%), Norte (52,2%) e Sudeste (44,8%) de acordo com dados referentes a setembro de 2013 (MS, 2013).

A Atenção Básica tem, dentre seus princípios fundamentais, a assistência integral à saúde incorporando a AF como um de seus pilares estruturantes. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde (Alma-Ata, 1978) apresentou a provisão de medicamentos essenciais como um dos alicerces da Atenção Primária à Saúde.

Cabe ressaltar que, Atenção Básica e Atenção Primária, com vistas a esse estudo, são concebidas como sinônimos, não desconsiderando os diversos conceitos acerca do assunto.

Portanto “a Assistência Farmacêutica Básica compreende um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos, destinado a complementar e apoiar as ações da atenção básica à saúde” (MS, 2001b).

A AF tem como atividade-fim, o fornecimento de medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, de acordo com as necessidades da população, com o volume adequado e de maneira contínua. Para tanto, a alocação e a utilização de recursos financeiros é um ponto crucial para uma AF de qualidade.

De acordo com Vieira (2009), o gasto com medicamentos da Atenção Básica cresceu 75% entre 2002 e 2007. Apesar deste aumento expressivo, os recursos alocados para aquisição dos medicamentos da Atenção Básica são muito inferiores aos alocados para a Atenção Especializada. No ano de 2007, o Ministério da Saúde transferiu para estados e municípios, R\$ 319,9 milhões para AF Básica enquanto que para o Programa DST/AIDS e medicamentos especializados, o montante foi de R\$ 2.664,50 bilhões (VIEIRA, 2009).

Estudos em municípios brasileiros comprovaram que o desabastecimento de medicamentos essenciais nas farmácias das UBS é frequente. Oliveira et al (2010a), em pesquisa em um município do Estado da Bahia, averiguaram que havia falta de, pelo menos, um medicamento constante da lista de medicamentos essenciais, na maioria das unidades de saúde. Boing et al (2013) constataram que, menos da metade da população que teve medicamentos prescritos em consulta no SUS, adquiriu-os no próprio sistema público.

Gontijo et al (2012), em um estudo com aposentados de Belo Horizonte, Minas Gerais, constatou que 22,5% dos pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus deixaram de ingerir algum medicamento que fazia parte de seu tratamento. Dentre os principais motivos estavam o desabastecimento das farmácias do SUS e a insuficiência de recursos financeiros para aquisição dos mesmos.

Dificuldades na gestão da AF também contribuem significativamente para a ruptura na provisão de medicamentos. Negligência no controle de estoque e perdas por validade foram alguns dos fatores contribuintes para o desabastecimento (OLIVEIRA et al., 2010a).

Além disso, cabe salientar que a AF resolutive não se limita a disponibilidade de medicamentos. A estrutura física do Serviço de Farmácia e a quantidade e qualidade dos profissionais envolvidos com a Assistência Farmacêutica constituem pontos fundamentais para uma AF de qualidade.

De acordo com estudo realizado por Araújo et al. (2008), as farmácias presentes nas Unidades Básicas de Saúde possuem área física em torno de 20m², sendo utilizadas como local de armazenamento e dispensação de medicamentos. O atendimento ao paciente é, em sua maioria, feito através de “janela” ou “balcão envidraçado”, em área de circulação da unidade. Deste modo, as barreiras físicas comprometem a orientação ao paciente e a AF passa a contribuir na perpetuação do modelo curativo de assistência à saúde (ARAÚJO et al., 2008).

Outro ponto de destaque é o número de farmacêuticos e outros profissionais envolvidos com a AF. De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (CFF) (CFF, 2009), a recomendação para a Atenção Básica é de haja um farmacêutico para cada município com até 15 mil habitantes, um farmacêutico para cada 10 mil habitantes, em municípios com 15 001 até 100 mil habitantes e um farmacêutico para cada sete mil habitantes, em municípios com mais de 100 mil habitantes. Além disso, o CFF propõe que todas as unidades de saúde devem ter, ao menos, um farmacêutico.

Oliveira et al. (2010a) verificaram que, em um município do Estado da Bahia, havia apenas um farmacêutico para 34 mil habitantes e que somente 11,5% das unidades de saúde tinham farmacêutico.

Como ponto positivo, Oliveira et al. (2010a) destacaram a descentralização da AF Básica que facilita o acesso geográfico aos medicamentos essenciais. Como demonstra esse estudo, vários municípios brasileiros apresentam o mesmo cenário de AFB:

[...] desabastecimento de medicamentos essenciais; unidades de saúde com estrutura física inadequada [...] carência de profissionais devidamente capacitados para as atividades da AFB; falta de orientação ao usuário quanto ao uso correto desses produtos e não adoção de uma relação local de medicamentos essenciais que possa atender, de maneira mais efetiva, aos critérios epidemiológicos do município (OLIVEIRA, 2010a, p. 862)

Gastos Governamentais com Saúde

Os gastos com saúde têm sido motivo de grande preocupação para os gestores. Vários países têm apresentado elevação nos gastos com saúde, ano após ano. Dados da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) demonstram essa realidade. O Canadá, que gastou em saúde 8,8% do PIB em 2000, com despesa de US\$ 2.519 *per capita* anual, passou para 11,4% do PIB em 2010, com um gasto *per capita* de US\$ 4.445. O Reino Unido passou de 7,0% do PIB em 2000, com despesa de US\$ 1.834 *per capita*, para 9,6% do PIB em 2010 e *per capita* de US\$ 3.433. Os EUA, de 13,7% do PIB em 2000, com despesa de US\$4.791 *per capita*, para 17,6% do PIB em 2010 e *per capita* de US\$ 8.233 (OECD, 2012).

A Tabela 1 seguinte apresenta o crescimento real dos gastos totais em saúde por ano de alguns países-membro da OECD.

Tabela 1: Porcentagem de Crescimento Real nos Gastos Totais com Saúde em alguns países-membros da OECD

PAÍSES	% de Crescimento				
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
CANADÁ	4,3	2,9	3,0	8,0	3,0
FRANÇA	1,9	2,1	-0,9	3,3	1,3
ITÁLIA	3,0	-2,1	1,7	-1,0	1,5
MÉXICO	1,7	5,1	2,4	2,8	1,5
PORTUGAL	-1,7	2,0	2,2	2,8	0,6
ESPANHA	5,4	4,6	6,2	3,6	-0,6
REINO UNIDO	5,3	3,7	2,2	7,0	0,2
EUA	3,3	3,3	2,4	2,7	2,7

Fonte: Dados obtidos de OECD 2012.

Nota: O percentual apresentado na Tabela refere-se ao crescimento dos gastos quando comparado ao ano anterior.

O gasto público com saúde nos países pertencentes à OECD foi, em média, 3/4 do gasto total em saúde em 2005 (OECD, 2005) e vem crescendo ao longo dos anos. No Canadá, em 2010, 71,1% do gasto total em saúde teve financiamento público, 3,1%

superior, em termos reais, ao gasto do ano de 2009. O gasto público *per capita* em 2005 foi de US\$ 2.421,1 passando para US\$ 3.158,2 em 2010 (OECD, 2012).

Outros países seguem o mesmo caminho. No Reino Unido, 83,2% do gasto total em saúde foi financiado pelo governo em 2010, não havendo aumento real quando comparado ao ano anterior. Porém, quando comparado a 2005, apresenta um crescimento, em termos reais, de 33%.

Nos EUA, 48,2% do gasto total em saúde foi financiado pelo governo em 2010, correspondendo a um crescimento de 4,5%, em termos reais, quando comparado ao ano anterior. O gasto público *per capita* em 2005 foi de US\$ 2.974,7 passando para US\$ 3.966,7 em 2010 (OECD, 2012).

O México é o país-membro da OECD, juntamente com o Chile, que menos investe em saúde pública. Em 2010, o financiamento público correspondeu a 47,3% do gasto total em saúde e vem oscilando para mais e para menos nos últimos anos.

Dados da Conta-Satélite de Saúde Brasil 2007-2009 (IBGE, 2012b) demonstram que, no Brasil, o gasto público com saúde correspondeu 43,6% dos gastos totais em 2009, perfazendo 3,8% do PIB, e o gasto *per capita* anual foi de US\$ 645,27.

Cabe salientar que o Brasil, cujo sistema de saúde é de acesso universal e de financiamento público, investe a mesma porcentagem em saúde pública que os EUA, cujo modelo sistema de saúde é liberal, e fica bem distante do financiamento público da Inglaterra, representante dos países que adotam o modelo de sistema nacional de saúde de cunho *welfariano* (UGÁ; PORTO, 2008).

Ugá e Porto (2008) acrescentam que, em se tratando dos princípios da universalidade e da integralidade que norteiam o SUS, a participação do financiamento público no sistema de saúde brasileiro é incipiente.

Estudo realizado por Pereira (2006) demonstrou que os recursos aplicados pelas três esferas de governo em ações e serviços de saúde passaram de R\$ 34 bilhões no ano de 2000 para R\$ 72 bilhões em 2005, correspondendo a um crescimento de US\$ 109,07 para US\$ 152,97 *per capita* anual. A União foi responsável por 50,6% do total do montante financeiro executado neste ano, os Estados por 24,5% e os Municípios por 24,9%.

Tabela 2: Valores executados em ações e serviços de saúde pelas três esferas de governo, nos anos de 2000 e 2005. Brasil, 2006.

ENTE FEDERATIVO	Valores em bilhões de reais (R\$)	
	2000	2005
UNIÃO	20,3	36,4
ESTADOS	6,3	17,6
MUNICÍPIOS	7,4	17,9

Fonte: Dados obtidos de FGV, 2006.

Espírito Santo et al. (2012) sinalizaram uma tendência de crescimento nos gastos com saúde por parte dos municípios, em detrimento dos gastos da União, embora, percentualmente, este ainda apresente maior participação no orçamento. Ele evidencia o crescimento médio de 190,7% nos gastos com saúde dos 184 municípios do estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2007. Apesar desse aumento considerável no gasto com saúde, o valor *per capita* médio anual é de R\$ 183,79 que, ainda, se encontra bem abaixo da média nacional de R\$ 261,43. Outro fato relevante é a desigualdade na distribuição dos recursos que é um fator marcante na região.

O Rio de Janeiro apresentou um aumento de 135,9% nas despesas sob responsabilidade do município. O gasto *per capita* com saúde passa de R\$ 120,46 em 2000 para R\$ 284,16 em 2007, superior ao gasto nacional (ESPÍRITO SANTO et al., 2012).

Por este motivo, esses autores sugerem que estudos sejam desenvolvidos no nível das unidades da federação a fim de expor as dificuldades locais e “apreender o movimento evolutivo deste fenômeno” (ESPÍRITO SANTO et al., 2012)

Gastos Governamentais com Medicamentos

Quando o gasto total com saúde é desagregado em elementos de despesa, o medicamento é o responsável pela utilização da maior fatia do recurso disponível, ou seja, ocupa o 1º. lugar nos gastos da função saúde.

Prova disso é o aumento de 32% nos gastos com medicamentos nos países-membro da OECD entre 1998 e 2005, sendo que, na maioria desses países, o crescimento no gasto com medicamentos apresentou patamares maiores que os gastos totais com saúde, entre 2000 e 2005 (OECD, 2005).

Em países como EUA e Austrália, o gasto com medicamentos cresceu duas vezes mais que o gasto total com saúde entre 1998 e 2003 (OECD, 2005). Estimativas apontam que os EUA passarão de US\$ 184 bilhões de gasto com medicamentos em 2003 para US\$ 519 bilhões em 2013 (VIEIRA apud MOYNIHAN, 2009).

No ano de 2003, o gasto com medicamentos dos países-membro da OECD foi, em média, 18% do gasto total em saúde. Na Tabela 3, estão presentes os valores gastos com medicamentos por habitante por ano em alguns países-membro da OECD no ano de 2005.

Tabela 3: Valores gastos com medicamentos por habitante. OECD, 2005.

País	Dólares/habitante/ano
EUA	700
FRANÇA	600
CANADÁ	500
ITÁLIA	500
TURQUIA	100
MÉXICO	100

Fonte: Dados obtidos de OECD 2005.

No Brasil, o gasto governamental com medicamentos é bastante expressivo e vem crescendo ao longo dos anos. Considerando-se que 72% da população utilizam o SUS, de acordo com dados da Fundação Getúlio Vargas (RICARDO, 2006; SANTINI, 2006), e que, muitas vezes, os programas de AF são a única fonte de medicamentos possível para essas pessoas (ÁUREA et al., 2011), tal fato não é de causar estranheza.

Vieira (2009) constatou que, no período de 2002 a 2007, houve um aumento de 3,2 vezes nos gastos com medicamentos efetuados pelo MS, passando de 5,4% do total de gastos com saúde para 10,7%. Os gastos totais com saúde tiveram um incremento de 9,6% no mesmo período enquanto os gastos com medicamentos subiram 123,9%.

Todos os programas de responsabilidade do MS sofreram acréscimo nos gastos. Os gastos com medicamentos da Atenção Básica aumentaram 75%, os Estratégicos, 124% e de Alto Custo de 252% (este no período de 2003 a 2007).

De acordo com as Contas-Satélite da Saúde Brasil 2005-2007 e 2007-2009, a administração pública gastou com medicamentos o total de R\$ 6,3 bilhões em 2009. Esse valor correspondeu a 22% do total de gastos com saúde e a 0,2% do PIB. Entre 2005 e 2009 houve um crescimento de 65% no gasto público com medicamentos.

Vieira (2011), em seu estudo, demonstrou que o valor liquidado com medicamentos em 2009 foi de R\$ 8,9 bilhões para as três esferas de governo. Essa diferença, possivelmente, se apresenta devido a diferenças na metodologia de cálculo desses valores.

Ainda de acordo com as Contas-Satélite da Saúde Brasil 2005-2007 e 2007-2009, o aumento dos gastos públicos com medicamentos se comportou de acordo com o crescimento do PIB.

A União aplicou diretamente R\$ 2,4 bilhões na aquisição de medicamentos em 2009 e os Estados e Municípios R\$ 6,5 bilhões. Neste caso, cabe informar que os estados do Espírito Santo, Paraná e Pernambuco não estão contemplados, assim com 152 municípios, porque, no momento da coleta de dados do estudo, não haviam declarado seus dados financeiros ao Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), sistema fonte de dados secundários utilizados pela autora (VIEIRA, 2011).

Observou-se que os Estados foram os maiores executores, ou seja, foram os que mais compraram medicamentos, sendo responsáveis por 47,1% do total. Isso não significa dizer que foram os maiores financiadores, pois os Estados recebem recursos financeiros da União para aplicação na aquisição de medicamentos (VIEIRA, 2011).

A União foi responsável por 26,5% da execução orçamentária e os municípios por 26,4% e a média *per capita* anual foi de US\$ 22 para o ano de 2009 (VIEIRA, 2011).

Dentre os gastos municipais com medicamentos, Vieira (2011) concluiu que os municípios com até 5 mil habitantes gastam 3,9 vezes mais que os municípios com mais de 500 mil habitantes, e que os municípios com até 10 mil habitantes gastam mais que todos os outros. Este fato pode ser explicado pela diferença no poder de compra dos municípios. Os municípios com mais de 500 mil habitantes fazem grandes aquisições de medicamentos devido ao grande número de pessoas a serem cobertas e, por isso, conseguem barganhar preços unitários menores. Já os municípios com até 10 mil habitantes têm baixo poder de negociação pois a aquisição é feita em pequena escala.

Outro estudo sobre gastos com medicamentos (PEREIRA, 2006), demonstrou que os recursos aplicados pela União na aquisição dos mesmos foram de R\$ 4,1 bilhões em 2006, 53% maiores que 2004. No estado do Ceará, o gasto foi 70% maior em 2006 que em 2004, perfazendo um total de R\$ 126 milhões e, somente na obtenção de medicamentos de alto custo foram R\$ 76 milhões.

Por fim, ressalta-se que, a despeito da importância do gasto privado com medicamentos, ele não é objeto deste estudo. Contudo, é necessário dizer algo a respeito do gasto privado.

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2012a), desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as despesas das famílias com medicamentos correspondem a 48,6% das despesas com assistência à saúde, ocupando o primeiro lugar nesta categoria. Em comparação com a POF 2002-2003, houve um crescimento de 3,7% nas despesas das famílias com medicamentos.

