UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA
ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE

CEZAR MARÃES CERQUEIRA

PROPOSTA DE CRITÉRIOS DE EQUIDADE A SEREM ADOTADOS NO FINANCIAMENTO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CONSIDERANDO O PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE

Brasília, DF
Maio de 2018

PROPOSTA DE CRITÉRIOS DE EQUIDADE A SEREM ADOTADOS NO FINANCIAMENTO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CONSIDERANDO O PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção de título de Especialista em Economia da Saúde.

Aluno: Cezar Marães Cerqueira
Orientadora: Profa. Dra. Jane Mary de Medeiros Guimarães

Brasília, DF

Maio de 2018

2ª CONTRACAPA

Dr. Edward Madureira Brasil
Reitor

Dra. Sandramara Matias Chaves
Vice-Reitor

Dra. Flavia Aparecida de Oliveira
Pró-Reitora de Ensino Superior

Dr. Laerte Guimarães Ferreira Júnior
Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Este documento pode ser reproduzido na íntegra, desde que citada a fonte.

FOLHA DE APROVAÇÃO

O conteúdo dessa página será enviado já formatado e com os nomes da banca de cada aluno para inclusão nesse local.

DEDICATÓRIA

A Deus, minha família e a todos aqueles que não desistem dos seus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela saúde e oportunidade de estar concluindo este curso.
A minha família, Ana Paula, Eduardo e Bárbara, minha maior motivação.
A minha orientadora, Professora Jane Mary, cujo apoio, orientação e solidariedade foram fundamentais nessa jornada.

Aos Professores Sérgio Piola e Fabíola Sulpino pelas orientações e oportunidades de melhorar o estudo.
Ao Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos-DAF, Dr. Renato Teixeira, pela oportunidade de ingressar no Ministério da Saúde e participar desta especialização.
Aos amigos da CGAFB, em especial, ao Dr. Raimundo, que autorizou meu ingresso ao curso, à Letisa Nora, que foi minha tutora no entendimento do repasse do CBAF desde minha chegada ao Ministério.
Às amigas e colegas de Ministério e curso Vera Tierling e Mayrla Moniz, pelo apoio e incentivo durante toda esta trajetória.
A minha professora de Inglês, Ana Donnelly, que traduziu o resumo deste trabalho em caráter de urgência, na madrugada anterior à data de entrega.
Aos meus pais, irmãos, sobrinhos e amigos, pela amizade e torcida pelo sucesso deste estudo.

RESUMO

O atual modelo do processo de repasse no financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) pode ser considerado estático, onde seu único critério adotado é o per capita/ano. O recurso é repassado considerando o valor de R$ 5,58 por habitante e esse valor dividido em 12 parcelas mensais. É notório que um país com diversidades e dimensões continentais como o Brasil, possui populações com diferentes características e necessidades. Regiões desenvolvidas socioeconomicamente, com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), recebem os recursos para financiamento do CBAF, sendo observados o mesmo critério e modelo para o repasse a regiões com alto Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). O presente estudo tem por objetivo apresentar novos critérios a serem adotados no processo de repasse do CBAF, além de apontar possíveis adequações, como o fim da utilização das estimativas das populações 2009 e 2011 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), afim de reduzir as iniquidades provocadas pelo modelo atual. Resultados encontrados e Conclusão.

Palavras chave: Assistência Farmacêutica, Equidade, Financiamento do CBAF, SUS

ABSTRACT

The current model of the process of transferring the Basic Component of Pharmaceutical Assistance (BCPA) can be considered as static, where its only criterion is per capita / year. The resource is passed on considering the value of R$ 5.58 per inhabitant and this amount divided into 12 monthly installments. It is notorious that a country with continental diversity and dimensions such as Brazil has populations with different characteristics and needs. Regions developed socioeconomically, with a high Human Development Index (HDI), receive the resources for financing the (BCPA), observing the same criterion and model for the transfer to regions with high Social Vulnerability Index (SVI). The present study aims to present new criteria to be adopted in the (BCPA) transfer process, in addition to pointing out possible adjustments, such as the end of the use of estimates of the 2009 and 2011 populations of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (BIGS). In order to reduce the iniquities caused by the current model.

Key words: Pharmaceutical Assistance, Equity, BCPA Financing, SUS

LISTA DE FIGURAS

NUMERAÇÃO E TÍTULO PÁGINA

FIGURA 1 - Distribuição das Regiões segundo Cinco Grupos Socioeconômicos 33

FIGURA 2 – Repasses da Contrapartida Federal do CBAF (2017-2017) 35

FIGURA 3 – Faixa de Vulnerabilidade Social 38

FIGURA 4 – Mapa do IDHM do Brasil (2010) 39

FIGURA 5 – Faixa de Desenvolvimento Humano Municipal 40

FIGURA 6 – Índice de Vulnerabilidade Social no Brasil 41

FIGURA 7 – IDHM no Brasil entre 1991 a 2010 42

LISTA DE TABELAS

NUMERAÇÃO E TÍTULO PÁGINA

TABELA 1 – REPASSES DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 30

TABELA 2 – PAB FIXO 2010-2016 34

TABELA 3 – COMPARATIVO POPULAÇÃO IBGE X POPULAÇÃO REPASSE CGAFB 35

TABELA 4 – REPASSE ANUAL DA CONTRAPARTIDA FEDERAL DO CBAF EM REGIÕES 43

TABELA 5 – REPASSE ANUAL DA CONTRAPARTIDA FEDERAL DO CBAF EM REGIÕES DE ACORDO COM OS NOVOS CRITÉRIOS 44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADH	Atlas de Desenvolvimento Urbano
AF	Assistência Farmacêutica
AFB	Assistência Farmacêutica Básica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPS	Banco de Preços em Saúde
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
IAFB	Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano por Município
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
NHS	National Health System
PIB	Produto Interno Bruto
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.
RFB	Receita Federal do Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO 14
1.1. Origens da Assistência Farmacêutica no Brasil e o Atual Modelo de Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica 15

2- OBJETIVOS 25
2.1. Objetivo Geral 25
2.2. Objetivos Específicos. 25

3- ASPECTOS METODOLÓGICOS 26

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO 28
4.1. Análise dos Repasses da Contrapartida Federal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Brasil durante o período de 2013 a 2017 28
4.2. Proposta de critérios de equidade a serem adotados no financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. 32

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS 45

ELEMENTOS PÓS-TEXTUAIS

6- DAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 47

1. INTRODUÇÃO

O atual modelo do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), normatizado pela Portaria de Consolidação n° 6 de 2017 e os critérios adotados no repasse da contrapartida federal são objetos desse estudo.