As famílias mais pobres são as mais afetadas. Os gastos em assistência à saúde desta classe correspondem, em sua quase totalidade, à compra de medicamentos. Proporcionalmente, os mais pobres gastam mais com medicamentos que os mais ricos (GARCIA et al., 2013). Trata-se de uma despesa altamente regressiva, isto é, uma despesa que atinge mais as famílias menos favorecidas financeiramente.

As famílias mais pobres são vistas como dependentes do SUS para assistência à saúde. Segundo Silveira, Osório e Piola (2002) a maioria das pessoas que pertence à fatia dos 20% mais pobres da população tem suas consultas médicas e internações realizadas pelo SUS. 48% das pessoas para as quais um medicamento é receitado, dentre as 20% mais pobres, tem seu tratamento custeado pelo SUS. O SUS, portanto, tem papel fundamental no provimento de medicamentos para os estratos menos favorecidos da população, e, conseqüentemente, no acesso à Assistência Farmacêutica. E isso pode ser visto como um dos fatores que contribui para o aumento dos gastos governamentais com medicamentos.

Outro fator que tem exercido influência na elevação dos gastos é um fenômeno conhecido como Judicialização. Indivíduos que, por alguma razão se vêem desprovidos de medicamentos primordiais para sua sobrevivência, procuram o Poder Judiciário solicitando que os municípios, estados e/ou a União financiem a aquisição dos mesmos. Essas demandas judiciais, majoritariamente destinadas à aquisição de medicamentos de alto custo, elevam os gastos com medicamentos (DINIZ et al., 2012).

Boing (2008), em estudo realizado no estado de Santa Catarina, demonstrou que, no período de 2000 a 2006, houve um crescimento de 757.000% nos gastos com medicamentos via judicial.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, o gasto com demanda judicial por medicamentos cresceu 28.333% entre 2002 e 2011 e provocou a realocação de verbas que poderiam ter sido empregadas na aquisição de medicamentos essenciais para boa parte da população (CAMPOS NETO et al., 2012).

Alguns fatores condicionantes do gasto com medicamentos e do seu aumento

Um dos fatores condicionantes que mais se destaca é a transição demográfica que se traduz no aumento do número de idosos na população. Este fenômeno ocorre devido à diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida.

No Brasil, a constituição do SUS e a reorganização da Atenção Primária priorizando a saúde materna e infantil, contribuíram decisivamente para o decréscimo da taxa de mortalidade infantil (MENDES, 2012).

A mortalidade infantil passou de 69,1 / 1000 nascidos vivos em 1980 para 22,5 / 1000 nascidos vivos em 2009. A esperança de vida ao nascer passou de 62,6 anos para 73,09 no mesmo período (MENDES, 2012).

O decréscimo na taxa de fecundidade e de natalidade também foi marcante. A taxa de fecundidade passou de 4,06 em 1980 para 1,81 em 2009 e a taxa de natalidade de 32,13 para 15,77 no mesmo período (MENDES, 2012).

Este processo foi largamente influenciado pela melhoria no nível de instrução das mulheres, sua inserção no mercado de trabalho e a ampliação do uso de métodos anticoncepcionais (LYRA, 2008).

Em 1990 35% da população era composta por pessoas até 15 anos de idade. Em 2010 esse percentual diminuiu para 25,6%. Projeções para o ano de 2040 indicam que essa taxa irá continuar diminuindo, até atingir 14,9% (MENDES, 2012).

Em contrapartida, a fatia da população com mais de 60 anos de idade aumentou de 7,2% em 1990 para 10% em 2010, e, de acordo com as projeções, atingirá 23,8% do total em 2040 (MENDES, 2012).

Indivíduos nesta faixa etária apresentam maior número de doenças crônicas e, assim sendo, necessitam de mais medicamentos. Este fato repercuti prontamente no sistema de saúde (LYRA, 2008; ÁUREA et al., 2011).

Estudo realizado por Dal Pizzol et al (2012) no município de Carlos Barbosa, RS, concluiu que 72,3% dos idosos entrevistados consumia medicamentos regularmente, atingindo uma média diária de 2,1 medicamentos. Além disso, observou-se que 13,9%

dos idosos ingeria cinco medicamentos ou mais simultaneamente, conhecido como polifarmácia.

O aumento dos gastos com medicamentos também é derivado das mudanças de padrão de saúde e doença, conhecido como Transição Epidemiológica. Muitos países têm observado, cada vez mais, a substituição de doenças infecciosas e parasitárias por doenças crônico-degenerativas e agravos de saúde com causas externas (OMRAN, 2005).

O Brasil, no entanto, apresenta uma forma de transição epidemiológica incompleta, diferente daquela que ocorre em países desenvolvidos. Ao invés de uma substituição lenta e gradual dos padrões, ocorre uma sobreposição de patologias. Há um aumento da prevalência de distúrbios metabólicos como diabetes mellitus do tipo II, dislipidemia, obesidade, hipertensão arterial sistêmica e síndrome metabólica concomitante com a permanência de doenças infecciosas e parasitárias como tuberculose, hanseníase, leishmaniose e hepatites virais em certas regiões do país, além da emergência de patologias como o HIV/AIDS (PONTES et al., 2009).

Mesmo considerando essa afirmação, a prevalência de doenças não-transmissíveis no Brasil é bem superior à prevalência das doenças transmissíveis, segundo pesquisa de Schramm et al. (2004). Nesse estudo, os autores concluíram que as doenças crônicas corresponderam a 66,4% da carga de doenças no Brasil, as doenças infecciosas a 23,5% e as causas externas a 10,2%.

Essa modificação no quadro de patologias prevalente somada a mudança na composição populacional contribui, efetivamente, para o aumento na utilização de medicamentos (LYRA, 2008; ÁUREA et.al., 2011).

Além disso, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a ampliação das listas de medicamentos fornecidos gratuitamente pelo Estado, também são fatores determinantes para esse aumento (VIEIRA, 2007; OLIVEIRA, 2010a).

Reforçando este fato, Viacava (2010), em estudo comparativo entre a PNAD de 1998 e a de 2008, constatou que número de pessoas que referiram ter consultado um médico nos 12 meses anteriores à pesquisa aumentou em 13% neste período.

O SUS, assim como os sistemas de saúde de outros países em desenvolvimento, enfrenta grande pressão para a incorporação das novas tecnologias continuamente desenvolvidas pelos países ricos. Com a rápida disseminação de informação técnico-científica e a ação das empresas multinacionais, os profissionais de saúde, a mídia e a população mais informada se tornam agentes coercitivos dos sistemas de saúde para a absorção de novas tecnologias (ANS, 2008).

Ademais, no setor saúde, historicamente, a tecnologia atual não é substituída pela inovadora e, sim, passam a ser oferecidas simultaneamente, contribuindo com o aumento nos gastos (MS, 2007a).

A produção de novas tecnologias, a propaganda de medicamentos aos médicos e mudança no perfil de prescritores e usuários, já abordado anteriormente, também são fatores em destaque (VIEIRA, 2007).

As propagandas de medicamentos no Brasil se destinam, em sua maioria, aos profissionais médicos. A indústria farmacêutica, com o objetivo de aumentar seus lucros, leva ao médico uma propaganda direcionada a convencê-lo sobre a qualidade do produto, ocultando seus defeitos (RIBEIRO; JURUENA, 2013).

Devido à falta de tempo, interesse ou necessidade de consultar livros e artigos idôneos, os médicos, muitas vezes, se utilizam da propaganda médica como único meio de atualização e de obtenção de novos conhecimentos (RIBEIRO; JURUENA, 2013).

De acordo com Fagundes et al. (2007), dentre os 50 médicos do SUS, atuantes no Distrito Federal, entrevistados para sua pesquisa, 68% dos mesmos acreditam que a propaganda médica influencia nas suas prescrições. E ainda, 14% dos médicos afirmaram prescrever em função do recebimento de bonificação por parte da indústria farmacêutica.

Além disso, os laboratórios farmacêuticos começam sua influência ainda nos acadêmicos de medicina, utilizando-se de sua formação ainda incompleta para seduzi-lo com promessas de medicamentos milagrosos (RIBEIRO; JURUENA, 2013).

Por fim, é necessário ressaltar que um importante fator que condiciona os gastos é a disponibilidade de receitas. Contudo, esse importante condicionante enfatizado nos estudos do campo da saúde não será aqui abordado.

OBJETIVO GERAL

Analisar o comportamento dos gastos governamentais com a Assistência Farmacêutica Básica nos municípios brasileiros e sua correlação com indicadores sociais, econômicos, estruturais e assistenciais, no período de 2009 a 2012.

Objetivos Específicos

Identificar, ano a ano, os gastos municipais informados com medicamentos da AF Básica (gasto total, gasto com medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e da Farmácia Popular).

Analisar a evolução dos gastos municipais com o componente da AF Básica no contexto dos gastos em saúde, no período 2009-2012, agregados segundo estados, regiões e país.

Correlacionar os gastos com medicamentos da AF Básica, em 2012, com indicadores sociais, econômicos e assistenciais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo sobre os gastos efetuados com medicamentos da AFB no período 2009 a 2012, cuja unidade de análise foi o município. Optou-se por analisar os municípios devido às marcantes desigualdades existentes entre eles e ao fato de eles serem os responsáveis pela prestação de cuidados na atenção básica, dentre os entes federados.

Escolheu-se o período 2009-2012 para se comparar a evolução dos gastos no Componente Básico da AF e o Programa Farmácia Popular do Brasil – rede credenciada – então, em fase de implantação.

No estudo, os municípios foram agregados segundo o estado em que se localizam e em regiões. Assim, para as finalidades deste estudo, o estado não é o ente federado – esfera estadual – e sim o consolidado dos municípios que ele abriga em seu território geográfico; da mesma forma, as regiões.

As fontes dos dados e a população do estudo

Os gastos com medicamentos da AF Básica podem decorrer da execução de dois Programas governamentais diferentes, o Programa de Assistência Farmacêutica Básica e o Programa Farmácia Popular do Brasil. Os dados financeiros do Componente Básico da AF foram obtidos através do SIOPS e os dados financeiros do Programa Farmácia Popular do Brasil, da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE). As duas bases são de acesso público irrestrito e estão disponíveis na internet.

O SIOPS é um sistema informatizado que disponibiliza informações sobre receitas e despesas dos entes federados em ações e serviços públicos de saúde. É alimentado pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, semestralmente, de maneira declaratória, ou seja, sem obrigatoriedade¹.

O SIOPS se apresenta como importante instrumento de gestão, fornecendo dados para a melhoria do financiamento, planejamento e avaliação do SUS, contribuindo para

¹ Este fato será modificado a partir do exercício 2013, onde a alimentação do sistema será compulsória e bimestral, inclusive para a União, devido à obrigatoriedade instituída pela Lei Complementar 141/12 (MS, 2013).

melhor alocação de recursos, fornecendo subsídios para órgãos fiscalizadores, além de proporcionar transparência na aplicação dos recursos públicos (MS, 2013; ESPÍRITO SANTO et al., 2012).

Cabe salientar que a consulta ao SIOPS foi realizada no período entre os meses de setembro e outubro do ano de 2013 e que, os entes federados, até a presente data, podem incluir e modificar dados a qualquer momento, podendo, assim, ocorrer inconsistência entre esses dados e aqueles obtidos fora do período supracitado.

A Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde corresponde a um sítio na internet onde são disponibilizadas informações acerca das ações do Governo Federal brasileiro no SUS. As informações englobam Redes e Programas, Atenção à Saúde, Dados sócio demográficos, Situação de Saúde e Gestão e Financiamento. (MS, 2013). A SAGE tem como objetivo auxiliar na gestão, contribuir para a produção de conhecimento e promover a transparência nas ações governamentais (MS, 2013).

O Brasil possui 5.565 municípios. Foram os seguintes os critérios de inclusão no estudo:

- Para a análise da evolução do gasto governamental com medicamentos da AFB, o critério de inclusão na pesquisa foi ter declarado ao SIOPS nos anos de 2009 a 2012, perfazendo um total de 5220 municípios válidos.
- Para a análise da correlação dos gastos governamentais com medicamentos da AFB, o critério de inclusão dos municípios no estudo foi ter informado ao SIOPS no ano 2012 e ter o valor do gasto com medicamentos da AFB (Componente Básico da AF + Farmácia Popular – rede credenciada) diferente de zero. O universo do estudo compreendeu, portanto, 4692 municípios.

A listagem dos municípios excluídos do estudo consta no Apêndice 1.

O Distrito Federal foi excluído do estudo por possuir características híbridas de estado e de município, em função de sua competência tributária mista.

Tratamento dos dados e construção dos indicadores

O dado financeiro utilizado proveniente do SIOPS foi a Despesa Paga. No endereço eletrônico <http://siops.datasus.gov.br>, o caminho percorrido foi: Dados Informados > Municípios > Consulta de determinado Código Contábil: Receitas e Despesas > Tipo: Receita > Pasta: Execução Financeira por Bloco > Fase: Despesa Paga > Classificação: 4.1.7.21.33.14.10 - Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Na pesquisa pelos dados financeiros do Gasto Total com Saúde, o caminho utilizado foi: Dados Informados > Municípios > Consulta de determinado Código Contábil: Receitas e Despesas > Tipo: Despesa > Pasta: Despesa Administração Direta - Saúde > Fase: Despesa Paga > Classificação: 3.3.0.00.00.00.00 – Despesas Correntes com Saúde.

Na base de dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, <http://189.28.128.178/sage/>, o caminho percorrido foi: Gestão/ Financiamento > Transferência Direta > Competência > Assistência Farmacêutica > Ano > Farmácia Popular. Foram extraídos todos os dados da Farmácia Popular: FPO- GRAT, FPO- GRAT-SM, FPO- SUBS, FPO- SUBS-SM e Geral.

A SAGE apresenta os dados financeiros do Programa Farmácia Popular do Brasil – rede credenciada (PFPPB– rede credenciada) subdivididos em:

- FPO-GRAT (Farmácia Popular – Gratuidade) – recursos destinados ao reembolso dos medicamentos fornecidos gratuitamente pelo programa.
- FPO-GRAT-SM (Farmácia Popular – Gratuidade –Brasil Sem Miséria) - recursos destinados ao reembolso dos medicamentos fornecidos gratuitamente pelo programa somente para os municípios pertencentes ao Programa Brasil sem Miséria do governo federal.
- FPO-SUBS (Farmácia Popular – Subsidiado) - recursos destinados ao reembolso dos medicamentos subsidiados pelo programa.
- FPO- SUBS-SM (Farmácia Popular – Subsidiado – Brasil Sem Miséria) - recursos destinados ao reembolso dos medicamentos subsidiados pelo programa somente para os municípios pertencentes ao Programa Brasil sem Miséria do governo federal.
- Geral - recursos destinados ao reembolso dos medicamentos dos municípios que ainda não passaram pela subdivisão.

A escolha pelo regime de competência deveu-se ao fato de se entender que o gasto com medicamentos real é o comprovado pelo fato gerador – a compra em si - e não pelo regime de caixa, quando as despesas são apropriadas por ocasião do pagamento, independentemente do momento em que a compra é realizada. E isso é importante ao se considerar o processo de execução orçamentária no setor público, em que as fases de solicitação, compra, empenho, liquidação e pagamento podem ser muito distantes no tempo.

Os dados do Programa Farmácia Popular do Brasil utilizados foram os gastos com medicamentos na expansão do programa para as farmácias e drogarias credenciadas, chamado de “Aqui tem Farmácia Popular”. Os dados do Programa Farmácia Popular do Brasil, rede própria, não estavam disponíveis no momento da pesquisa e o acesso aos mesmos não foi possível.

Para a análise do comportamento dos gastos governamentais com AFB no período de 2009-2012 aplicou-se o fator de correção monetária para 2009 (considerado 31/12/2009), 2010 (considerado 31/12/2010), 2011 (considerado 31/12/2011) para 2012 (31/12/2012). O indexador utilizado foi o Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M) e a metodologia de foi pelo mês cheio. Os fatores de correção foram 1,249590 para 2009, 1,133192 para 2010 e 1,069553 para 2011.

O valor de cada componente do gasto foi calculado por habitante para neutralizar interferência originária do porte populacional do município, e para 10.000 habitantes, na tentativa de se distinguir entre zeros e números próximos a eles.

Para a obtenção do gasto *per capita* foram excluídas as populações dos municípios que não declararam ao SIOPS em cada ano do período estudado.

Para possibilitar o cálculo da evolução dos gastos com medicamentos do PFPB para as regiões brasileiras, pressupôs-se que, nas regiões Norte e Centro-Oeste, o gasto do ano de 2009 – ano do início da gradativa implantação das Farmácias credenciadas ao Programa - foi igual ao de 2010.

Ao final da coleta dos dados financeiros, a variável “gasto com medicamentos da AF Básica” foi composta pela soma da despesa paga com medicamentos do Componente Básico da AF (SIOPS) com o gasto com medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil – rede conveniada (SAGE) e, então, foi calculada sua distribuição *per capita*.

A escolha e a construção dos indicadores levaram em conta a sua indicação como condicionante do gasto com medicamentos na literatura ou a sua relevância no processo

saúde-doença-cuidado. Algumas variáveis foram coletadas prontas e outras foram construídas a partir dos *dados* coletados. Os indicadores de gasto e suas fórmulas de cálculo são apresentadas no Quadro 2. No Quadro 3, apresentam-se os indicadores municipais selecionados, bem como as suas fontes.

Quadro 2: Indicadores de Gasto com Medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica. Brasil, 2013

NOME DO INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO
Despesa total com medicamentos da AF Básica	Despesa do Componente Básico da AF (despesa paga) + Despesa com Programa de Farmácia Popular do Brasil – rede credenciada
Participação dos gastos com medicamentos da AF Básica no total dos gastos municipais com saúde	$\text{Despesa total com medicamentos da AF Básica} \times 100 / \text{Despesa total com saúde}$
Despesa governamental com medicamentos da AF Básica <i>per capita</i>	$\text{Despesa total com medicamentos da AF Básica} / \text{população do município}$

Fonte: Elaboração Própria

De posse dos indicadores, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman correlacionando os gastos com medicamentos com os indicadores municipais constantes no Quadro 3, para todos os municípios da amostra.

Quadro 3: Indicadores municipais selecionados. Brasil, 2012.

FONTE	VARIÁVEIS	NOME DO INDICADOR
SIOPS	Despesa com Medicamentos	Despesa do Componente Básico da AF
SAGE	Despesa com Medicamentos	Despesa do Programa Farmácia Popular do Brasil – rede credenciada
C E N S O 2 0 1 0 - IBGE	Sexo	Percentual de Mulheres
	Taxa de Alfabetização	Percentual de pessoas capazes de ler e escrever um bilhete simples
	Nível de escolaridade (Pessoas maiores de 15 anos)	Percentual de pessoas sem instrução ou com 1º. ciclo fundamental incompleto
		Percentual de pessoas com 1º. ciclo fundamental completo ou 2º. ciclo fundamental incompleto
		Percentual de pessoas com 2º. ciclo fundamental completo ou mais
	Rendimento nominal mensal Pessoas com 10 anos ou mais de idade Salário mínimo utilizado: R\$500,00	Percentual de pessoas sem rendimento
		Percentual de pessoas que tem rendimento mensal de até ½ salário mínimo
	Faixa etária	Percentual de pessoas com mais de 60 anos de idade
A M S 2 0 0 9 - IBGE	Número de Postos de Profissionais de Saúde	Total de Postos de Bioquímicos / Farmacêuticos Total de Postos de Clínicos Gerais Total de Postos de Gineco-Obstetras Total de Postos de Pediatras Total de Postos de Médicos de Família.
DAB/MS	Número de Equipes de Saúde da Família <i>per capita</i>	Número de Equipes de Saúde da Família / população
SIAB 2012	Indicadores de Morbidade REFERIDOS A DEZEMBRO DE 2012	Total de Pacientes acompanhados com Hipertensão Arterial Total de Pacientes acompanhados com Diabetes Mellitus

Fonte: SIOPS (2009-2012), SAGE (2009-2012), Censo 2010 (IBGE), AMS 2009, DAB/MS 2012 e SIAB 2012.

O coeficiente de correlação de *Spearman* é um método estatístico que objetiva verificar a existência de inter-relacionamento entre duas variáveis. Este método é utilizado quando a relação entre as variáveis não é linear e, portanto, não segue uma distribuição normal.

Utilizaram-se pacotes estatísticos, como o SPSS®, versão 20, e planilhas Excel®. Por se valer de dados secundários de acesso público irrestrito, o trabalho não tem implicações éticas.

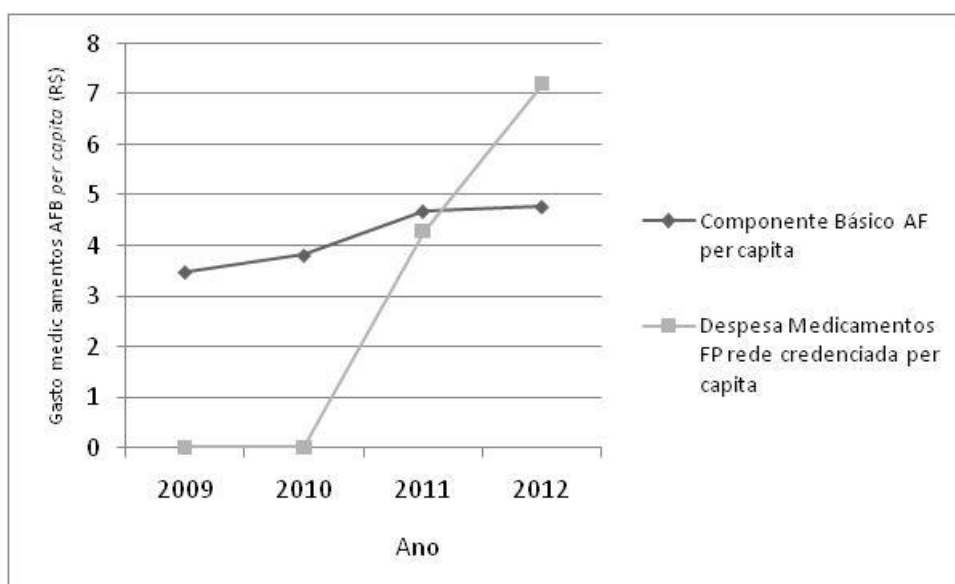
RESULTADOS

Os resultados serão apresentados agrupados segundo os objetivos aos que se buscou responder, quais sejam a Evolução dos gastos governamentais com medicamentos da AFB no período 2009 a 2012 e Correlação do gasto com medicamentos da AFB no ano de 2012 com indicadores municipais.

Evolução dos gastos governamentais com medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica no período de 2009-2012

O Gráfico 1 refere-se à evolução dos gastos no período do estudo e evidencia o vertiginoso crescimento dos gastos com o Programa Farmácia Popular – Rede credenciada nos anos de 2010 a 2012, bem como sua manutenção em patamar baixo, de 2009 a 2010, sendo o primeiro o ano de implantação do Programa.

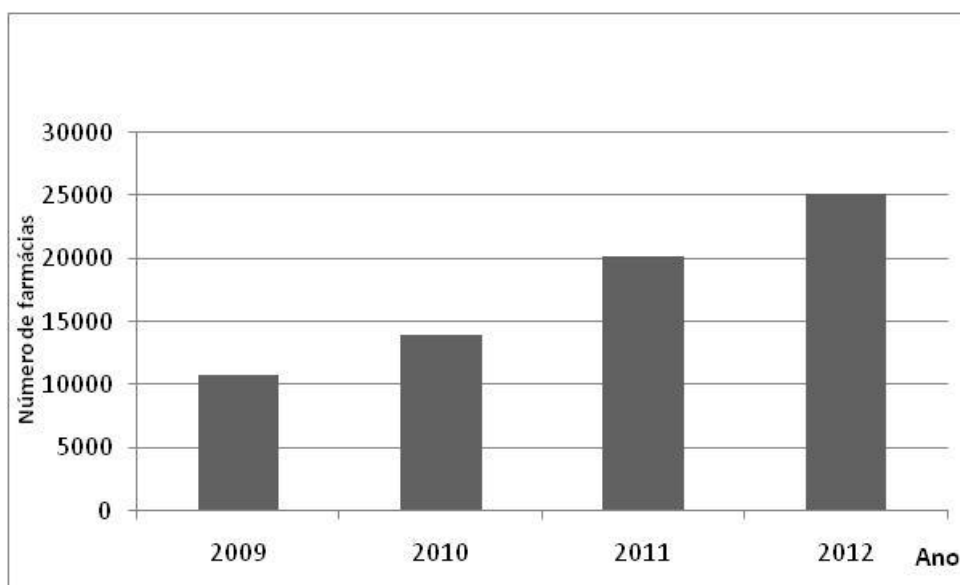
Gráfico 1: Evolução dos gastos governamentais com medicamentos da AFB em reais. Brasil, 2009-2012.



Fonte: SIOPS (2009 - 2012) e SAGE (2009 - 2012), consulta em outubro de 2013.

O crescimento dos gastos com medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil – rede credenciada – se acompanhou da expansão do credenciamento dessa rede, conforme demonstrado no Gráfico seguinte.

Gráfico 2: Número total de farmácias privadas credenciadas ao PFPB. Brasil, 2009-2012.



Fonte: SAGE, 2009 a 2012. Dados obtidos em outubro de 2013.

Com os dados dos municípios agregados para o Brasil, o gasto do Componente Básico da AF passou de R\$ 3,47 por habitante/ano, em 2009, para R\$ 4,78, em 2012 enquanto o gasto do PFPB passou de R\$ 0,01 por habitante/ano para R\$ 7,21 no mesmo período (Tabelas 5 e 6).

No ano de 2011 o gasto per capita do PFPB – rede credenciada – atingiu o valor de R\$ 4,28, chegando próximo ao gasto per capita do Componente Básico da AF, R\$ 4,69. No ano de 2012, o gasto per capita do PFPB – rede credenciada – alcançou R\$ 7,21 ultrapassando o gasto per capita do Componente Básico da AF que correspondeu a R\$ 4,78 (Tabela 5 e 6).

Ressalta-se, na Tabela 6, que o valor *per capita* para o gasto total com medicamentos da AFB no ano de 2012 foi de R\$ 9,08 para o Norte, R\$7,35 para o Nordeste, R\$ 14,04 para o Sudeste, R\$ 16,11 para o Sul e R\$ 14,35 para o Centro-Oeste.

Nas Tabelas 7 e 8 apresentam-se os gastos realizados nos componentes da AFB por 10.000 habitantes, agregados por estado e região, bem como a população total dos estados e regiões e a soma da população municipal abrangida no estudo.

Tabela 4: Gastos municipais per capita com Saúde e com Medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica, agregados segundo Estados Federados, Regiões e Brasil, em reais. Brasil, 2009 e 2010.

Unidade territorial	2009				2010			
	Componente Básico AF	FP - rede credenciada	AFB	Saúde Total	Componente Básico AF	FP - rede credenciada	AFB	Saúde Total
BRASIL	3,47	0,01	3,50	362,73	3,81	0,01	3,82	374,31
NORTE	4,85	0,00	4,85	282,63	4,42	0,00	4,42	287,30
Rondônia	2,66	0,00	2,66	327,29	3,28	0,00	3,28	343,03
Acre	1,39	0,00	1,39	216,73	7,47	0,00	7,47	209,64
Amazonas	4,44	0,00	4,44	280,59	2,94	0,00	2,94	276,10
Roraima	2,85	0,00	2,85	335,02	2,52	0,00	2,52	299,39
Pará	5,04	0,00	5,04	269,01	5,20	0,00	5,20	284,07
Amapá	9,93	0,00	9,93	233,83	5,28	0,00	5,28	216,03
Tocantins	7,52	0,00	7,52	354,79	3,76	0,02	3,77	341,33
NORDESTE	3,01	0,00	3,01	306,85	3,72	0,01	3,72	314,23
Maranhão	5,11	0,00	5,11	327,66	5,40	0,00	5,40	325,16
Piauí	6,70	0,00	6,70	369,68	4,81	0,00	4,81	388,20
Ceará	0,18	0,00	0,18	338,32	0,08	0,01	0,09	339,99
Rio Grande do Norte	3,77	0,01	3,78	365,86	3,88	0,05	3,93	366,60
Paraíba	5,97	0,00	5,97	286,83	5,60	0,01	5,61	294,90
Pernambuco	2,88	0,00	2,88	222,18	3,37	0,00	3,37	226,34
Alagoas	3,68	0,00	3,68	350,15	4,32	0,00	4,32	363,93
Sergipe	2,22	0,00	2,22	356,57	1,39	0,01	1,40	345,69
Bahia	2,10	0,00	2,10	293,76	4,77	0,00	4,77	310,87
SUDESTE	2,98	0,03	3,01	413,82	3,26	0,01	3,27	429,29
Minas Gerais	1,42	0,12	1,54	418,70	1,81	0,02	1,83	441,01
Espírito Santo	5,40	0,00	5,40	330,75	6,55	0,04	6,59	340,60
Rio de Janeiro	3,07	0,00	3,07	321,49	3,48	0,00	3,48	329,60
São Paulo	3,49	0,00	3,49	454,19	3,58	0,01	3,59	469,91
SUL	4,30	0,01	4,31	374,45	4,55	0,02	4,57	380,86
Paraná	1,16	0,01	1,17	355,65	1,29	0,01	1,30	367,56
Santa Catarina	8,85	0,01	8,86	435,85	8,96	0,02	8,98	410,97
Rio Grande do Sul	4,95	0,00	4,95	360,09	5,15	0,03	5,19	376,26
CENTRO-OESTE	6,23	0,01	6,23	432,58	6,35	0,01	6,35	453,12
Mato Grosso do Sul	7,58	0,00	7,58	562,37	5,55	0,04	5,58	569,19
Mato Grosso	7,58	0,00	7,58	438,13	7,51	0,00	7,51	472,59
Goias	5,00	0,00	5,00	378,07	6,08	0,00	6,08	395,92

Fonte: SIOPS (2009; 2010) e SAGE (2009; 2010), consulta em outubro de 2013.

Tabela 5: Gastos municipais per capita com Saúde e com Medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica, agregados segundo Estados Federados, Regiões e Brasil, em reais. Brasil, 2011 e 2012.

Unidade territorial	2011				2012			
	Componente Básico AF	FP - rede credenciada	AFB	Saúde Total	Componente Básico AF	FP - rede credenciada	AFB	Saúde Total
BRASIL	4,69	4,28	8,97	402,07	4,78	7,21	11,98	439,82
NORTE	5,78	1,08	6,86	294,20	6,48	2,60	9,08	321,98
Rondônia	3,04	3,09	6,14	369,80	3,53	4,98	8,51	399,09
Acre	8,33	0,14	8,48	223,97	2,12	0,16	2,28	227,13
Amazonas	4,32	0,00	4,32	288,96	8,33	0,07	8,40	319,53
Roraima	1,01	1,51	2,52	265,57	2,15	2,67	4,82	255,71
Pará	7,21	1,29	8,50	281,15	7,45	3,73	11,17	313,63
Amapá	5,22	0,01	5,23	226,68	5,57	0,01	5,58	208,90
Tocantins	5,26	1,17	6,44	371,83	5,43	2,51	7,94	398,94
NORDESTE	4,61	1,39	6,00	338,53	4,25	3,10	7,35	361,01
Maranhão	6,15	0,11	6,26	341,31	4,23	0,39	4,62	356,57
Piauí	7,00	0,33	7,34	432,91	4,28	1,25	5,52	491,28
Ceará	0,13	3,90	4,03	359,61	1,52	7,31	8,83	386,68
Rio Grande do	5,70	4,04	9,74	405,09	3,71	7,87	11,59	437,00
Paraíba	6,09	2,23	8,33	319,41	7,74	5,55	13,29	355,64
Pernambuco	6,12	0,50	6,62	242,32	4,08	1,92	5,99	259,72
Alagoas	4,20	0,47	4,67	395,80	4,53	1,37	5,89	423,31
Sergipe	2,66	0,71	3,37	383,89	3,00	1,24	4,24	424,37
Bahia	4,89	0,71	5,61	336,15	5,45	1,76	7,21	346,61
SUDESTE	4,27	6,46	10,73	464,83	4,43	9,61	14,04	503,31
Minas Gerais	2,45	7,32	9,77	464,54	3,20	10,19	13,39	501,63
Espírito Santo	6,44	6,62	13,06	370,35	6,50	9,87	16,36	401,58
Rio de Janeiro	4,39	8,18	12,56	388,09	5,39	11,81	17,20	443,18
São Paulo	4,91	5,38	10,28	502,77	4,48	8,47	12,96	535,53
SUL	5,23	6,20	11,43	408,10	5,31	10,80	16,11	466,57
Paraná	1,54	4,49	6,03	395,74	1,85	7,92	9,77	467,94
Santa Catarina	9,86	4,13	13,99	430,59	9,29	8,35	17,63	473,38
Rio Grande do Sul	6,11	9,10	15,22	406,97	6,32	15,06	21,38	461,19
CENTRO-OESTE	6,24	3,11	9,34	477,59	7,27	7,08	14,35	524,56
Mato Grosso do	6,42	2,53	8,95	602,23	8,34	4,52	12,86	658,86
Mato Grosso	7,01	1,56	8,57	447,05	7,18	3,22	10,41	475,28
Goias	5,77	3,02	8,79	442,15	6,85	7,79	14,65	492,20

Fonte: SIOPS (2011; 2012) e SAGE (2011; 2012), consulta em outubro de 2013.