A formalização do primeiro conceito de Assistência Farmacêutica (AF) no Brasil se deu com a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), sendo definida como um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, cujo objetivo é apoiar as ações de saúde em uma comunidade. (Vieira & Zucchi, p. 2013).

Para Perini, no interior do sistema de atenção à saúde, trata-se de “um conjunto de tecnologias que têm por objetivo garantir práticas de prevenção, recuperação e alívio das doenças com base no uso ou em formas de evitar o uso de medicamentos”. (Perini, 2003)

A Assistência Farmacêutica (AF) faz parte do direito constitucional à saúde e é definida na Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, como: “[...] o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional”. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004)

Embora a previsão legal de sua relevância estivesse estabelecida, as ações de AF passaram a ter maior importância para os serviços de saúde após a verificação de que os gastos com medicamentos eram bastante elevados. Esses gastos não estavam somente relacionados com a aquisição de medicamentos, mas também ao uso inadequado, o qual aumentava o número de internações hospitalares, contribuindo para os altos custos com medicamentos (BRAGA, 2014).

A estruturação da AF é um dos grandes desafios que se apresenta aos gestores e profissionais do SUS, quer pelos recursos financeiros envolvidos como pela necessidade de aperfeiçoamento contínuo com busca de novas estratégias no seu gerenciamento (BRASIL, 2007).

O financiamento do CBAF é tripartite, ou seja, os três entes da federação têm a responsabilidade de financiá-lo, adotando como único critério de repasse o demográfico, considerando o número de habitantes (per capta/ano) de cada município

e repassando o valor de referência do ente federativo por habitante. O repasse é realizado em 12 parcelas, tendo atualmente a população do ano de 2016, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como referência e é destinado à aquisição dos medicamentos e insumos constantes nos anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

É notório também, nos mais diferentes artigos e publicações, que mesmo nos países detentores de Sistemas Públicos de Saúde de caráter universal e integral, existe a preocupação com o crescente gasto em saúde, tendo como uma das principais variáveis o gasto com medicamentos.

Este estudo tem por objetivo geral propor critérios de equidade a serem adotados no repasse do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

1.1. ORIGENS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL E O ATUAL MODELO DE FINANCIAMENTO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF) no Brasil, desde seus primórdios, com a criação da Central de Medicamentos (CEME) em 1971, até os dias atuais, sofreu relevantes transformações até chegar ao modelo atual, adequando-se à nova concepção de saúde pública e AF dos dias atuais.

Atualmente, as normatizações do financiamento e execução do CBAF estão contidas nas Portarias de Consolidação nº 02/2017 e nº 06/2017. Porém, antes de dissertar e aprofundar nas normatizações atuais, faz-se necessária uma análise histórica da AF no Brasil para compreendermos o atual modelo e o que deve ser aprimorado na busca da equidade e garantia do acesso universal aos tratamentos medicamentosos.

A Constituição Federal de 1988 foi promulgada e consagrou a saúde como dever do Estado e direito de todos. Porém, ainda seria necessária normatizações e definições acerca da Política de Saúde Pública, suas fontes de financiamento, além de definir uma política específica para a AF.

Fazendo uma análise cronológica da AF, nos reportamos ao ano de 1964, num cenário politicamente conturbado do nosso país, onde foi editado o Decreto 53.612,

estabelecendo a primeira lista de medicamentos essenciais – Relação Básica e prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para uso Farmacêutico Humano e Veterinário.

Nesse período ainda não havia nenhum entendimento e regulamentação acerca da AF, mas o ano de 1971 foi de grande importância neste processo, sendo criada a Central de Medicamentos (CEME), através do Decreto 68.806.

A CEME tinha o objetivo de garantir à toda população carente brasileira, o acesso aos medicamentos essenciais, implementando uma política de apoio à pesquisa, desenvolvimento e fortalecimento do sistema produtivo nacional, público e privado. Sua fonte de financiamento provinha de convênios celebrados com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Com isso, todos os medicamentos que eram adquiridos pelo CEME tinham como destino a Rede dos Serviços Públicos Ambulatoriais. (OPAS,2005)

No ano de 1975, registrando seu pioneirismo, mesmo antes da Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborar uma lista de medicamentos essenciais, fato ocorrido em 1977, foi instituída no Brasil, através da edição da Portaria MPAS Nº 233, a sua Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), se constituindo como um instrumento de fornecimento de medicamentos prioritários para as unidades de saúde. (PORTELA, LEAL, WERNER, SIMÕES, MEDEIROS, & A.C.D, 2010)

No ano de 1987, véspera da promulgação da 7ª Constituição Federal do Brasil, foi criado, por iniciativa da CEME, o Programa de Farmácia Básica. Segundo (Consendey, et al., 2000) este programa foi implantado em apenas 3.370 dos 4.600 municípios da época. Sua criação motivada devido às constatações de que a Relação de Medicamentos Essenciais – RENAME estava sendo pouco utilizada pelos prescritores, além de ser verificado um grande número de medicamentos sendo desperdiçados, seja por questões de logística ou ausência de uma programação adequada.

Para Bermudez (1995:137),

> O módulo de Farmácia Básica pode ser identificado, em grande parte, como um instrumento de favorecimento do clientelismo político que contribuiu para a distorção da CEME de suas finalidades iniciais e para o quadro de esvaziamento político que caracterizou as consecutivas mudanças em sua vinculação institucional.

Sem dúvida nenhuma, na evolução da concepção de saúde pública no Brasil, a centralização nas decisões nos processos de aquisição e dispensação dos insumos e medicamentos, tornaram o processo ineficiente e alvo de denúncias acerca de corrupção na CEME. Além disso, existia uma grande carência aceca da qualificação de profissionais que atuavam na gestão e na ponta da AF. A logística também era uma variável a evoluir, pois medicamentos eram perdidos, devido ao seu armazenamento indevido, locais impróprios comprometendo assim a qualidade das embalagens e do medicamento em si.

No serviço público de saúde, a farmácia precisava ser encarada como um verdadeiro alicerce para a saúde pública e não poderia continuar funcionando como um mero almoxarifado que praticamente só tinha a função de realizar a distribuição de medicamentos e insumos.

O Brasil, com toda sua diversidade biológica, cultural, demográfica, de perfis epidemiológicos diversos e de sua dimensão continental não poderia ter a saúde de sua população gerida de forma centralizadora, por um órgão que não dispunha da capacidade técnica e estrutural adequadas para atender com eficiência todas essas variáveis. Amadurecia-se nesse período, a necessidade de se definir normas e diretrizes referente à Saúde Pública no Brasil, buscar meios para financiar seu acesso e qualificar profissionais e gestores na busca pela eficiência da prestação deste serviço.