Tabela 6: Gastos municipais com Saúde e com Medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica por 10.000 habitantes, agregados segundo Estados Federados, Regiões e Brasil, no ano de 2009, em reais. Brasil, 2009

	População Total 2009	População dos Municípios incluídos no estudo no ano de 2009	Componente Básico AF	FP - rede credenciada	AFB	Saúde Total
BRASIL	191.480.630	191.135.633	34.743,32	135,43	35.000,00	3.627.283,63
NORTE	15.359.608	15.229.482	48.537,04	17,15	48.537,04	2.826.295,95
Rondônia	1.503.928	1.503.928	26.620,47	0,00	26.620,47	3.272.900,40
Acre	691.132	691.132	13.948,21	0,00	13.948,21	2.167.320,85
Amazonas	3.393.369	3.393.369	44.354,41	0,00	44.354,41	2.805.890,51
Roraima	421.499	421.499	28.519,19	0,00	28.519,19	3.350.195,97
Pará	7.431.020	7.300.894	50.361,74	0,00	50.361,74	2.690.098,66
Amapá	626.609	626.609	99.266,53	0,00	99.266,53	2.338.257,06
Tocantins	1.292.051	1.292.051	75.151,74	0,00	75.151,74	3.547.915,42
NORDESTE	53.591.197	53.412.845	30.126,79	8,22	30.135,02	3.068.546,11
Maranhão	6.367.138	6.356.053	51.102,46	0,00	51.102,46	3.276.552,28
Piauí	3.145.325	3.073.636	67.003,63	0,00	67.003,63	3.696.794,96
Ceará	8.547.809	8.547.809	1.839,45	0,00	1.839,45	3.383.154,26
Rio Grande do Norte	3.137.541	3.121.157	37.686,84	140,75	37.827,59	3.658.649,47
Paraíba	3.769.977	3.769.977	59.650,55	0,00	59.650,55	2.868.339,96
Pernambuco	8.810.256	8.810.256	28.800,41	0,00	28.800,41	2.221.800,79
Alagoas	3.156.108	3.097.744	36.792,01	0,00	36.792,01	3.501.503,96
Sergipe	2.019.679	2.019.679	22.185,24	0,00	22.185,24	3.565.748,39
Bahia	14.637.364	14.616.534	21.048,34	0,00	21.048,34	2.937.551,44
SUDESTE	80.915.332	80.912.595	29.773,06	297,01	30.070,08	4.138.239,87
Minas Gerais	20.033.665	20.033.665	14.207,51	1.167,33	15.374,84	4.186.954,67
Espírito Santo	3.487.199	3.487.199	53.998,93	0,00	53.998,93	3.307.510,33
Rio de Janeiro	16.010.429	16.010.429	30.687,23	0,00	30.687,23	3.214.851,41
São Paulo	41.384.039	41.381.302	34.913,51	15,62	34.929,12	4.541.920,46
SUL	27.719.118	27.425.094	43.034,48	51,53	43.086,01	3.744.498,56
Paraná	10.686.247	10.686.247	11.637,06	60,34	11.697,40	3.556.453,49
Santa Catarina	6.118.743	5.824.719	88.504,49	57,15	88.561,65	4.358.517,23
Rio Grande do Sul	10.914.128	10.914.128	49.509,63	39,90	49.549,53	3.600.924,09
CENTRO-OESTE	13.895.375	11.288.490	62.284,11	85,56	62.284,11	4.325.768,96
Mato Grosso do Sul	2.360.498	2.360.498	75.825,91	0,00	75.825,91	5.623.659,67
Mato Grosso	3.001.692	3.001.692	75.820,12	0,00	75.820,12	4.381.301,76
Goiás	5.926.300	5.926.300	50.034,25	0,00	50.034,25	3.780.679,98

Fonte: SIOPS (2011; 2012) e SAGE (2011; 2012), consulta em outubro de 2013

Tabela 7: Gastos municipais com Saúde e com Medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica por 10.000 habitantes, agregados segundo Estados Federados, Regiões e Brasil, no ano de 2012, em reais. Brasil, 2012

	População Total 2012	População dos Municípios incluídos no estudo no ano de 2012	Componente Básico AF	FP - rede credenciada	AFB	Saúde Total
BRASIL	193.946.886	185.067.815	47.786,70	72.058,40	119.845,10	4.398.188,34
NORTE	16.318.163	14.050.999	64.820,17	25.961,82	90.781,99	3.219.785,61
Rondônia	1.590.011	1.590.011	35.287,65	49.778,21	85.065,86	3.990.896,12
Acre	758.786	672.923	21.210,98	1.605,87	22.816,85	2.271.289,08
Amazonas	3.590.985	2.999.008	83.337,11	698,20	84.035,31	3.195.269,05
Roraima	469.524	469.524	21.543,60	26.689,37	48.232,97	2.557.064,62
Pará	7.792.561	6.330.142	74.475,45	37.266,77	111.742,22	3.136.307,84
Amapá	698.602	634.454	55.737,97	106,30	55.844,27	2.088.975,31
Tocantins	1.417.694	1.354.937	54.290,20	25.067,15	79.357,35	3.989.380,76
NORDESTE	53.907.144	49.884.690	42.467,99	31.003,86	73.471,86	3.610.119,92
Maranhão	6.714.314	5.952.740	42.287,98	3.882,65	46.170,63	3.565.694,19
Piauí	3.160.748	2.575.217	42.755,42	12.484,60	55.240,02	4.912.765,21
Ceará	8.606.005	8.580.027	15.177,84	73.116,48	88.294,31	3.866.755,11
Rio Grande do Norte	3.228.198	2.702.271	37.128,50	78.727,43	115.855,93	4.370.049,71
Paraíba	3.815.171	3.472.116	77.389,50	55.470,15	132.859,65	3.556.411,36
Pernambuco	8.931.028	8.304.989	40.767,72	19.161,41	59.929,13	2.597.249,72
Alagoas	3.165.472	2.957.520	45.270,93	13.651,09	58.922,02	4.233.062,03
Sergipe	2.110.867	2.083.648	30.005,33	12.379,74	42.385,07	4.243.712,39
Bahia	14.175.341	13.256.162	54.496,95	17.604,53	72.101,47	3.466.050,92
SUDESTE	81.565.983	79.668.980	44.330,52	96.062,88	140.393,40	5.033.069,40
Minas Gerais	19.855.332	19.607.990	31.976,03	101.948,63	133.924,66	5.016.254,38
Espírito Santo	3.578.067	3.566.733	64.952,32	98.692,25	163.644,57	4.015.770,90
Rio de Janeiro	16.231.365	15.426.879	53.905,96	118.097,40	172.003,35	4.431.778,62
São Paulo	41.901.219	41.067.378	44.841,27	84.747,08	129.588,35	5.355.324,72
SUL	27.731.644	27.509.849	53.095,67	107.982,06	161.077,73	4.665.686,58
Paraná	10.577.755	10.435.383	18.485,74	79.214,07	97.699,81	4.679.360,25
Santa Catarina	6.383.286	6.361.910	92.871,15	83.452,52	176.323,67	4.733.802,27
Rio Grande do Sul	10.770.603	10.712.556	63.188,49	150.573,17	213.761,66	4.611.914,55
CENTRO-OESTE	14.423.952	11.304.765	72.718,73	70.809,28	143.528,01	5.245.606,65
Mato Grosso do Sul	2.505.088	2.505.088	83.370,95	45.195,49	128.566,45	6.588.608,95
Mato Grosso	3.115.336	3.055.319	71.828,90	32.229,37	104.058,28	4.752.813,31
Goiás	6.154.996	5.744.358	68.546,63	77.924,53	146.471,16	4.922.037,32

Fonte: SIOPS (2011; 2012) e SAGE (2011; 2012), consulta em outubro de 2013

O gasto total com Saúde nos municípios brasileiros obteve crescimento de 21% entre 2009-2012 e o gasto com medicamentos da AFB, 242%, conforme a Tabela 9 e os Gráficos 2 e 3, apresentados a seguir.

Quando os dados dos gastos governamentais com medicamentos da AFB são fragmentados, o Componente Básico da AF apresenta taxa de crescimento de 38% e o PFPB, 53.109%.

Quando os dados foram agrupados pelas Grandes Regiões, o crescimento no gasto nos municípios com AB no período 2009-2012 foi de 366,9% para o Sudeste, 273,9% para o Sul, 143,8% para o Nordeste, 130,4% para o Centro-Oeste e 87,0% para o Norte.

Devido à inexistência de farmácias privadas credenciadas pelo PFPB ou de um número muito pequeno das mesmas, em vários estados não foi possível o cálculo do crescimento no gasto com medicamentos da AFB.

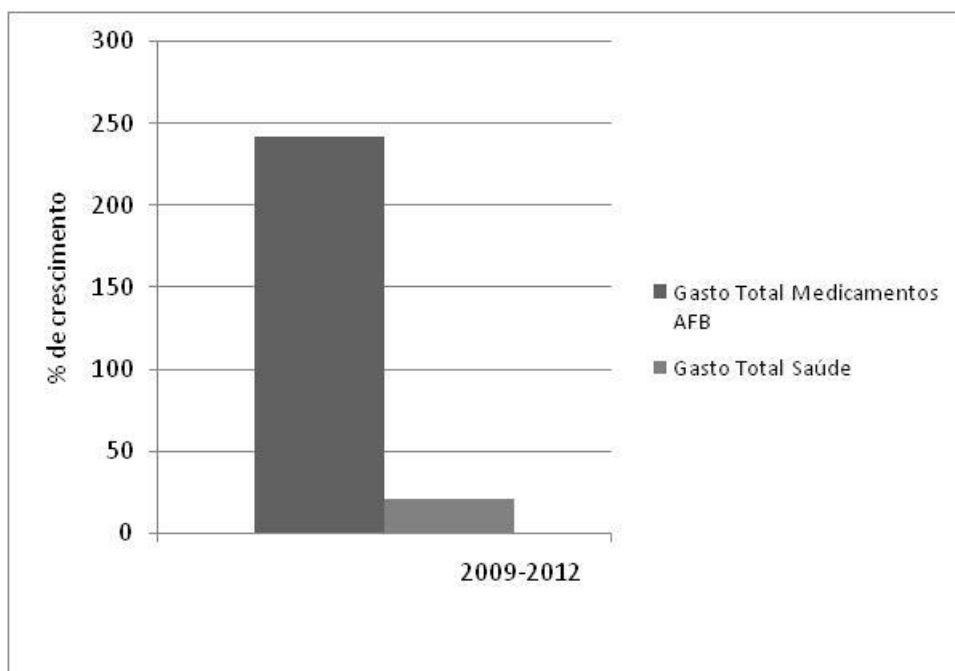
Somente para o Rio Grande do Norte, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul foi factível realizá-lo conforme apresentado na tabela 9.

Tabela 8: Crescimento percentual dos gastos municipais com Saúde e com Medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica, agregados segundo Estados Federados, Regiões e Brasil. Brasil, 2009 e 2012

Unidade Territorial	%			
	Componente Básico	Farmácia Popular - rede credenciada	AFB	Saúde Municipal
Brasil	37,5	53108,8	242,4	21,3
Norte	33,6	151267,4	87,0	13,9
Rondônia	40,1	-	237,8	28,9
Acre	48,1	-	59,3	2,0
Amazonas	66,1	-	67,4	0,6
Roraima	-15,9	-	88,4	-15,0
Pará	28,2	-	92,4	1,1
Amapá	-43,1	-	-43,0	-9,5
Tocantins	-24,2	-	10,7	17,9
Nordeste	41,0	376850,8	143,8	17,7
Maranhão	-22,5	-	-15,4	1,9
Piauí	-46,5	-	-30,9	11,3
Ceará	728,2	-	4718,1	14,7
Rio Grande do Norte	-14,7	48325,9	165,2	3,4
Paraíba	19,5	-	105,1	14,2
Pernambuco	33,4	-	96,2	10,2
Alagoas	17,5	-	52,9	15,4
Sergipe	39,5	-	97,1	22,8
Bahia	134,8	-	210,7	7,0
Sudeste	48,9	32242,8	366,9	21,6
Minas Gerais	120,3	8447,9	752,6	17,3
Espírito Santo	23,0	-	210,0	24,2
Rio de Janeiro	69,3	-	440,1	32,8
São Paulo	27,5	538428,6	268,2	17,0
Sul	23,4	209458,4	273,9	24,6
Paraná	55,1	128101,7	715,6	28,5
Santa Catarina	14,6	159379,7	117,5	18,6
Rio Grande do Sul	25,3	370304,3	323,4	25,7
Centro-oeste	16,8	82655,5	130,4	21,3
Mato Grosso do Sul	16,7	-	79,9	24,3
Mato Grosso	-3,6	-	39,7	10,4
Goiás	32,8	-	183,8	26,2

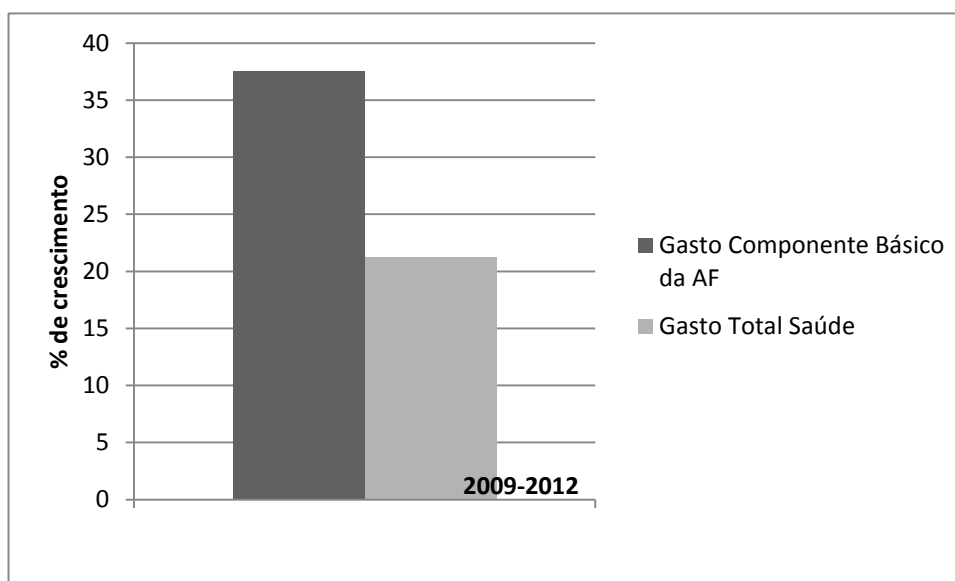
Fonte: SIOPS (2009 - 2012) e SAGE (2009 - 2012), consulta em outubro de 2013

Gráfico 3: Percentual de crescimento dos Gastos com Saúde e com medicamentos da AFB. Brasil, 2009-2012



Fonte: SIOPS (2009 - 2012) e SAGE (2009 - 2012), consulta em outubro de 2013.

Gráfico 4: Percentual de crescimento dos Gastos com Saúde e com Componente Básico da AF. Brasil, 2009-2012.



Fonte: SIOPS (2009 - 2012) e SAGE (2009 - 2012), consulta em outubro de 2013.

Correlação do gasto com medicamentos da AFB no ano de 2012 com indicadores municipais

Após a aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, a interação entre “o gasto governamental *per capita* com medicamentos da AFB” e as variáveis foram classificadas como: correlação positiva ou negativa, forte ou fraca (Tabela 10).

Na análise do Coeficiente de Correlação de Spearman, a variável “gasto governamental *per capita* com medicamentos da AFB” apresentou correlação positiva forte com os seguintes indicadores: percentual de Mulheres, percentual de pessoas com mais de 60 anos de idade, percentual de pessoas com 1º. ciclo fundamental completo ou 2º. ciclo fundamental incompleto, percentual de pessoas com 2º. ciclo fundamental completo ou mais, Total de Postos de Bioquímicos / Farmacêuticos, Total de Postos de Clínicos Gerais, Total de Postos de Gineco-Obstetras, Total de Postos de Pediatras, Total de Pacientes acompanhados com Diabetes Mellitus e Total de Pacientes acompanhados com Hipertensão Arterial.

Os indicadores “percentual de pessoas sem instrução ou com 1º. ciclo fundamental incompleto”, “Taxa de Alfabetização”, “percentual de pessoas sem rendimento”, “percentual de pessoas que tem rendimento mensal de até ½ salário mínimo”, “Total de Postos de Médicos de Família” e “Número de Equipes de Saúde da Família *per capita*” apresentaram correlação negativa forte com a variável “gasto governamental *per capita* com medicamentos da AFB”.

Tabela 9: Coeficiente de Correlação de Spearman, para os indicadores selecionados, com a variável “gasto com medicamentos da AFB”. Brasil, 2013.

Indicador	Coeficiente de Correlação de Spearman
Percentual de Mulheres	0,120**
Percentual de pessoas com mais de 60 anos de idade	0,242**
Percentual de pessoas sem rendimento	-0,397**
Percentual de pessoas que tem rendimento mensal de até ½ salário mínimo	-0,334**
Taxa de Alfabetização	-0,345**
Percentual de pessoas sem instrução ou com 1º. ciclo fundamental incompleto	-0,316**
Percentual de pessoas com 1º. ciclo fundamental completo ou 2º. ciclo fundamental incompleto	0,088**
Percentual de pessoas com 2º. ciclo fundamental completo ou mais	0,275**
Total de Postos de Bioquímicos / Farmacêuticos	0,225**
Total de Postos de Clínicos Gerais	0,193**
Total de Postos de Gineco-Obstetras	0,183**
Total de Postos de Pediatras	0,164**
Total de Postos de Médicos de Família	-0,115**
Total de Pacientes acompanhados com Diabetes Mellitus	0,119**
Total de Pacientes acompanhados com Hipertensão Arterial	0,094**
Número de Equipes de Saúde da Família <i>per capita</i>	-0,059**

Nota: ** indica presença de correlação significativa (forte) com $\alpha = 0,01$

DISCUSSÃO

Evolução dos gastos governamentais com medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica no período de 2009-2012

De acordo com os elementos apresentados, percebe-se que o gasto governamental no Componente Básico da AF teve um crescimento muito menor que do Programa Farmácia Popular – rede credenciada, quando utilizamos os dados agregados dos municípios brasileiros (Gráfico 1).

A participação da Farmácia Popular – rede credenciada – nos anos de 2009 e 2010 foi diminuta, em conformidade com o período inicial de credenciamento das farmácias privadas ao Programa e sua divulgação à população. A partir de 2011, o volume de recursos empregados, assim como o número de farmácias habilitadas, cresceu de modo vertiginoso.

No ano de 2011, os gastos da Farmácia Popular – rede credenciada – alcançaram patamar bem próximo ao Componente Básico e logo após o superaram, atingindo um crescimento no período de 53.109% conforme demonstra o gráfico 1.

Percebe-se a magnitude do aumento do gasto com medicamentos do PFPB – rede credenciada – quando o mesmo é analisado para o grupamento populacional de 10.000 habitantes (Tabelas 7 e 8), em vez de valor *per capita*, onde se apresentam cifras muito próximas de zero.

A participação do Componente Básico da AF no gasto governamental com medicamentos da AFB veio ascendendo gradativamente, perfazendo 38% de crescimento no período estudado.

O gasto do PFPB – rede credenciada – não somente obteve crescimento maior que o Componente Básico entre anos 2009-2012, como também se apresentou 50% mais elevado que este no final do período.

O PFPB foi concebido com o intuito de ampliar o acesso aos medicamentos essenciais para o segmento da população que não utiliza o SUS, porém não dispõe de rendimentos suficientes para adquiri-los (SANTOS-PINTO; COSTA; OSÓRIO DE CASTRO, 2011). No entanto, alguns estudos têm apontado a grande procura pelo Programa – rede própria – por parte de usuários do SUS.

Santos-Pinto, Costa e Osório de Castro (2011) concluíram que 46% dos atendimentos feitos pela Farmácia Popular – rede própria – entre os anos de 2005 a 2007, visaram o aviamento de prescrições oriundas do SUS.

Ratificando os achados anteriores, Ferreira (2007) constatou que, aproximadamente, 64% das receitas atendidas em uma unidade própria do PFPB no município do RJ e 58% em uma unidade própria no DF, eram oriundas do SUS.

Os autores destacaram a falha na provisão de medicamentos nas unidades públicas como uma das causas da procura das farmácias populares por usuários do SUS.

Santos-Pinto, Costa e Osório de Castro (2011) sinalizam o grande número de processos judiciais impetrados contra os municípios e estados como reveladores da ruptura no abastecimento de medicamentos nas farmácias públicas, já que muitos requerentes demandam medicamentos essenciais que deveriam estar disponíveis no SUS.

A falta de medicamentos nas unidades públicas é um evento frequente nos estudos acerca do acesso aos medicamentos (GONTIJO, 2012; AZIZ, 2011; PANIZ, 2008).

Pesquisa realizada com os dados da PNAD 2008, concluiu que, dentre as receitas oriundas do setor público, a prevalência de acesso a todos os medicamentos pelo SUS foi de 45,3% (BOING et al., 2013).

Os autores analisaram a disponibilidade de um grupo de medicamentos essenciais nas farmácias públicas, privadas e pertencentes ao PFPB rede própria e rede credenciada. As farmácias populares apresentaram maior disponibilidade que as públicas, sendo as da rede credenciada as que mais se destacaram.

O fato de as farmácias populares credenciadas ao programa terem maior disponibilidade dos medicamentos está diretamente relacionada com seu modo de gestão. Por se tratar de uma farmácia financiada com recursos privados, a aquisição de medicamentos é feita de acordo com as regras de mercado. No momento em que se percebe a necessidade de reposição do estoque, a compra é feita automaticamente. Diferentemente das farmácias públicas e da rede própria do PFPB, que, regidas pela Lei 8.666/93, só podem adquirir medicamentos mediante processo de licitação.

A licitação, muitas vezes, é um procedimento moroso, seja por causa do excesso de formalismos da lei, seja por dificuldades nas rotinas do próprio serviço de compras (QUEIROZ e SILVA, 2006). Este fato pode acarretar atraso na compra e, conseqüentemente, na entrega do medicamento. O processo de compras públicas pode ser uma das causas que contribuem para a ruptura dos estoques nas farmácias do SUS.

Autores indicam que uma das possíveis causas de desabastecimento de serviço público é a má gestão do ciclo da AF e apontam a Farmácia Popular como opção à baixa

efetividade do sistema público (SANTOS-PINTO; COSTA; OSÓRIO DE CASTRO, 2011). Contudo, os dados deste estudo podem sugerir outra direção, segundo a qual o menor volume de recursos financeiros gastos com medicamentos do componente básico da AFB exerça grande influência no desabastecimento das farmácias públicas.

Comparando-se o crescimento do Componente Básico da AF e da Farmácia Popular – rede credenciada – nos anos de 2009 a 2012, é factível considerar que o bom desempenho da Farmácia Popular se deva às crescentes quantias disponibilizadas para o mesmo.

O Componente Básico da AF é financiado por um montante de recursos limitados, estabelecido previamente pelos governos e repassado às Secretarias Municipais para aquisição de medicamentos. Já a Farmácia Popular – rede credenciada – é financiada pelo Governo Federal, que faz o pagamento direto às farmácias privadas, mediante comprovação da venda ou do fornecimento dos medicamentos. Portanto, os recursos financeiros destinados ao PFPB – rede credenciada – são ilimitados, não tem um teto, são disponibilizados de acordo com a demanda dos usuários. Deste modo, é previsível que o PFPB – rede credenciada – consiga obter melhores resultados que as farmácias públicas.

O gasto governamental com medicamentos da AFB apresentou crescimento superior ao gasto total com saúde feito pelos municípios brasileiros (Gráfico 3). Mesmo quando a comparação é feita somente entre o gasto com saúde e o gasto com o Componente Básico da AF, o crescimento deste foi superior em 16% (Gráfico 4).

O medicamento é o componente responsável pela utilização da maior fatia do recurso disponível, ou seja, ocupa o 1º. lugar nos gastos da função saúde. No Brasil, o gasto com medicamentos é bastante expressivo e vem crescendo ao longo dos anos.

Ratificando os resultados encontrados, Vieira (2009) constatou que, no período de 2002 a 2007, houve um aumento de 3,2 vezes nos gastos com medicamentos efetuados pelo MS, passando de 5,4% do total de gastos com saúde para 10,7%. Os gastos totais com saúde tiveram um incremento de 9,6% no mesmo período enquanto os gastos com medicamentos subiram 123,9%.

De acordo com as Contas-Satélite da Saúde Brasil 2005-2007 e 2007-2009, a administração pública gastou com medicamentos o total de R\$ 6,3 bilhões em 2009. Esse valor correspondeu a 22% do total de gastos com saúde e a 0,2% do PIB. Entre 2005 e 2009 houve um crescimento de 65% no gasto público com medicamentos.

Considerando-se as Grandes Regiões do Brasil, percebe-se que o gasto governamental com medicamentos da AFB obteve crescimento muito superior ao do Gasto Total com Saúde realizado nos municípios.

O Componente Básico da AF apresentou sua maior taxa de crescimento na região Sudeste, 48,9%, atingindo R\$ 4,43/ habitante/ano em 2012. Porém, comparando os valores líquidos dos gastos, a região Sudeste ocupa 4º. lugar na despesa anual por habitante, ficando na frente somente do Nordeste.

O menor crescimento dentre as regiões no gasto com Componente Básico foi no Sul, 23,4%, chegando a um valor *per capita* de R\$5,31 por ano.

Vale destacar que a região Centro-Oeste apresenta o maior valor líquido de gasto com Componente Básico do país para o ano de 2012: R\$7,27 *per capita*.

Analisando os gastos do PFPB, nota-se que a região Nordeste apresenta o maior crescimento do período. Evidentemente foi um grande avanço para a AFB, porém, o valor líquido gasto com medicamentos da AFB ao final do período foi de R\$ 7,35 por habitante/ano, o menor investimento dentre as regiões.

A região que exibiu maior gasto *per capita* em 2012 foi o Sul, R\$ 16,11 por habitante/ano. Este fato foi comprovado pelo estudo de Paniz et al. (2008), no qual foi observado que o acesso a medicamentos de uso contínuo na região Sul foi superior ao acesso na região Nordeste.

Analisando o ano de 2012, percebe-se que o gasto do PFPB foi superior ao do Componente Básico da AF no Sul e Sudeste, demonstrando a importância das farmácias populares para o financiamento da AFB nessas regiões (Tabela 5 e 6). Indaga-se se o estímulo ao credenciamento de novas farmácias privadas ao PFPB pode vir a ser um meio de melhorar a AF no Norte e Nordeste, na medida em que não se pode afirmar que maior gasto social significa necessariamente redução de desigualdades (AFONSO, 2010) ou uso adequado de medicamentos (uso racional) ou de recursos financeiros (qualidade do gasto).

Seguindo o modelo do Brasil, o crescimento do gasto governamental com medicamentos da AFB foi maior que o gasto total em saúde feito pelos municípios em todas as regiões do país.

Analisando as Unidades da Federação, os estados do Amapá, Maranhão e Piauí apresentaram declínio no gasto nos municípios com medicamentos da AFB.

Os municípios do Amapá, Mato Grosso, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Roraima e Tocantins investiram menos recursos no Componente Básico da AF no ano de 2012 que em 2009. Porém, o gasto total com medicamentos da AFB não sofreu redução porque o dispêndio do PFPB foi alto o suficiente para equilibrar o decréscimo do Componente Básico.

É importante lembrar que o Componente Básico da AF financia os medicamentos essenciais que serão distribuídos gratuitamente para os usuários nas farmácias públicas do SUS. Já o PFPB – rede credenciada – fornece um elenco restrito de medicamentos de forma gratuita e os demais são vendidos a preço de custo, tendo até 90% de seu valor custeado pelo governo federal.

Deste modo, uma redução de investimento no Componente Básico da AF será bem mais prejudicial para a população carente, que necessita do SUS para adquirir seus medicamentos, e não tem recursos para comprá-los, mesmo que a preço módico.

Analisando os estados, o Ceará foi aquele que apresentou o maior crescimento total no gasto com medicamentos da AFB, partindo de R\$ 0,18 em 2009 para R\$ 8,83 em 2012. Parte desse aumento foi devido ao grande acréscimo no investimento do Componente Básico da AF (728,2%).

Este avanço no financiamento dos medicamentos da AFB por parte dos municípios do Ceará foi providencial no sentido de ampliar os valores aplicados por habitante/ano que eram os piores do Brasil no ano de 2009.

A análise do crescimento do gasto da PFPB – rede credenciada – foi dificultada pela existência de vários estados que não possuíam farmácias privadas credenciadas ao programa ou tinham um número muito pequeno das mesmas no ano de 2009.

Somente para o Rio Grande do Norte, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul foi factível realizá-lo conforme apresentado na Tabela 9.

Com os resultados dos municípios por unidade federativa, Amapá, Tocantins, Maranhão e Piauí foram os únicos estados que apresentaram crescimento no gasto com medicamentos da AFB inferior ao gasto total com saúde realizado pelos municípios.

Correlação do gasto com medicamentos da AFB no ano de 2012 com indicadores municipais

Na análise do Coeficiente de Correlação de Spearman, a variável “gasto governamental *per capita* com medicamentos da AFB” apresentou correlação positiva forte com a variável “percentual de mulheres” na população. Essa correlação pode indicar uma maior utilização de medicamentos por parte das mulheres, conforme demonstram vários estudos (SANTOS et al., 2013; VOSGERAU et al, 2011, ARRAIS et al., 2005; BOING; BERTOLDI; PERES, 2011).

Vosgerau et al. (2011) realizaram pesquisa em uma área adscrita a uma Unidade de Saúde da Família em Ponta Grossa, PR, e, constataram que, dentre as pessoas que referiram ter consumido medicamentos nos 7 dias anteriores à pesquisa, 77,5% eram mulheres.

No município de Florianópolis, SC, em um estudo de base populacional, Boing et al. (2011) concluíram que a prevalência no consumo de medicamentos nos 30 dias anteriores à pesquisa foi 29% maior entre as mulheres.

As mulheres, historicamente, são mais atentas à sua saúde e de sua família que os homens (VOSGERAU et al., 2011). Por efeito de diversos elementos culturais distintos, as mulheres desenvolvem hábitos mais saudáveis, enfocando a prevenção e o tratamento precoce das enfermidades (AQUINO, 1991). Já os homens, em sua maioria, se comportam, diante de sua própria saúde, como se fossem invulneráveis, menosprezando os cuidados preventivos (ALVES, 2011).

As mulheres também consomem maior número de medicamentos que os homens durante a vida. Elas experimentam os sintomas da menstruação, gravidez e menopausa, exclusivos do gênero, o que as torna mais susceptíveis ao uso de medicamentos (ARRAIS et al., 2005). Além disso, a mídia e a classe médica exercem grande influência sobre as mulheres nessas fases da vida, oferecendo diversos recursos para amenizar esses eventos (PEDRO, 2002).

O predomínio no consumo de medicamentos por parte das mulheres pode, também, ser consequência da maior utilização dos serviços de saúde quando comparado aos homens. Dias-da-Costa et al. (2011), em estudo realizado em São Leopoldo, RS, constataram que 77,9% dos serviços realizados pelo SUS no período de janeiro de 2006 e julho de 2007 foram utilizados pelas mulheres. Esta superioridade no uso dos serviços do SUS pode ser explicada, em parte, pela existência de programas de saúde do governo

específicos para a saúde da mulher, como o de combate ao câncer de mama e colo do útero e o pré-natal, entre outros (ARRAIS et al., 2005).

Além disso, as mulheres idosas constituem uma das fatias da população que consomem maior número de medicamentos simultaneamente, prática conhecida como polifarmácia. (SANTOS et al., 2013).

O fato das mulheres terem maior propensão a relatar a existência de problemas de saúde que o homem durante uma consulta médica tende a contribuir para o aumento do número de medicamentos prescritos por receita (VIACAVA, 2010).