O Programa de Farmácia Básica, que inicialmente visava suprir certa quantidade de medicamentos selecionados pela RENAME, para padronizar no âmbito nacional os medicamentos utilizados no tratamento de doenças comuns no Brasil, não obteve êxito, devido às diversidades regionais, de perfis epidemiológicos e perfis de morbidades específicos. Registrou-se novamente falta e excesso de medicamentos em diferentes localidades, comprometendo sua eficiência, o que acarretou na extinção do programa apenas dois anos após a sua criação.

O ano de 1988 foi histórico para o Brasil, a chamada Constituição cidadã foi promulgada e consagrou o serviço público de saúde como um direito de todos e dever do Estado. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. ” (BRASIL,1988, p. 154).

Começava-se aí a nascer uma nova mentalidade, de que o serviço público de saúde deveria ter uma gestão compartilhada e descentralizada, mentalidade essa que passaria a influenciar todas as Políticas de Saúde, incluindo-se a Assistência Farmacêutica.

Porém, apesar desse grande avanço, o Sistema Público de Saúde ainda não tinha definido as suas normas, diretrizes e fontes de financiamento. Foi então que no ano de 1990, foi editada a Lei Orgânica da Saúde (LEI Nº 8080/1990), regulamentando o Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmando a saúde como dever do Estado, sendo este responsável pela formulação e execução de políticas afim de garantir o acesso universal e equânime às ações e serviços de saúde.

Mesmo com a criação do SUS e a nova mentalidade de gestão descentralizada e compartilhada dos serviços de saúde, a AF ainda era gerida e executada pela CEME. Nesse período foi extinto o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o que levou a CEME a realizar os convênios diretamente com o Ministério da Saúde (MS), além dos Estados e Municípios da federação.

Esse modelo ineficiente de centralização na aquisição e distribuição dos medicamentos continuou gerando perdas e prejuízos tanto para os cofres públicos quanto para a população que continuava carente de uma AF eficiente e que garantisse o seu acesso universal, respeitando os princípios da equidade. Foi então que no ano de 1997 a CEME foi extinta, através do Decreto 2.283.

Com o fim da CEME chegava enfim o momento de se definir, de acordo com os princípios doutrinários do SUS, uma nova Assistência Farmacêutica, que necessitava de uma política e diretrizes regulamentadas e definidas. Era o momento de alinhar-se com a nova mentalidade de fazer política pública de saúde, de ter suas normas e responsabilidades definidas e divididas pelos gestores das três esferas federais, além da participação da sociedade em todo o processo.

Foi no ano de 1998, que o MS editou a Portaria GM/MS 3.916 de 30 de outubro, definido a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que teve como objetivo garantir segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, além do seu uso racional e o acesso da população aos chamados medicamentos essenciais. Enfim, a AF teve suas funções e finalidades normatizadas dentro do SUS, o MS iniciava a implementação da

nova política com a edição da Portaria supracitada, além de incluir o abastecimento de medicamentos com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Questões que antes não eram relevantes na prestação da AF, realizadas de forma centralizada pela CEME, passaram a ser essenciais na AF, como a preocupação com o controle e qualidade dos medicamentos, qualidade, conservação, eficácia terapêutica e seu uso racional.

Em virtude dessa nova concepção, neste mesmo ano, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que tem como uma de suas principais finalidades garantir condições para a segurança e qualidade dos medicamentos consumidos no país.

Já em 2004, foi publicada a Resolução 338/2004 que aprovou a Política Nacional da Assistência Farmacêutica (PNAF), que entre outras questões, inseriu a garantia do acesso, a manutenção da AF nos diferentes níveis de atenção e a sua qualificação em eixos estratégicos.

Sob a ótica do financiamento da AF no Brasil, a figura da CEME regulava o mercado farmacêutico. Mas a partir dos primeiros anos da década de 90, com o início das gestões descentralizadas no SUS, o mercado farmacêutico aumentou excessivamente o preço dos medicamentos. Ocorreram intervenções governamentais no mercado no sentido de congelar os preços e amenizar a exclusão das pessoas ao acesso de medicamento, mas sem condições de manter esse congelamento, além do fato de que a CEME enfrentava denúncias de corrupção, lobbys dos grandes laboratórios privados, os preços foram novamente liberados. Era a receita perfeita para a hecatombe social no que se refere ao acesso da população aos medicamentos. (Saúde B. M., 2004)

O fim da CEME e de sua cultura centralizadora dava lugar a uma nova mentalidade, a gestão descentralizada, de responsabilidade tripartite, com a participação de toda a sociedade no debate para o desenvolvimento do SUS e da AF.

Porém, a definição da fonte de financiamento da AF ainda não estava normatizada. O novo milênio iniciava-se com o Brasil e sua jovem democracia amadurecendo, no sentido da participação da sociedade nos processos decisórios e da formulação de políticas públicas sociais.

A CF/1988 determinou que a saúde é dever do Estado e direito de todos, porém, nosso país enfrentava há décadas um período de recessão econômica que influía diretamente na definição de dotações orçamentárias para a execução das diversas políticas públicas. A saúde como direito de todos, devendo garantir o acesso universal para qualquer cidadão, devendo ser garantida a integralidade da assistência, tratar os desiguais de acordo com sua desigualdade, afim de reduzir ao máximo essas diferenças, precisava, mais do que nunca, estabelecer normas e diretrizes que determinassem as fontes para o financiamento da Assistência Farmacêutica no Brasil.

Em 1999, foi publicada a Portaria GM/MS 176, que pela primeira vez na história da saúde pública do Brasil, regulamentou uma linha de financiamento para a AF denominada Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), já com o direcionamento acerca das Pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) no gerenciamento e gestão desta assistência.

Já amparado nos princípios e diretrizes do SUS, o financiamento da AF passa a ter sua gestão descentralizada, sob a responsabilidade das três esferas de governo e contando com a participação da sociedade, pactuando todas as decisões.

Na ocasião, o MS apresentou à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a proposta de R$ 2,00 por habitante/ano, repassando R$ 1,00 per capita/ano de contrapartida federal e no mínimo R$ 1,00 per capita/ano a ser pactuada em CIB pelos gestores estaduais e municipais acerca de suas contrapartidas.

Esse modelo pactuado perdurou até o ano de 2007, quando foi editada e publicada pelo MS a Portaria GM/MS 204/2007, consagrando a responsabilidade compartilhada das três esferas federais no financiamento da AF e sua execução descentralizada, cujos recursos passaram a ser repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos respectivos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, as chamadas transferências fundo a fundo.

Essa mesma Portaria organizou a alocação dos recursos federais no âmbito da AF em forma de blocos. Os programas que já existiam foram inseridos e classificados nestes blocos afim de garantir o “carimbo” das despesas e facilitando a execução financeira para os gestores estaduais e municipais.