O rendimento nominal mensal apresenta correlação negativa forte com gasto governamental *per capita* com medicamentos da AFB, nas faixas de “sem rendimento” e “até ½ salário-mínimo”. Este resultado apresenta um fato preocupante: municípios cujos habitantes tem menor renda mensal são aqueles que menos gastam com medicamentos da AFB. Isso significa que as populações mais carentes são as menos assistidas pelo Programa Farmácia Básica.

A população de baixa renda procura, predominantemente, o SUS e depende do mesmo para obter seus medicamentos (DIAS-DA-COSTA et al., 2011; ARRAIS et al., 2005; AZIZ et al., 2011).

Vários autores confirmaram esse fato. Aziz et al. (2011), em estudo de base populacional realizado em Florianópolis, SC, comprovaram que idosos com menor renda *per capita* familiar utilizam mais o SUS para obter seus medicamentos. BASTOS et al. (2011) reafirmam que as classes sociais com menor faixa de renda são as que mais utilizam os serviços públicos de saúde após pesquisa no Sul do Brasil.

Arrais et al. (2005) concluíram que o consumo de medicamentos entre os indivíduos cuja renda mensal é maior que 3 salários mínimos é 1,3 vezes maior que daqueles cuja renda mensal é igual ou inferior 3 salários mínimos. Os resultados encontrados ratificam achados de Bertoldi et al. (2004) que expõe que o maior uso de medicamentos ocorre entre os indivíduos de maior poder aquisitivo.

Somando-se a isto, existem inúmeras evidências de que a fatia mais pobre da população é a que mais é acometida por enfermidades, devido às condições de vida insalubres às quais são submetidos (BUSS, 2007)

Diante do quadro exposto, há que se afligir com o caso de um doente crônico sem medicamento, fato que poderá resultar em abandono do tratamento, gerando maiores gastos para o governo com atendimento ambulatorial e com possíveis internações (ARRAIS et al., 2005).

Os resultados encontrados indicam correlação negativa forte entre o grau de escolaridade e o gasto governamental *per capita* com medicamentos da AFB. Municípios que possuem maior número de pessoas alfabetizadas ou de pessoas com 1º. ciclo fundamental completo ou mais, gastaram mais com medicamentos da AFB.

Acredita-se que, indivíduos mais instruídos busquem mais seu bem estar físico e procurem mais o auxílio médico e farmacológico para tal. Este indivíduo passa a conhecer melhor o seu próprio corpo, os sintomas das patologias e as consequências negativas advindas desse processo (ZUCCHI, 2000).

O gasto governamental *per capita* com medicamentos da AFB também apresenta correlação positiva forte com o percentual de pessoas com mais de 60 anos de idade.

O aumento no número de idosos é fato que reflete diretamente no sistema de saúde. Com a idade mais avançada, os indivíduos passam a apresentar maior prevalência de doenças crônicas e, conseqüentemente, a demandar mais medicamentos (BOING; BERTOLDI; PERES, 2011).

Em consonância com o exposto acima, Vosgerau et al.(2011), em uma investigação em Ponta Grossa, Paraná, constataram que indivíduos entre 20 – 29 anos que usaram medicamentos nos 7 dias anteriores a pesquisa, tiveram o consumo médio de 1,48 medicamentos e indivíduos entre 50-59 anos tiveram o consumo médio de 3,8.

Em outro estudo, Fleith et al. (2008) observaram que a população com idade acima de 59 anos utilizava o dobro de medicamentos quando comparado com os indivíduos com menos de 40 anos.

A prática da polifarmácia - ingestão de 5 medicamentos ou mais, simultaneamente – também é prevalente entre os idosos. Nessa faixa de idade, os indivíduos têm maior chance de apresentar mais de uma doença crônica, e vários protocolos de tratamento são constituídos por associações de medicamentos.

Estudo realizado no município de Goiânia/GO constatou que mais de ¼ dos idosos praticava a polifarmácia (SANTOS et al., 2013) resultado esse que se aproxima dos 36% encontrado no município de São Paulo (CARVALHO et al., 2012).

Lyra Júnior et al. (2005), em um estudo com idosos de uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto/SP, observaram que cada um dos entrevistados visitou, em média, 5 diferentes médicos especialistas no período de 1 ano e a maioria destes (67%) não declarou a utilização de medicamentos prescritos por outros médicos. Este fato contribui, significativamente, para o consumo exacerbado de medicamentos por parte dos idosos.

O gasto governamental *per capita* com medicamentos da AFB mostrou correlação positiva forte com o número de postos de Farmacêuticos/Bioquímicos.

A presença do farmacêutico afeta diretamente todas as questões ligadas ao medicamento. Este profissional é responsável pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização de medicamentos que constituem o Ciclo da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004).

Dentre as etapas do ciclo, a seleção, a programação e a aquisição são as que mais influenciam os gastos com medicamentos.

A seleção compreende a fase da escolha de um elenco de medicamentos que deve cobrir o tratamento da maioria dos problemas de saúde da população e se basear em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos (MARIN et al., 2003).

A programação consiste na estimação das quantidades de medicamentos a serem adquiridas baseando-se nas necessidades do serviço de saúde (CONASS, 2011).

A aquisição de medicamentos é o processo pelo qual eles são obtidos por meio de procedimentos técnicos, administrativos, jurídicos e financeiros diversos para este fim (CONASS, 2011).

A existência de um farmacêutico em uma unidade de saúde pública ou em uma coordenação de farmácia municipal promoverá a melhoria da assistência farmacêutica, ou seja, fará com que todas as etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica ocorram de maneira mais apropriada. Deste modo, o processo de compras de medicamentos tenderá a ser mais rápido e eficiente e o gasto com medicamentos mais expressivo.

Sendo assim, a existência de um ou mais farmacêuticos em um município mantém a premissa de que os gastos com medicamentos sejam mais elevados do que em município sem este profissional, sendo o montante do gasto correlacionado ao número dos mesmos.

Cabe ressaltar que o profissional farmacêutico precisa dispor de autonomia para a realização de suas atividades além de estrutura física adequada, profissionais qualificados e recursos financeiros, como citado anteriormente.

O número de postos de médicos clínicos gerais, pediatras e gineco-obstetras também se apresenta como fator condicionante do aumento do gasto governamental com medicamentos da AFB.

Este achado se apoia no fato de que, esses médicos, ao procederem a uma consulta, quase sempre prescrevem medicamentos como tratamento para o paciente.

O modelo de atenção à saúde atualmente preponderante é o biomédico, centralizado na dicotomia saúde/doença, onde o medicamento é reputado como tecnologia essencial para reabilitação do paciente. O medicamento passa a ser

considerado vital pelos indivíduos e assume papel fundamental para a sociedade por representar recurso primordial no enfrentamento das doenças (CARVALHO, 2004).

Romagnoli (2009), em seu estudo, comprovou o largo uso de medicamentos que ainda é visto como o principal tratamento na rede pública de saúde. Este achado corrobora com Carvalho (2004) que concluiu que a maioria das consultas médicas resulta em uma prescrição e o medicamento como sendo recurso fundamental para o reestabelecimento da saúde.

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios dos anos de 1998, 2003 e 2008 reafirmaram essa conclusão quando demonstraram que, de 11,5 milhões de atendimentos feitos através do SUS, 72% resultaram em uma prescrição médica (VIACAVA, 2010).

A postura prescritiva do médico diante de um indivíduo que apresente uma patologia deve-se, em grande parte, ao estímulo à medicalização presente na formação profissional do mesmo (SECOLI, 2010).

Em contraste com o exposto acima, o número de postos de Médicos de Família e o Número de Equipes de Saúde da Família *per capita* apresentou correlação negativa forte com a variável “gasto governamental *per capita* com medicamentos da AFB.”

Analisando os dados em conjunto com as premissas da Estratégia de Saúde da Família, percebe-se que, as ações de promoção e prevenção da saúde, diretrizes do Programa, podem estar colaborando para a melhoria de saúde da população e, conseqüentemente, para a diminuição do gasto governamental com medicamentos da AFB.

O Programa de Saúde da Família foi instituído em 1994, visando consolidar a Atenção Básica à Saúde no Brasil. Instituiu os princípios da Atenção Primária voltando-se para a adoção de um modelo assistencial mais abrangente, centrado nas famílias, baseado na medicina preventiva e na promoção da saúde (SCOREL et al., 2007; OLIVEIRA JR, 2012).

Os profissionais responsáveis pela assistência constituem as equipes de saúde da família que são compostas de, no mínimo, um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde. Cada equipe é responsável pelo cuidado integral, longitudinal e contínuo das famílias cadastradas (SCOREL et al., 2007).

Diante de um cuidado centrado no indivíduo e no meio que o cerca, considerando seus hábitos e modos de vida e elegendo a prevenção e a promoção da saúde, o PSF, perante os resultados encontrados neste estudo, pode ser considerado exitoso em seu trabalho.

Outros dois indicadores que apresentaram correlação positiva forte com gasto governamental *per capita* com medicamentos da AFB foram o Total de Pacientes acompanhados com Diabetes Mellitus e o Total de Pacientes acompanhados com Hipertensão Arterial.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são patologias crônicas que necessitam de tratamento farmacológico durante o resto da vida. Os protocolos de tratamento apresentam, muitas vezes, associação de medicamentos para a estabilização da doença.

Gontijo et al. (2012), em um estudo com aposentados de Belo Horizonte, Minas Gerais, observaram o consumo de medicamentos entre pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Os pacientes hipertensos tinham um consumo médio de 5,6 medicamentos, os pacientes diabéticos, 4,8 e os diabéticos hipertensos, 6,2. Foram encontrados usuários de até 23 medicamentos simultaneamente.

Considerações Finais

A Assistência Farmacêutica Básica é parte fundamental do SUS visto que seu papel primordial é o fornecimento de medicamentos seguros e eficazes para a população, representando, muitas vezes, o reestabelecimento da saúde.

O financiamento é ponto crucial para a aquisição de medicamentos. É primordial que o investimento na compra de medicamentos da AFB seja adequado às necessidades dos cidadãos e que o acesso aos mesmos seja universal e gratuito. Para tanto, o fornecimento de medicamentos da AB pelas Farmácias Públicas deve ser priorizado pelo governo.

Além disso, para se obter uma AF de qualidade, as Farmácias Públicas precisam de investimentos na estrutura física e em recursos humanos para que se tornem espaços de promoção de saúde e não somente um local de dispensação de medicamentos. Deste modo, a Farmácia Pública estará inserida no novo modelo de saúde.

É importante salientar que o gasto com medicamentos da AFB compreendido neste estudo são gastos realizados nos municípios, sem necessariamente serem feitos pelo mesmo, como no caso da FP – rede credenciada – onde a despesa é realizada pelo governo federal.

Além do financiamento, a gestão dos recursos é ponto crucial para se obter uma AF de qualidade.

A análise realizada nesta pesquisa limitou-se a explorar o volume de recursos financeiros aplicados na aquisição de medicamentos da AFB nos municípios. Apesar de sua reconhecida magnitude, não foi pretensão do estudo investigar a qualidade do gasto referido.

As peculiares do emprego dos recursos são de fundamental importância para a Assistência Farmacêutica e constituem campo de estudo a ser aprimorado.

Uma limitação do estudo é o fato dos gastos com medicamentos da AFB apresentados no SIOPS serem informados pelos municípios, sem a exigência de comprovação. Portanto, os dados são de cunho declaratório e podem não corresponder aos gastos efetivamente realizados.

Nos tempos atuais, quando a transparência nos gastos públicos é premissa para a boa gestão governamental, há que se estabelecerem canais de fiscalização que possam averiguar a execução financeira dos órgãos do governo e puni-los em caso de má conduta.

O estudo demonstrou forte correlação entre a presença da Estratégia de Saúde da Família e o decréscimo dos gastos com medicamentos da AB. Estudos aprofundados devem ser realizados a fim de estabelecer os resultados da Estratégia de Saúde da Família na saúde da população.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, J.R. **Fisco e Equidade no Brasil**. 2010. Disponível em: <<http://www.obela.org/system/files/Equidad%20y%20Fisco%20en%20Brasil.pdf>> Acesso em: 20 fev. 2012.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - ANS. Avaliação de Tecnologias em Saúde no Brasil: desafios e perspectivas. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**, Rio de Janeiro, p. 17-26, dez. 2008.
- ALVES, R.F. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. teor. Prat**, v. 13, n.3, p. 152-166, 2011.
- AQUINO, E.M.L et al. Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 174-189, abr./jun. 1991.
- ARAÚJO, A.L.A. et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl, abr. 2008.
- ARRAIS, P.S.D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1737-1746, nov-dez, 2005.
- AUREA, A.P. et al. **Programas de Assistência Farmacêutica do governo federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2011.
- AZIZ, M.M. et al. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1939-1950, out. 2011.
- BASTOS, G.A.N. et al. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n.3, p. 475-84, 2011.
- BERTOLDI, A.D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, abr. 2004 .
- BOING, A.C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, abr. 2013.
- BOING, A.C. **Política e Constituição: a judicialização do acesso a medicamentos em Santa Catarina**. 2008. 127f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas) - Programa de Pós-graduação em Ciências Jurídicas, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.
- BOING, A.C.; BERTOLDI, A.D.; PERES, K.G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2011 .
- BRASIL. Constituição Federal (1988). Título VIII - Capítulo II – Seção II - Artigos 196; 197; 198. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01_Constituicao.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.
- BRASIL. Decreto nº 3.722 , de 09 de janeiro de 2001. Dispõe sobre o Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3722compilado.htm> Acesso em: 04 abr. 2013.

BRASIL. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Institui o programa “Farmácia Popular do Brasil” e dá outras providências. 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5090.htm> Acesso em: 03 fev. 2013.

BRASIL. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d68806.htm> Acesso em: 03 nov. 2012.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm> Acesso em: 02 fev. 2013.

BRASIL. Lei nº 11.903, de 14 de janeiro de 2009. Dispõe sobre o rastreamento da produção e do consumo de medicamentos por meio de tecnologia de captura, armazenamento e transmissão eletrônica de dados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11903.htm>. Acesso em: 04 abr. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993. Institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8666cons.htm>. Acesso em: 04 abr. 2013.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_9782_99.pdf> Acesso em: 02 dez. 2012.

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. 2004b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei%2010858farmaciapopular.pdf>> Acesso em: 03 fev. 2013.

BRASIL. Resolução nº 258, de 10 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS - para 1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258_07_01_1991.pdf> Acesso em: 12 fev. 2013.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007.

CAMPOS NETO, O.H. et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, out. 2012 .

CARVALHO, L.C.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Rio Grande do Norte, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.

CARVALHO, M.F.C. et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 15, n. 4, dez. 2012 .

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA - CFF. **A assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia / Conselho Regional de Farmácia do Paraná, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Relatório Final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 04/12/2012>. Acesso em: 03 dez 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS - Brasília: CONASS, 2011.

DIAS-DA-COSTA, J.S. et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, maio 2011.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SCHWARTZ, I.V.D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 479-489, mar 2012.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, mar. 2007 .

ESPIRITO SANTO, A.C.G.; FERNANDO, V.C.N.; BEZERRA, A.F.B. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abr. 2012 .

FAGUNDES, M. J. D. et al. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 221-229, jan.-mar. 2007.

FERREIRA, R.L. **Análise de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal**: um estudo de casos. 2007. 122f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

FLEITH, V.D. et al. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 755-762, abr. 2008.

GARCIA L. P. et al. Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes em regiões metropolitanas: composição e evolução no período 1995-2009. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 115-128, jan. 2013.

GAVRONSKI, A. A. et al. **Financiamento da saúde**. Grupo de Trabalho “Saúde”. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2008. (Manuais de atuação ESMPU; v. 4). Disponível em: <<http://www.esmpu.gov.br/linha-editorial/manuais-de-atuacao>> . Acesso em: 02 fev. 2013.

GIROTTI, E.; SILVA, P.V. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 226-234, jun. 2006.

GONTIJO, M.F. et al. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p.1337-1346, jul. 2012.

GUERRA JR, A.A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 15, n. 3, Mar. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA - IBGE. **Contas-satélite de Saúde 2007-2009**. 2012b. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/default.shtm>. Acesso em: 09 mar. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA - IBGE. **Indicadores Sócio-demográficos e de Saúde no Brasil**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. 2012a. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Orçamentos_Familiares/Pesquisa_de_Orçamentos_Familiares_2008_2009/Perfil_das_Despesas_no_Brasil/POF2008_2009_perfil.pdf> . Acesso em: 04 nov. 2013.

LIMA, L.D.; ANDRADE, C.L.T. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, out. 2009 .

LYRA JUNIOR, D et al. Satisfacción como resultado de un programa de atención farmacéutica para pacientes ancianos en Ribeirão Preto-São Paulo (Brasil). **Seguimiento Farmacoterapéutico**, v. 3, n.1, p. 30-42, 2005.

LYRA, S.N.M.N. **O Envelhecimento da população brasileira e o aumento do uso de medicamentos** – A Atenção Farmacêutica como política pública para o acompanhamento do uso de medicamentos. UFMG/FAFICH. 2008. Disponível em: <http://artigocientifico.uol.com.br/uploads/artc_1217275031_96.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2013.

MARIN, N. et al. (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MENDES, A.C.G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, maio 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. 2012a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_971.pdf> Acesso em: 03 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na

assistência farmacêutica, com controle social / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília. 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/confer_nacional_de%20medicamentos.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Incentivo à Assistência farmacêutica Básica**: o que é e como funciona. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica; elaborada por Geraldo Luchesi et al. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **O que é SIOPS?** 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/6996/905/O-que-e-SIOPS.html>> . Acesso em: 01 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria GM nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. 2007b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3237_atencao_basica.pdf> Acesso em: 23 jan. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria GM nº 956, de 25 de agosto de 2000. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. 2000a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_GM_N_956.pdf> . Acesso em: 17 jan. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. 2001b. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria n.º 786/GM em 19 de abril de 2002. Alterar o elenco de medicamentos que compõe o Incentivo à Assistência Farmacêutica, vinculado ao Programa Saúde da Família. 2002a. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/786_gm.pdf> Acesso em: 12 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria nº 16, de 14 de dezembro de 2000. Estabelece o Elenco Mínimo e Obrigatório de Medicamentos para Pactuação na Atenção Básica, referente ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. 2000b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/26_Portaria_16_de_14_12_2000.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria nº 176, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. 1999. Disponível em: <<http://www.farmaceuticovirtual.com.br/html/portaria176.htm>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS 01/96. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. 1996. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. 1992. Disponível em:

<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria nº 343, de 21 de março de 2001. Cria o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao programa Saúde da Família. 2001a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/33_Portaria_343%20de%2021_03_2001.pdf> Acesso em: 17 jan. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Edita a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02. 2002b. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2002.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rename_pt_533_2012.pdf> Acesso em: 02 abr. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.1993. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf> Acesso em: 12 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria no. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006a. Disponível em: <http://www.angra.rj.gov.br/manualdogestor/docs/legislacao/portaria_399.pdf> Acesso em: 12 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Portaria nº. 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-491.htm>> Acesso em: 03 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Proposta da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. 2007a.

MOURA, A.C. Análise da organização e estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas. **Revista Tempus – Acta de Saúde Coletiva**. 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/877/840>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

NEGRI, J. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2013.

NUNES, J. T.; SILVA, L. A. **Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_15.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2013.

OLIVEIRA JÚNIOR, J.G. **Agentes comunitários de saúde: fatores restritivos e facilitadores do seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família**. 2012. 137f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica em um Município da Bahia, Brasil. **Rev. baiana saúde pública**, v.34, n.4, p.853-864, out.-dez. 2010a.

OLIVEIRA, L.C.F., ASSIS, M. M. A. e BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3561-3567, 2010 b.

OMRAM, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 2, p. 161-170, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Organização Mundial de Saúde/United Nations Children's Fund. Cuidados Primários de Saúde Alma- Ata**. 1978. URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - OECD. **Drug spending in OECD countries up by nearly a third since 1998, according to new OECD data**. 2005. Disponível em: [http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=PAC/COM/NEWS\(2005\)21&docLanguage=En](http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=PAC/COM/NEWS(2005)21&docLanguage=En). Acesso em: 09 mar. 2013.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. **OECD Health Data 2012**. Disponível em: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>. Acesso em: 09 mar. 2013.

PANIZ, V.M.V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 267-280, fev. 2008.

PEDRO, A.O. et al. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, aug. 2002.

PEREIRA, M.B. **Análise dos gastos públicos e da distribuição dos medicamentos na Atenção Básica no município de Fortaleza-CE no ano de 2006**. 2007. 140f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

PONTES, RJ; Ramos-Júnior, NA; Kerr, LRS e Bosi MLM. Transição demográfica e epidemiológica. In: Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

PORTELA, A.S. et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Rev. ciênc. farm. básica apl**, v, 31, n. 1, p. 09-14, 2010.

QUEIROZ E SILVA, E.; ROCHA, R.M. **Compras Governamentais: uma análise das causas da morosidade dos processos de comprar no âmbito da FUB**. 2006. 54f. Monografia (Pós graduação em Desenvolvimento Gerencial) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Universidade de Brasília, Brasília.

- RIBEIRO, L. C.; JURUENA, M. F. Médicos, Indústria Farmacêutica e Propaganda: que relação é essa? **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.4, n.1, p.03-10, 2013.
- RICARDO, V. Vícios e virtudes Públicas. **Revista Conjuntura Econômica**, v. 60, n. 4. 18-23, abr. 2006.
- ROMAGNOLI, R.C. Breve Estudo Institucionalista Acerca do Programa de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.3, 2009
- SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA MINISTÉRIO DA SAÚDE - SAGE. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 13 out. 2013.
- SANTINI, L. A. A dupla face do gasto público. **Revista Conjuntura Econômica**, v. 60, n.4, p.24-25, abr. 2006.
- SANTOS, T.R.A. et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 94-103, 2013.
- SANTOS-PINTO, C.B.; COSTA, N.R.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2963-2973, jun. 2011.
- SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, dez. 2004.
- SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-40, jan-fev. 2010.
- SILVEIRA, F. G.; OSORIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. Os gastos das famílias com saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 719-731, 2002.
- SIOPS - Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>. Acesso em: 13 out. 2013.
- UGÁ, M. A. D.; PORTO, S.M. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008. p. 473-505.
- VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **Radis Comunicação e Saúde**, n. 96, p. 12-19, ago. 2010.
- VIEIRA F.S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 149–56, 2010.
- VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 906-913, out. 2011
- VIEIRA, F.S. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 674-81, 2009.
- VIEIRA, F.S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 2, p. 91-100, ago. 2008.
- VIEIRA, F.S.; Mendes, A.C.R. **Evolução dos gastos com medicamentos: crescimento que preocupa**. In: VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde; 2007; São Paulo, BR. São Paulo: PUC/SP; 2007.

<http://143.54.230.147/abres/site/arquivos/ABREs/8%20encontro%202007/Mesa%2007%20-%20Fabiola%20gastos%20medicamentos.doc>. Acesso em: 18 fev. 2013.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.1, p.73-84, 2013.

VOSGERAU, M.Z.S. et al. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1629-1638, 2011.

ZUCCHI, P; DEL NERO, C.; MALIK, A.M. Gastos em Saúde: Os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 127-150, dez. 2000.

APÊNDICE

Apêndice 1: Municípios excluídos da evolução do gasto com medicamentos da AFB. Brasil 2009-2012

ACRE	Prainha	São João do Paraíso	Nossa Senhora de
Capixaba	Quatipuru	São José dos Basílios	Nazaré
Feijó	Salinópolis	São Vicente Ferrer	Nova Santa Rita
Manoel Urbano	Salvaterra	Senador La Rocque	Pajeú do Piauí
Marechal	Santa Luzia do Pará	Serrano do Maranhão	Palmeirais
Thaumaturgo	Santo Antônio do	Timbiras	Passagem Franca do
Senador Guimard	Tauá	Trizidela do Vale	Piauí
AMAZONAS	São Caetano de	Turilândia	Pimenteiras
Atalaia do Norte	Odivelas	Tutóia	Piracuruca
Barcelos	São Domingos do	Vila Nova dos	Porto
Benjamin Constant	Araguaia	Martínrios	Prata do Piauí
Boa Vista do Ramos	São João do Araguaia	PIAUÍ	Santa Luz
Boca do Acre	São Miguel do	Agricolândia	Santo Antônio de
Canutama	Guamá	Anísio de Abreu	Lisboa
Codajás	São Miguel do	Antônio Almeida	São Braz do Piauí
Eirunepé	Guamá	Aroazes	Sebastião Leal
Jutaí	Senador José Porfírio	Barras	Sigefredo Pacheco
Manacapuru	Tailândia	Barro Duro	Uruçuí
Maraã	Terra Alta	Bertolândia	Várzea Branca
Nova Olinda do	Uruará	Boa Hora	CEARÁ
Norte	AMAPÁ	Bom Jesus	Antonina do Norte
Novo Airão	Oiapoque	Bom Princípio do	Paramoti
Parintins	Pedra Branca do	Piauí	Umari
Santa Isabel do Rio	Amapari	Brasileira	RIO GRANDE DO
Negro	Porto Grande	Buriti dos Lopes	NORTE
São Gabriel da	Vitória do Jari	Caldeirão Grande do	Caiçara do Norte
Cachoeira	TOCANTINS	Piauí	Canguaretama
Tabatinga	Dianópolis	Campo Alegre do	Caraúbas
Uarini	Goiatins	Fidalgo	Coronel Ezequiel
PARÁ	Itaguatins	Canavieira	Felipe Guerra
Anajás	Palmeirante	Capitão Gervásio	Galinhos
Aurora do Pará	Rio dos Bois	Oliveira	Jardim de Angicos
Aveiro	Sucupira	Caracol	João Câmara
Bagre	Taguatinga	Cocal	Lajes Pintadas
Belterra	MARANHÃO	Cocal de Telha	Montanhas
Bujaru	Altamira do	Cocal dos Alves	Monte das
Bujaru	Maranhão	Coívaras	Gameleiras
Cametá	Alto Parnaíba	Cristino Castro	Paraú
Canaã dos Carajás	Araguanã	Curimatá	Parnamirim
Chaves	Bacabal	Currais	Pau dos Ferros
Chaves	Benedito Leite	Curral Novo do Piauí	Rafael Fernandes
Colares	Bequimão	Curralinhos	Rafael Godeiro
Concórdia do Pará	Bom Jardim	Dirceu Arcoverde	Rio do Fogo
Curralinho	Brejo de Areia	Dom Expedito Lopes	Santa Maria
Faro	Cajapió	Eliseu Martins	Santo Antônio
Goianésia do Pará	Carutapera	Francisco Ayres	São Bento do Trairí
Gurupá	Central do Maranhão	Guaribas	São José de Mipibu
Ipixuna do Pará	Davinópolis	Jacobina do Piauí	São José do
Irituia	Estreito	Jaicós	Campestre
Magalhães Barata	Graça Aranha	Jerumenha	Serra de São Bento
Maracanã	Igarapé do Meio	João Costa	Severiano Melo
Marapanim	Maracaçumé	José de Freitas	Tibau
Marituba	Pedreiras	José de Freitas	Tibau
Medicilândia	Peritoró	Júlio Borges	Touros
Monte Alegre	Pinheiro	Jurema	Triunfo Potiguar
Muaná	Ribamar Fiquene	Lagoa Alegre	Vila Flor
Nova Esperança do	Rosário	Landri Sales	PARAÍBA
Piriá	Santo Amaro do	Luís Correia	Carrapateira
Novo Progresso	Maranhão	Luzilândia	Coxixola
Óbidos	São Domingos do	Madeiro	Cruz do Espírito
Palestina do Pará	Azeitão	Matias Olímpio	Santo
Placas	São Francisco do	Morro Cabeça no	Curral de Cima
Porto de Moz	Maranhão	Tempo	Lagoa Seca

Massaranduba	São Luís do Quitunde	Umburanas	PARANÁ
Monte Horebe	São Miguel dos	Wagner	Cerro Azul
Olho d'Água	Milagres	Wenceslau	Coronel Domingos
Ouro Velho	Traipu	Guimarães	Soares
Parari	SERGIPE	MINAS GERAIS	Diamante do Norte
Pitimbu	Canhoba	Cajuri	Foz do Jordão
Princesa Isabel	Gracho Cardoso	Capitão Enéas	Guaraqueçaba
Puxinanã	Santana do São	Córrego Danta	Imbaú
Queimadas	Francisco	Ibiracatu	Luiziana
Riachão do	São Domingos	Iguatama	Morretes
Bacamarte	BAHIA	Inhaúma	Nova Aliança do Ivaí
Riacho de Santo	Abaira	Ipiacu	Nova Fátima
Antônio	Acajutiba	Januária	Peabiru
Santa Inês	Anagé	Luz	Planaltina do Paraná
Santana dos Garrotes	Andorinha	Martins Soares	Porto Rico
Santo André	Apuarema	Pedras de Maria da	Presidente Castelo
São Domingos do	Araçás	Cruz	Branco
Cariri	Aurelino Leal	Rio Casca	São João do Caiuá
São João do Tigre	Barra da Estiva	Rio Pomba	São Sebastião da
São José de Piranhas	Barro Preto	Rochedo de Minas	Amoreira
São José dos Ramos	Buerarema	Santa Rita do	Sertanópolis
Sapé	Caetanós	Ibitipoca	SANTA CATARINA
Sousa	Camamu	Santa Rosa da Serra	Agrolândia
PERNAMBUCO	Candeal	Santana do Jacaré	Chapadão do
Araçoiaba	Capela do Alto	Santo Antônio do	Lageado
Araripina	Alegre	Aventureiro	Irati
Bodocó	Caraíbas	São João da Ponte	Passo de Torres
Brejão	Chorrochó	São Pedro dos Ferros	RIO GRANDE DO
Caetés	Conceição do Jacuípe	Serranópolis de	SUL
Carnaubeira da Penha	Dário Meira	Minas	Barra do Ribeiro
Inajá	Elísio Medrado	Teixeiras	Dezesseis de
Itacuruba	Guajeru	Wenceslau Braz	Novembro
Itamaracá	Guaratinga	ESPÍRITO SANTO	São Francisco de
Itambé	Ibiquera	Rio Novo do Sul	Paula
Itaquitinga	Ibirapitanga	RIO DE JANEIRO	Sentinela do Sul
Jatobá	Ichu	Araruama	Tapes
Lagoa Grande	Ipecaetá	Cabo Frio	MATO GROSSO
Macaparana	Itabela	Itaperuna	Acorizal
Machados	Itacaré	Laje do Muriaé	Barão de Melgaço
Maraial	Itanagra	Magé	Novo Santo Antônio
Moreilândia	Itaparica	Squarema	Poconé
Moreno	Itarantim	Seropédica	Ponte Branca
Ouricuri	Itororó	SÃO PAULO	Porto Esperidião
Pombos	Ituaçu	Araçariguama	GOIÁS
Santa Cruz da Baixa	Jitaúna	Bananal	Carmo do Rio Verde
Verde	Jucuruçu	Barão de Antonina	Doverlândia
Santa Maria da Boa	Jussari	Barra do Chapéu	Goiandira
Vista	Licínio de Almeida	Campos Novos	Gouvelândia
Santa Terezinha	Macajuba	Paulista	Inaciolândia
São José da Coroa	Maraú	Cássia dos Coqueiros	Leopoldo de Bulhões
Grande	Marcionílio Souza	Emilianópolis	Mundo Novo
Tracunhaém	Miguel Calmon	Ibiúna	Nova Roma
Trindade	Nova Canaã	Itapevi	Novo Gama
ALAGOAS	Nova Redenção	Jandira	Padre Bernardo
Belém	Ouriçangas	Jeriquara	Perolândia
Cajueiro	Piripá	Lupércio	Santa Bárbara de
Carneiros	Planaltino	Mongaguá	Goiás
Flexeiras	São Gonçalo dos	Nova Canaã Paulista	Santa Cruz de Goiás
Inhapi	Campos	Sales Oliveira	Santa Terezinha de
Japaratinga	Saubara	Santa Cruz das	Goiás
Joaquim Gomes	Seabra	Palmeiras	Santo Antônio do
Matriz de	Sítio do Mato	Serrana	Descoberto
Camargibe	Sítio do Quinto	Timburi	Serranópolis
Palestina	Sobradinho	Trabiju	Valparaíso de Goiás
Passo de Camargibe	Tucano	Várzea Paulista	
Pindoba	Ubatã	Vera Cruz	

Apêndice 2: Municípios excluídos da correlação de indicadores municipais com o gasto com medicamentos da AFB. Brasil, 2012