Dessa forma, a divisão do financiamento da AF ficou configurado na seguinte maneira:

- Componente Básico: Destinado à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos no âmbito da atenção básica.
- Componente Estratégico: Financia as ações da AF no controle de endemias, antirretrovirais do programa DST/Aids, sangue e hemoderivados, imunobiológicos, cuja aquisição e distribuição são realizadas pelo MS.
- Componente Especializado: Destinado a garantir a integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial.

Foco central desse estudo, o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) destina a aquisição de medicamentos e insumos, constantes nos anexos I e IV da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente.

Em 24 de dezembro de 2007 foi publicada a Portaria Nº 3.237 que aprovava as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Esta Portaria foi revogada pela PRT GM/MS nº 2.982 de 26 de novembro de 2009.

Além de manter o modelo de execução e financiamento anteriormente estabelecidos, foi elencado a relação de medicamentos e insumos da RENAME vinculados a este componente. Ficou também estabelecido que os gestores estaduais e municipais passariam a ter autonomia para definir seu elenco estadual de medicamentos, respeitando as diferenças e perfis epidemiológicos de cada região.

Assim, a portaria supracitada, que estabeleceu a gestão descentralizada do CBAF, de responsabilidade tripartite, onde a execução do recurso passou a ser atribuição das esferas estaduais e/ou municipais, definiu que os valores a serem aplicados no financiamento do CBAF por cada esfera, corresponderia a:

- R$ 5,10 por habitante/ano, referente à contrapartida federal, repassada pelo MS;
- R$ 1,86 por habitante/ano, referente à contrapartida estadual;
- R$ 1,86 por habitante/ano, referente à contrapartida municipal.

Os repasses do CBAF eram realizados mensalmente, sempre na categoria fundo a fundo, em parcelas de 1/12 avos.

A Portaria GM/MS nº 4.217/2010 também manteve o atual formato do modelo de financiamento e execução do CBAF, além de permitir que fossem investidos 15% dos recursos anuais estaduais, municipais e do Distrito Federal para estrutura física das Farmácias do SUS no âmbito da Atenção Básica.

No ano de 2013, gestores das três esferas pactuaram em CIT, as normas e diretrizes da Portaria GM/MS nº 1.555/2013 que "dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)", revogando a Portaria GM/MS nº 4.217/2010.

As diretrizes sobre a gestão descentralizada e responsabilidade tripartite no financiamento do CBAF foram preservadas, porém a aplicação mínima para cada para cada ente da federação, para aquisição de medicamentos e insumos, foi atualizada para:

- União: R$ 5,10 por habitante/ano;
- Estados: R$ 2,36 por habitante/ano;
- Municípios: R$ 2,36 por habitante/ano.

As parcelas continuaram sendo repassadas, na categoria fundo a fundo, correspondentes a 1/12 avos do valor total anual. A população base para fins de repasse era a estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2011, e, de acordo com seu parágrafo 4º do art. 3º da Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013:

> Para evitar a redução no custeio deste Componente, os municípios que tiveram a população reduzida nos termos do IBGE 2011 em relação à população estimada nos termos do Censo IBGE 2009 terão os recursos federais, estaduais e municipais alocados de acordo com a estimativa do Censo IBGE 2009.

Registra-se que, no que se refere às ações e serviços para o fornecimento dos medicamentos no âmbito da Atenção Básica em Saúde, conforme preconiza a portaria supracitada, a execução é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do CBAF, constantes nos anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIBs.

O MS adquire de forma centralizada os medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher, além das Insulinas NPH e Regular, que são distribuídos para as Secretarias Estaduais de Saúde, as quais são responsáveis pela distribuição aos Municípios.

Além do exposto, o MS mantém estoque estratégico permanente de medicamentos e insumos estratégicos, para atendimento emergencial aos estados e municípios acometidos por desastres naturais de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, conforme definido na Portaria nº 2.365/2012, que:

> Define a composição do kit de medicamentos e insumos estratégicos a ser encaminhado pelo Ministério da Saúde para a assistência farmacêutica às Unidades da Federação atingidas por desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo e define os respectivos fluxos de solicitação e envio.

Na vigência da Portaria 1.555/2013, o MS recebeu alguns questionamentos, como da Controladoria Geral da União – CGU e da Confederação Nacional dos Municípios – CNM, acerca do engessamento desse sistema de financiamento, a perda de poder aquisitivo no financiamento do CBAF, além de ausência de critérios de equidade no repasse. As principais críticas discorriam sobre a forma de repasse per capita, considerando populações dos anos de 2009 ou 2011, ignorando o crescimento populacional na maioria esmagadora dos municípios brasileiros nos anos subsequentes. Outra questão está na ausência de reajuste da aplicação mínima das contrapartidas federal, estadual e municipal, deixando assim de se considerar a perda do poder aquisitivo dos gestores da AF frente aos reajustes praticados pelos laboratórios privados e do mercado.

Em 30 de março de 2017 ocorreu a 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), onde foi pactuada a extinção do custeio da modalidade da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil. A partir dessa decisão, o MS ampliou os recursos destinados a estados e municípios para a compra de medicamentos e insumos do CBAF.

Foi então que o MS publicou a Portaria nº 2.001/GM/MS que alterou a Portaria nº 1.555/2013 no seu Inciso I do Art. 3º e § 2º e § 4º do mesmo artigo. Em síntese, o valor da Contrapartida Federal passou de R$ 5,10 para R$ 5,58 e passou-se a considerar também a população estimada IBGE 2016 dentre as populações IBGE

2009 e 2011 como referência para o processo de repasse do CBAF.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Propor critérios de equidade a serem adotados no repasse do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar de um novo cenário no financiamento da contrapartida federal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, considerando como critério o Índice de Vulnerabilidade Social – IVS.
- Apontar as inequidades geradas pelo atual modelo de financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

3. ASPECTOS METODOÓLIGOS

Para dar conta do objetivo de propor critérios de equidade no financiamento do CBAF, a metodologia deste estudo teve uma abordagem quali-quantitativa. Estudo foi de caráter exploratório, usualmente, é desenvolvido em áreas na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado (VERGARA, 2000).

A coleta de dados foi realizada através de consultas às Portarias vigentes, legislações, artigos científicos e sites especializados como o Fundo Nacional de Saúde e a Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. Na primeira etapa realizou-se uma análise documental histórica do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Também, revisou-se o conceito de Assistência Farmacêutica, sua constituição, visando garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, promovendo seu uso racional, analisando os impactos com a edição da Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998), da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Brasil, Resolução nº 338, 2004) e suas formas de financiamento.

No que tange à análise documental, foram analisados os processos de repasse de recursos no financiamento da contrapartida federal do CBAF aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, suas legislações e normatizações, como a Lei 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL L. 8., 1990), a Lei Complementar 141 (BRASIL L. C., 2012), portarias, resoluções.