RONDÔNIA Nova União ACRE Assis Brasil Capixaba Epitaciolândia Feijó Manoel Urbano Marechal Thaumaturgo Plácido de Castro Rio Branco Santa Rosa do Purus Sena Madureira Senador Guiomard Tarauacá Xapuri AMAZONAS Atalaia do Norte Barcelos Benjamin Constant Boa Vista do Ramos Boca do Acre Canutama Codajás Eirunepé Jutai Lábrea Manacapuru Manicoré Maraã Nova Olinda do Norte Novo Airão Parintins Santa Isabel do Rio Negro São Gabriel da Cachoeira Tapauá Tefé Uarini RORAIMA Alto Alegre PARÁ Anajás Aurora do Pará Aveiro Bagre Belterra Bujaru Cametá Canaã dos Carajás Chaves Colares Concórdia do Pará Curralinho Faro Goianésia do Pará Gurupá Igarapé-Miri Ipixuna do Pará Irituia Mãe do Rio Magalhães Barata Maracanã Marapanim	Marituba Medicilândia Monte Alegre Muana Nova Esperança do Piriá Novo Progresso Óbidos Palestina do Pará Placas Prainha Quatipuru Salinópolis Salvaterra Santa Luzia do Pará Santa Maria das Barreiras Santarém Santo Antônio do Tauá São Caetano de Odivelas São Domingos do Araguaia São João da Ponta São João do Araguaia São Miguel do Guamá Sapucaia Senador José Porfírio Terra Alta AMAPÁ Oiapoque Pedra Branca do Amapari Porto Grande Vitória do Jari TOCANTINS Aguiarnópolis Aliança do Tocantins Aragominas Araguaia Arraias Aurora do Tocantins Brejinho de Nazaré Buriti do Tocantins Cariri do Tocantins Carmolândia Dueré Filadélfia Goiatins Itaguatins Itapiratins Mateiros Oliveira de Fátima Palmeirante Palmeiras do Tocantins Palmeirópolis Parana Piraquê Ponte Alta do Bom Jesus Pugmil Recursolândia Rio dos Bois Sandolândia Santa Maria do Tocantins Santa Rita do Tocantins Santa Rosa do Tocantins Santa Tereza do Tocantins São Félix do Tocantins	São Sebastião do Tocantins Sucupira Talismã Tupirama Wanderlândia Xambioá MARANHÃO Altamira do Maranhão Anajatuba Araguaia Bacurituba Bela Vista do Maranhão Benedito Leite Bequimão Brejo de Areia Cajapió Cândido Mendes Carutapera Central do Maranhão Davinópolis Fortaleza dos Nogueiras Godofredo Viana Governador Archer Graça Aranha Grajaú Guimarães Icatu Igarapé do Meio Lagoa do Mato Lagoa Grande do Maranhão Magalhães de Almeida Maracaçumé Milagres do Maranhão Miranda do Norte Monção Nova Iorque Parnarama Pedro do Rosário Pindaré-Mirim Pinheiro Poção de Pedras Presidente Sarney Primeira Cruz Ribamar Fiquene Rosário Sambaíba Santo Amaro do Maranhão São Domingos do Azeitão São Francisco do Brejão São Francisco do Maranhão São João do Paraíso São José dos Basílios São Roberto São Vicente Ferrer Satubinha Senador Alexandre Costa Senador La Rocque Serrano do Maranhão Sucupira do Norte Timbiras Trizidela do Vale Turilândia Tutóia	Vargem Grande Vitorino Freire PIAUÍ Agricolândia Anísio de Abreu Antônio Almeida Assunção do Piauí Barras Barro Duro Bertolinia Boa Hora Bom Jesus Bom Princípio do Piauí Brasileira Caldeirão Grande do Piauí Campo Alegre do Fidalgo Canavieira Capitão Gervásio Oliveira Caracol Cocal Cocal de Telha Cocal dos Alves Coivaras Coronel José Dias Corrente Cristino Castro Curimatá Currais Curral Novo do Piauí Curralinhos Dirceu Arcoverde Dom Expedito Lopes Eliseu Martins Francinópolis Francisco Ayres Francisco Macedo Guaribas Jacobina do Piauí Jerumenha João Costa Joaquim Pires Júlio Borges Jurema Lagoa Alegre Lagoa do Barro do Piauí Landri Sales Luís Correia Madeiro Miguel Leão Morro Cabeça no Tempo Nossa Senhora de Nazaré Nova Santa Rita Pajeú do Piauí Palmeira do Piauí Palmeirais Passagem Franca do Piauí Pavussu Porto Prata do Piauí Santa Cruz dos Milagres Santa Luz Santo Antônio de Lisboa São Braz do Piauí
---	---	---	--

Sebastião Leal	Rafael Godeiro	Parnamirim	São Domingos
Sigefredo Pacheco	Rio do Fogo	Pombos	São Francisco
Uruçuí	Ruy Barbosa	Santa Cruz	São Miguel do Aleixo
Várzea Branca	Santa Maria	Santa Cruz da Baixa Verde	Telha
CEARÁ	Santana do Matos	Santa Filomena	BAHIA
Araripe	São José do Campestre	Santa Terezinha	Abaiara
Arneiroz	Senador Georgino Avelino	São Benedito do Sul	Abaré
Barroquinha	Serra de São Bento	São José da Coroa Grande	Acajutiba
Campos Sales	Timbaúba dos Batistas	São Vicente Ferrer	Água Fria
Catarina	Triunfo Potiguar	Tacaratu	Aiquara
Chaval	Vila Flor	Tracunhaém	Andorinha
Coreaú	PARAÍBA	Trindade	Angical
Farias Brito	Areia de Baraúnas	Xexéu	Antônio Cardoso
Fortim	Areial	ALAGOAS	Araças
Frecheirinha	Bom Jesus	Belém	Aurelino Leal
General Sampaio	Cachoeira dos Índios	Cajueiro	Banzaê
Granja	Caiçara	Campestre	Barra do Rocha
Groaíras	Carrapateira	Carneiros	Barro Preto
Horizonte	Coxixola	Flexeiras	Barrocas
Ibaretama	Cruz do Espírito Santo	Japaratinga	Boninal
Icapuí	Lagoa	Jequiá da Praia	Brejões
Iguatu	Lucena	Joaquim Gomes	Brotas de Macaúbas
Ipaporanga	Massaranduba	Mar Vermelho	Buerarema
Irauçuba	Monte Horebe	Matriz de Camaragibe	Buritirama
Itatira	Ouro Velho	Palestina	Caatiba
Jijoca de Jericoacoara	Parari	Passo de Camaragibe	Caém
Maracanaú	Pilar	Pindoba	Cairu
Martinópolis	Pitimbu	São Luís do Quitunde	Caldeirão Grande
Massapê	Poço Dantas	São Miguel dos Milagres	Camamu
Miraíma	Riachão do Bacamarte	Satuba	Campo Alegre de Lourdes
Mulungu	Riacho de Santo Antônio	Traipu	Canarana
Pacajus	Santa Cecília	SERGIPE	Candeal
Pacoti	Santa Cruz	Amparo de São Francisco	Caraibas
Pires Ferreira	Santa Inês	Araúá	Cardeal da Silva
Poranga	Santana dos Garrotes	Areia Branca	Chorrochó
Quixadá	São Domingos do Cariri	Brejo Grande	Coronel João Sá
Russas	São Francisco	Campo do Brito	Cotegipe
Saboeiro	São João do Tigre	Canhoba	Cravolândia
Salitre	São José dos Ramos	Canindé de São Francisco	Cristópolis
Santana do Cariri	São Sebastião de Lagoa de Roça	Capela	Curaçá
Tarrafas	Sobrado	Cumbe	Dário Meira
Tejuçuoca	Umbuzeiro	Divina Pastora	Elísio Medrado
Trairi	PERNAMBUCO	Frei Paulo	Feira da Mata
Tururu	Angelim	Gararu	Firmino Alves
Umari	Araçoiaba	General Maynard	Floresta Azul
RIO GRANDE DO NORTE	Brejo	Gracho Cardoso	Gentio do Ouro
Água Nova	Cabo de Santo Agostinho	Indiaroba	Gongogi
Baía Formosa	Calçado	Itaporanga d'Ajuda	Ibicuí
Caiçara do Norte	Carnaubeira da Penha	Japaratinga	Ibiquera
Caraúbas	Cedro	Laranjeiras	Ibirapitanga
Coronel Ezequiel	Fernando de Noronha	Macambira	Ibirataia
Encanto	Gameleira	Malhada dos Bois	Ichu
Extremoz	Glória do Goitá	Maruim	Ipecaetá
Felipe Guerra	Goiana	Moita Bonita	Irajuba
Florânia	Ibimirim	Monte Alegre de Sergipe	Iramaia
Galinhas	Ilha de Itamaracá	Neópolis	Itabela
Jandaíra	Itacuruba	Pacatuba	Itagibá
Japi	Itaquitinga	Pedra Mole	Itaguaçu da Bahia
Jardim de Angicos	Jaqueira	Pedrinhas	Itaju do Colônia
Jundiá	Jataúba	Pinhão	Itambé
Lagoa de Pedras	Machados	Porto da Folha	Itanagra
Lagoa de Velhos	Maraial	Propriá	Itapé
Lajes Pintadas	Moreilândia	Riachuelo	Itapitanga
Monte das Gameleiras	Moreno	Santa Rosa de Lima	Itatim
Paraú	Ouricuri	Santana do São Francisco	Itororó
Parazinho	Palmeirina	Santo Amaro das Brotas	Iuiú
Rafael Fernandes	Panelas	São Cristóvão	Jiquiriçá

Jucuruçu	Ubatã	Leandro Ferreira	ESPÍRITO SANTO
Jussara	Uibaí	Luislândia	Alto Rio Novo
Jussari	Umburanas	Mar de Espanha	RIO DE JANEIRO
Jussape	Várzea Nova	Maripá de Minas	Carapebus
Lafaiete Coutinho	Vereda	Marliéria	Quissamã
Lajedinho	Wagner	Marmelópolis	Rio das Flores
Lajedo do Tabocal	Wanderley	Materlândia	SÃO PAULO
Lençóis	Wenceslau Guimarães	Mathias Lobato	Aparecida
Luís Eduardo Magalhães	Xique-Xique	Matias Barbosa	Barra do Chapéu
Macajuba	MINAS GERAIS	Matias Cardoso	Barra do Turvo
Macururé	Água Comprida	Monjolos	Biritiba-Mirim
Maiquinique	Alvinópolis	Monte Formoso	Boracéia
Malhada	Araçaí	Natalândia	Borebi
Maraú	Arantina	Ninheira	Cruzália
Marcionílio Souza	Arapuá	Novo Oriente de Minas	Emilianópolis
Mascote	Belmiro Braga	Oliveira Fortes	Igaratá
Mata de São João	Berilo	Onça de Pitangui	Iporanga
Milagres	Berizal	Ouro Verde de Minas	Itapirapuã Paulista
Morpará	Bertópolis	Padre Carvalho	Jumirim
Muquém de São Francisco	Biquinhas	Passa-Vinte	Monções
Nilo Peçanha	Cachoeira de Pajeú	Pequeri	Onda Verde
Nova Canaã	Camacho	Piau	Paulistânia
Nova Fátima	Campanário	Piedade de Ponte Nova	Pedro de Toledo
Nova Ibiá	Campo Azul	Presidente Juscelino	Platina
Nova Redenção	Cantagalo	Queluzito	Sandovalina
Novo Triunfo	Carai	Rio Acima	Santa Clara d'Oeste
Ouriçangas	Caranaíba	Rio do Prado	São Lourenço da Serra
Paratinga	Carmésia	Rio Doce	Tejupá
Pau Brasil	Catas Altas	Rio Espera	Timburi
Pedrao	Catas Altas da Noruega	Rio Manso	Trabiju
Pedro Alexandre	Catuji	Rio Preto	Zacarias
Piatã	Cedro do Abaeté	Rochedo de Minas	PARANÁ
Pirai do Norte	Chapada do Norte	Rodeiro	Alto Paraíso
Planaltino	Chapada Gaúcha	Santa Cruz de Minas	Antônio Olinto
Planalto	Claraval	Santa Cruz do Escalvado	Arapuã
Ponto Novo	Comendador Gomes	Santa Maria do Salto	Boa Ventura de São Roque
Potiraguá	Confins	Santana do Deserto	Campo Bonito
Presidente Dutra	Consolação	Santo Antônio do Aventureiro	Cerro Azul
Presidente Jânio Quadros	Cordisburgo	São Geraldo da Piedade	Cruzeiro do Iguaçu
Quixabeira	Coronel Pacheco	São Geraldo do Baixio	Cruzmalina
Riachão das Neves	Córrego Danta	São Gonçalo do Rio Abaixo	Diamante do Sul
Ribeira do Amparo	Córrego do Bom Jesus	São Gonçalo do Rio Preto	Doutor Ulysses
Ribeirão do Largo	Crisólita	São João da Mata	Fernandes Pinheiro
Santa Brígida	Cuparaque	São José do Divino	Foz do Jordão
Santa Cruz Cabralia	Desterro de Entre Rios	São Pedro da União	Guamiranga
Santa Inês	Divinésia	São Pedro do Suaçuí	Guaporema
Santa Teresinha	Divisópolis	São Sebastião da Bela Vista	Guaraqueçaba
Santo Antônio de Jesus	Doresópolis	São Sebastião da Vargem Alegre	Itanópolis
São Desidério	Estrela do Sul	São Sebastião do Rio Preto	Ivatuba
São Domingos	Felício dos Santos	São Sebastião do Rio Verde	Lidianópolis
São Félix	Felisburgo	Sardoá	Mato Rico
São Francisco do Conde	Fronteira	Senador Amaral	Mirador
São Gabriel	Guarani	Senador Cortes	Nova Aliança do Ivaí
São José da Vitória	Guarará	Senador José Bento	Ourizona
Sapeaçu	Ibiracatu	Serra da Saudade	Paranapoema
Sátiro Dias	Indaiabira	Serranópolis de Minas	Pinhal de São Bento
Saubara	Indianópolis	Silveirânia	Porto Amazonas
Saúde	Itacambira	Simão Pereira	Presidente Castelo Branco
Sento Sé	Itambé do Mato Dentro	Tabuleiro	Quatro Pontes
Serra Preta	Itaverava	Taparuba	Reserva do Iguaçu
Sítio do Mato	Jampruca	Tapira	Rio Azul
Sítio do Quinto	Japaraíba	Tapiraí	Rosário do Ivaí
Sobradinho	Jeceaba	Tocos do Moji	Santa Inês
Tanhaçu	Jequitaiá	Umburatiba	Sapopema
Tanquinho	Jordânia	Uruana de Minas	Tamboara
Teodoro Sampaio	Josenópolis	Vargem Grande do Rio Pardo	Uniflor
Terra Nova	Juramento	Wenceslau Braz	SANTA CATARINA

Chapadão do Lageado	Nova Aurora
Corupá	Nova Glória
Formosa do Sul	Nova Iguaçu de Goiás
Jupia	Nova Roma
Lacerdópolis	Nova Veneza
Lajeado Grande	Novo Brasil
Paial	Palmelo
Santiago do Sul	Pilar de Goiás
União do Oeste	Portelândia
Vargem	Santa Cruz de Goiás
RIO GRANDE DO SUL	São Luiz do Norte
Barão	Sítio d'Abadia
Barra do Quaraí	Três Ranchos
Caiçara	Trombas
Capela de Santana	Uirapuru
Ernestina	Vila Boa
Ivorá	Vila Propício
Lagoa Bonita do Sul	
Marques de Souza	
Pontão	
Quaraí	
Riozinho	
Rolador	
Santa Margarida do Sul	
Santa Tereza	
Santo Antônio do Palma	
São José das Missões	
São Pedro das Missões	
Sentinela do Sul	
Tapes	
Vespasiano Correa	
MATO GROSSO DO SUL	
Bandeirantes	
Coronel Sapucaia	
Rochedo	
MATO GROSSO	
Araguaiana	
Barão de Melgaço	
Bom Jesus do Araguaia	
Cocalinho	
General Carneiro	
Jangada	
Juruena	
Nova Brasilândia	
Nova Maringá	
Novo Santo Antônio	
Planalto da Serra	
Ponte Branca	
Ribeirãozinho	
Rondolândia	
Santo Antônio do Leste	
São José do Povo	
São José do Xingu	
GOIÁS	
Água Fria de Goiás	
Cabeceiras	
Campinaçu	
Campos Verdes	
Carmo do Rio Verde	
Cavalcante	
Damianópolis	
Davinópolis	
Flores de Goiás	
Heitorai	
Itaguaru	
Mimoso de Goiás	
Montividiu do Norte	