Inicialmente, para ampliar a sensibilidade da busca os artigos foram selecionados, através de consulta ao DeCS — Descritores em Ciências da Saúde — os descritores que permitiram localizar nas bases de dados os estudos associados ao tema de pesquisa sobre os critérios de equidade no repasse do CBAF. O DeCS corresponde a um vocabulário estruturado e trilíngue (português, espanhol e inglês), baseado em coleções de termos, que serve como uma linguagem única para indexar, pesquisar e recuperar informações, facilitando o acesso às produções científicas desenvolvidas em diferentes partes do planeta, uma vez que atua como uma espécie de filtro entre a linguagem utilizada pelo autor e a terminologia da área (PELLIZZON, 2004).

Após a definição dos descritores de pesquisa, Assistência Farmacêutica e Financiamento da Assistência a Saúde, os mesmos foram combinados pelo operador booleano AND, para estruturar a estratégia de busca. Depois, foram realizadas consultas às bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO)

e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) acerca de estudos que abordem os critérios de repasse do CBAF.

Após a identificação dos resultados dessas bases de dados, foi realizada a seleção das produções científicas elegíveis. Primordialmente, os títulos, objetivos e resumos de cada estudo identificado foram lidos e avaliados, a partir dos critérios de inclusão e exclusão a serem definidos, considerando o tema deste estudo.

Como critério de inclusão definiu-se artigos publicados em revistas científicas, escritos nos idiomas português, inglês e espanhol, considerados com qualidade metodológica e relevância do estudo, com disponibilidade de acesso ao texto integral online e gratuito, publicados no período entre 2013 e 2018. Apesar do atual modelo de financiamento e execução do CBAF ter sido normatizado com a publicação da Portaria GM 3.237/2007, a escolha por esse intervalo de tempo se justifica em virtude da publicação da Portaria GM/MS 1.555/2013 que estabeleceu o valor de referência das contrapartidas federais/estaduais/municipais utilizadas durante esse hiato temporal, além da utilização de estimativas populacionais de diferentes anos.

Outra variável que merece destaque nesta escolha foi o hiato temporal até a realização da atualização monetária no valor da contrapartida federal no financiamento do CBAF, normatizada com a publicação da Portaria GM/MS 2.001/2017, além de passar a considerar a estimativa da população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, do ano de 2016, como referência no financiamento do CBAF.

Além disso, optou-se por apresentar um novo cenário de repasse da Contrapartida Federal do CBAF, considerando como critério para alocação de recursos, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), que possui em suas três dimensões, Infraestrutura Urbana, Capital Humano e Renda, 16 indicadores que possibilitam realizar uma leitura mais próxima da realidade no que se refere a vulnerabilidade social além de corrigir o valor da contrapartida federal pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) entre o período de 2013 a 2017.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ANÁLISE DOS REPASSES DA CONTRAPARTIDA FEDERAL DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL DURANTE O PERÍODO DE 2013 A 2017

O atual modelo do financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica está regulamentado na Portaria de Consolidação Nº 06/2017 (Origem: PRT MS/GM 1.555/2013), reafirmando os princípios da descentralização da gestão além da corresponsabilidade no financiamento deste componente.

Tendo suas diretrizes normatizadas na portaria supracitada, será realizada uma análise sobre os processos de repasse da contrapartida federal no financiamento do CBAF, entre o período de julho de 2013 a agosto de 2017. O processo de repasse do CBAF é instruído na Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica - CGAFB/DAF/SCTIE/MS, onde são anexadas as portarias e informações necessárias ao embasamento legal do repasse.

Existem duas categorias no processo de repasse, o Estadual e o Municipal. O atual modelo, permite que os gestores estaduais e municipais decidam, mediante pactuação na Comissão de Gestores Bipartite (CIB), sobre a forma de gestão dos recursos, ou seja, o município pode receber a contrapartida federal do CBAF no Fundo Municipal de Saúde, ou então, optar por receber pelo Fundo Estadual de Saúde. O estado então recebe as programações dos municípios que optaram por essa categoria de repasse e realizam compras centralizadas dos medicamentos e insumos constantes nos anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), distribuindo-os posteriormente aos municípios. Cabe ressaltar que todo repasse só pode ser realizado na categoria Fundo a Fundo, conforme preconiza a Lei Complementar 141/2012.

O repasse anual é realizado em 12 parcelas mensais e como será possível observar, os repasses, durante o período de análise proposto sofrerão mínimas variações até o mês de agosto de 2017, devido ao engessamento do modelo atual, que em 2013, adotou como único critério de repasse, o número de habitantes de cada município, além de não prever o reajuste da contrapartida no financiamento do CBAF, o que acarretou na perda de poder aquisitivo dos gestores estaduais e municipais em relação aos preços praticados pela indústria farmacêutica.

Cabe ressaltar, que com a publicação da Portaria GM/MS 1.555/2013, foi

adotada como referência para o processo de repasse a estimativa da população divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2011. Entretanto, a fim de evitar redução no custeio, foi admitida a utilização da população IBGE 2009 para alocação dos recursos do CBAF, considerando a maior população dentre o IBGE 2009 e 2011.

Na 3ª Reunião da Comissão Intergestores Tripartite, no ano de 2017, o MS apresentou a proposta de extinguir a modalidade Rede Própria, do Programa Farmácia Popular do Brasil, devido ao seu alto índice de custos operacionais, repassando a dotação orçamentária desta modalidade, cerca de 100 milhões de Reais mensais, à atualização da contrapartida federal do CBAF, passando dos R$ 5,10 per capita/ano estabelecidos em 2013, para R$ 5,58 per capita/ano, além de passar a considerar como referência, a população IBGE do ano de 2016.

A proposta de extinção da modalidade Rede Própria e a correção do valor da contrapartida federal do CBAF foi aprovada e pactuada na CIT supracitada, acarretando na publicação da Portaria GM/MS 2001/2017. A partir do repasse de setembro/2017 (competência agosto/2017), o valor da contrapartida federal per capita foi atualizada para R$ 5,58, além de adotar a população IBGE/2016 como referência.

Resumindo o cenário atual do modelo de financiamento do CBAF, a responsabilidade pelo financiamento permanece tripartite, a responsabilidade da execução é descentralizada nos estados e/ou municípios, tendo a população de 2016 como referência e admitindo-se utilizar as populações 2009 ou 2011 no caso de redução populacional que acarretaria na consequente redução de custeio.

Entre o período de análise deste estudo, 2013 a 2017, o Fundo Nacional de Saúde repassou aos estados e municípios o valor de R$ 5.051.985.908,09 referente à contrapartida federal do CBAF, conforme demonstrado abaixo:

TABELA 01: Repasses do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

ESTADO	REPASSE – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA				
	2013	2014	2015	2016	2017
Acre	R$ 3.787.869,08	R$ 3.811.884,41	R$ 3.494.184,54	R$ 4.129.490,82	R$ 4.060.263,24
Alagoas	R$ 16.247.487,03	R$ 16.261.413,77	R$ 14.906.221,55	R$ 17.616.443,65	R$ 17.114.144,88
Amapá	R$ 3.469.647,58	R$ 3.494.619,57	R$ 3.203.371,27	R$ 3.785.802,41	R$ 3.784.793,48
Amazonas	R$ 18.137.123,45	R$ 18.222.105,69	R$ 16.699.457,17	R$ 19.735.722,11	R$ 19.591.592,76
Bahia	R$ 77.695.690,58	R$ 75.643.188,47	R$ 69.339.250,86	R$ 81.946.387,38	R$ 79.159.233,88
Ceará	R$ 44.049.597,99	R$ 44.091.449,95	R$ 40.416.978,14	R$ 47.765.519,62	R$ 46.082.506,12
Distrito Federal	R$ 13.309.662,16	R$ 13.310.994,48	R$ 12.201.740,65	R$ 14.420.238,95	R$ 14.411.614,96
Espirito Santo	R$ 18.249.483,20	R$ 18.291.968,54	R$ 16.767.534,96	R$ 19.816.177,68	R$ 19.585.648,16
Goiás	R$ 31.474.622,05	R$ 31.588.994,62	R$ 28.956.274,16	R$ 34.221.051,28	R$ 33.554.540,52
Maranhão	R$ 34.002.895,72	R$ 34.193.854,41	R$ 31.310.153,12	R$ 37.004.611,63	R$ 35.753.401,60
Mato Grosso	R$ 15.918.388,02	R$ 15.974.840,13	R$ 14.605.573,88	R$ 16.816.983,04	R$ 16.386.479,52
Mato Grosso do Sul	R$ 12.633.872,51	R$ 12.741.415,48	R$ 11.631.880,24	R$ 13.747.865,30	R$ 13.455.995,80
Minas Gerais	R$ 102.284.861,87	R$ 103.101.185,74	R$ 94.508.772,82	R$ 111.692.186,06	R$ 107.738.687,04
Pará	R$ 40.390.137,06	R$ 40.665.485,77	R$ 37.246.004,29	R$ 44.018.005,07	R$ 42.794.718,68
Paraíba	R$ 19.564.880,23	R$ 19.596.280,44	R$ 17.963.034,21	R$ 21.229.040,43	R$ 20.519.506,32
Paraná	R$ 55.143.270,60	R$ 55.202.213,31	R$ 50.600.526,49	R$ 59.800.634,27	R$ 57.882.737,56
Pernambuco	R$ 45.921.243,41	R$ 46.011.968,52	R$ 42.177.135,22	R$ 49.845.705,26	R$ 48.191.760,00
Piauí	R$ 16.244.327,20	R$ 16.263.211,14	R$ 14.907.758,91	R$ 17.618.260,53	R$ 16.845.817,44
Rio de Janeiro	R$ 83.266.548,63	R$ 83.422.022,73	R$ 76.470.076,10	R$ 90.373.726,30	R$ 86.616.088,52
Rio Grande do Norte	R$ 16.416.564,12	R$ 16.454.621,54	R$ 15.083.261,71	R$ 17.825.672,93	R$ 17.442.318,12
Rio Grande do Sul	R$ 56.069.224,70	R$ 56.106.803,18	R$ 51.430.987,63	R$ 60.782.076,29	R$ 58.422.043,40
Rondônia	R$ 8.087.229,46	R$ 8.121.843,13	R$ 7.448.524,82	R$ 8.802.802,06	R$ 8.749.543,08
Roraima	R$ 2.340.932,53	R$ 2.358.400,28	R$ 2.161.832,64	R$ 2.554.893,12	R$ 2.528.708,04
Santa Catarina	R$ 32.456.139,59	R$ 32.484.510,58	R$ 29.809.590,11	R$ 35.233.736,20	R$ 34.571.581,32
São Paulo	R$ 214.758.798,49	R$ 215.139.885,29	R$ 197.194.173,50	R$ 233.047.662,04	R$ 227.165.926,96
Sergipe	R$ 10.689.105,68	R$ 10.724.670,01	R$ 9.830.848,94	R$ 11.618.276,02	R$ 11.366.987,40
Tocantins	R$ 7.168.782,01	R$ 7.221.846,90	R$ 6.619.850,60	R$ 7.823.459,80	R$ 7.671.777,48
BRASIL – TOTAL	R$ 999.778.384,95	R$ 1.000.501.678,08	R$ 916.984.998,53	R$ 1.083.272.430,25	R$ 1.051.448.416,28

FONTE: Dados extraídos do site http://sage.saude.gov.br/ em 19/04/2018.

Teoricamente o valor dos repasses deveriam se repetir até a atualização da contrapartida federal, porém essa variação de valores ocorreu por diversos fatores durante o exercício financeiro vigente. O primeiro fator destacado é em relação ao registro do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) dos Fundos Municipais de Saúde junto ao Fundo Nacional de Saúde. Por determinação da Instrução Normativa Receita Federal do Brasil – RFB Nº 1.143, de 1 de abril de 2011, no seu Artigo 1º, os fundos públicos, para estarem aptos a receberem recursos públicos, deverão ter seu CNPJ inscritos na natureza jurídica 120-1 (Fundo Público). Muitos Fundos Municipais, afim de captarem recursos de outra natureza, alteram a natureza jurídica do seu CNPJ, inviabilizando algumas vezes o repasse do CBAF. Quando isso é identificado, esse CNPJ é bloqueado e o repasse fica pendente aguardando

regularização, ocasionando o pagamento da parcela no mês subsequente e até no exercício financeiro posterior.

No ano de 2015, uma parcela integral do repasse do CBAF a todos os 5570 municípios brasileiros foi realizado no exercício financeiro subsequente, ano de 2016, conforme observado quando comparados os valores na tabela 01.

No ano de 2017, a partir da parcela de setembro, como citado anteriormente, foi atualizada a contrapartida federal do CBAF, de R$ 5,10 para R$ 5,58, além de considerar a estimativa da população IBGE 2016 como referência no processo de repasse.

Apesar do presente estudo ter o objetivo de apresentar critérios de equidade a serem considerados no processo de repasse, é necessário avaliar em deliberação CIT, junto aos gestores do SUS, o fim da utilização das estimativas das populações IBGE 2009 e 2011 no processo de repasse, fato este que gera anormalidades processuais, considerando um quantitativo populacional que não existe.

Atualmente, 1.597 municípios utilizam a estimativa da população IBGE 2009 e 109 municípios utilizam a estimativa da população IBGE 2011, representando um acréscimo de 1.437.882 (um milhão, quatrocentos e trinta e sete mil, oitocentos e oitenta e dois) habitantes em relação à população real e um impacto anual no orçamentário de R$ 8.364.966,84 (oito milhões, trezentos e sessenta e quatro mil, novecentos e sessenta e seis reais e oitenta e quatro centavos). Considerando os aspectos técnicos e legais que embasam e normatizam o CBAF é recomendável o saneamento desta anormalidade, através de pactuação em CIT, afim de evitar contestações de órgãos de controle, além de alocar os recursos de maneira justa e certa.

4.2 PROPOSTA DE CRITÉRIOS DE EQUIDADE A SEREM ADOTADOS NO FINANCIAMENTO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Brasil é o maior país da América do Sul e o quinto maior do mundo, com 8,51 milhões de km². Devido ao seu alto índice de miscigenação, diferentes biomas, climas, perfis epidemiológicos distintos e realidades socioeconômicas desiguais, é natural que uma assistência prestada a uma população com diferentes características, tendo como base apenas o critério populacional (per capta) para definir a forma de seu financiamento, gere uma série de iniquidades.

Afim de enriquecer este estudo, optou-se também por utilizar dados fornecidos pela “Região e Redes de Atenção à Saúde”, que são estratégias da política de saúde brasileira, na consolidação de entendimentos e identificação acerca dos índices de desigualdades e vulnerabilidade social.

Nesta análise, as variáveis foram os escores fatoriais gerados em análise fatorial, muito utilizada para fins de análise regional, observando padrões de semelhança ou diferença entre os municípios.

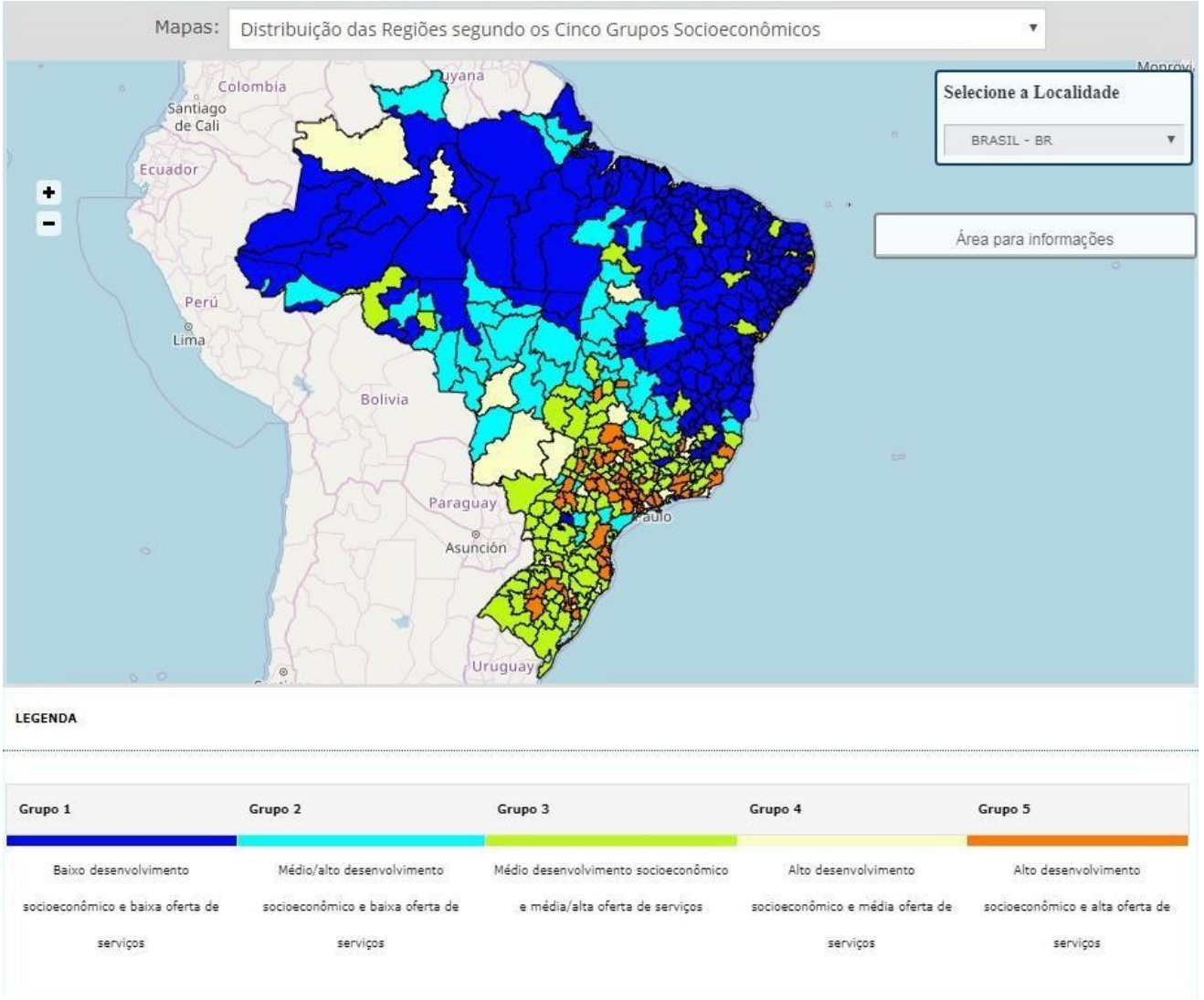
Conforme o Relatório Metodológico da Tipologia das Comissões Intergestores Regionais – CIR, a operacionalização das dimensões “Situação Socioeconômica e “Oferta e Complexidade dos Serviços da Saúde pela analise fatorial, podem ser descritas como:

- Situação Sócio Econômica: relaciona ao grau de desenvolvimento socioeconômico dos municípios pertencentes às Regiões/CIR. As regiões que atingem os maiores valores nesse indicador caracterizam-se por agruparem os municípios mais urbanizados, populosos, industrializados e dinâmicos economicamente.

- Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde: relacionada à complexidade dos serviços ofertados nas regiões/CIR. Maiores valores nesse fator indicam maior oferta e complexidade do sistema de saúde.

A figura abaixo torna visível as desigualdades regionais no que se refere ao baixo desenvolvimento econômico e a oferta de serviços de saúde.

FIGURA 1: Distribuição das Regiões segundo Cinco Grupos Socioeconômicos



Fonte: http://www.resbr.net.br/indicadores/view/ Acesso em 06/05/2018.

Ao realizar uma pré-análise, associando ao modelo atual do financiamento do CBAF, podemos verificar a contradição de se financiar uma Assistência Farmacêutica Básica, utilizando apenas o critério per capta para regiões norte e nordeste, que registram grande concentração de índices de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, contrapondo com as regiões sul e sudeste por exemplo, que apresentam índices de médio e a alto desenvolvimento socioeconômico e média e alta oferta de serviços.

A nível de MS, registra-se o avanço na priorização da atenção Básica, com a criação do Programa Nacional de Melhoria do Aceso e Qualidade (PMAQ), Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS), Melhor em Casa, Universalização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Banda Larga para as UBS e o Programa Mais Médicos.

O valor per capita do Piso da Atenção Básica Filho (PAB Fixo) teve uma ampliação no período de 2010 a 2016, aumentando entre 55,56% e 27,78% de acordo

com o grupo de financiamento em que o munícipio se situa no processo do PAB Fixo, conforme demonstrado na tabela abaixo:

TABELA 02: PAB Fixo 2010-2016								
Grupo de financiamento	I		II		III		IV	
Ano do repasse	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015
Valor do repasse *per capita* (R$)	18	28	18	26	18	24	18	23
Aumento percentual	**55,56%**		**44,44%**		**33,33%**		**27,78%**	

Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS/MS

Observando o cenário de repasses do CBAF, é possível identificar que o modelo atual do financiamento gera inequidades, entre os quais pode-se ressaltar:

- Defasagem no número de habitantes: o atual modelo de financiamento considerou durante o período de junho de 2013 a setembro de 2017, as populações 2009 e 2011 como referência no processo de repasse. Nesse período, a grande maioria dos municípios brasileiros registrou aumento de sua população, impactando negativamente na prestação da AFB à sua população;

- Desvalorização do poder aquisitivo das Contrapartidas Federal/Estaduais/Municipais: o valor das contrapartidas estaduais e municipais foram definidas pela Portaria PRT GM/MS nº 2.982/2009 pelo valor de R$ 1,86 per capta/ano. Esse valor perdurou até a publicação da Portaria 1.555/2013, quando teve reajustado seu valor para R$ 2,36 per capta/ano, valores que perduram até os dias atuais. No mesmo contexto, o valor da Contrapartida Federal foi instituído pela Portaria PRT GM/MS 2.982/2009 pelo valor de R$ 5,10 per capta/ano, perdurando até o mês de setembro de 2017, quando foi publicada a Portaria GM/MS 2.001/2017. Foram oito anos onde os gestores estaduais e municipais perderam poder aquisitivo em relação aos reajustes praticados pela indústria farmacêutica.

- Regiões com alto índice de vulnerabilidade social tem sua Assistência Farmacêutica Básica financiada com base apenas no número da sua população, sem levar em consideração seus indicadores de vulnerabilidade, e, portanto, maior necessidade de ter uma AFB diferenciada das regiões mais desenvolvidas.

Na tabela abaixo podemos verificar a variação da população estimada no Brasil durante o período de 2013 a 2017.

TABELA 3. COMPARATIVO IBGE X POPULAÇÃO REPASSE CBAF

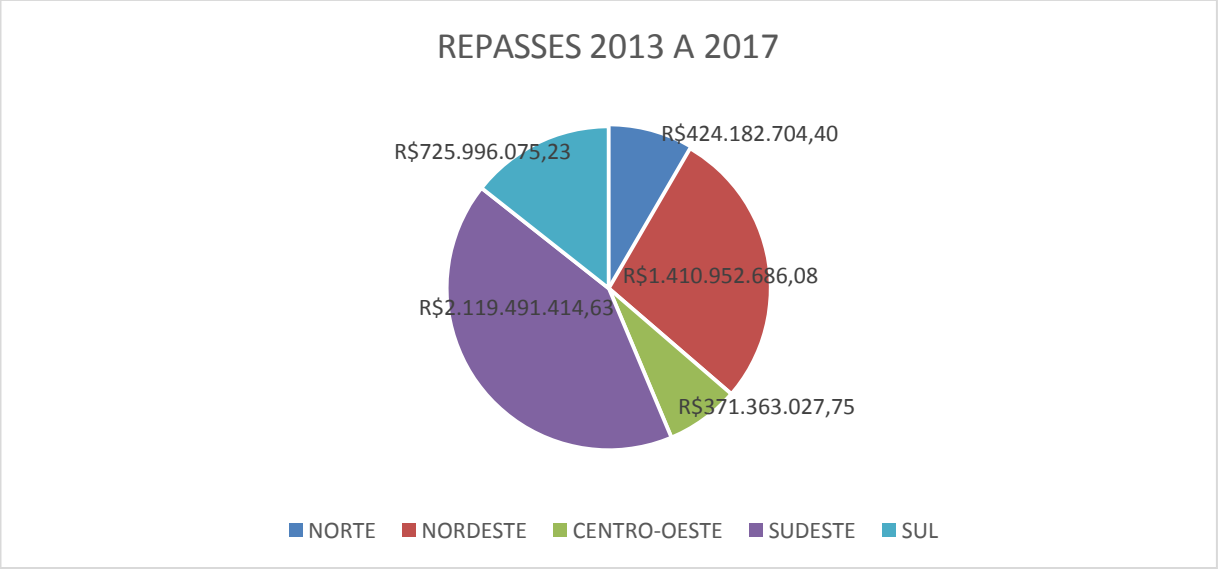
ANO	POPULAÇÃO ESTIMADA IBGE	POPULAÇÃO UTILIZADA NO REPASSE DO CBAF
2013	201.032.714	196.152.501
2014	202.768.562	196.170.982
2015	204.450.649	196.155.807
2016	206.081.432	196.067.379
2017	207.660.929	207.488.533

FONTE: www.ibge.gov.br e processos de repasse do CBAF.

Na tabela 03, é possível observar como a defasagem populacional que prejudica diretamente a prestação da AFB. Essa defasagem populacional é mais um indicador de iniquidade no financiamento do CBAF. Registra-se que as pequenas variações registradas entre os anos 2013 a 2016 devem-se às adequações na instrução do processo de repasse já relatadas na fase introdutória deste estudo. No ano de 2017, a população a ser considerada a partir do mês de setembro, foi a estimada pelo IBGE de 2016, porém, a utilização das populações 2009 e 2011 permitida pelas normatizações atuais, geram a anormalidade de um repasse superior à realidade registrada pelo IBGE.

O gráfico abaixo demonstra a totalidade dos repasses da contrapartida do CBAF nas regiões brasileiras:

FIGURA 02: REPASSES DA CONTRAPARTIDA FEDERAL DO CBAF (2013-2017)



FONTE: Dados extraídos do site http://sage.saude.gov.br/ em 18/06/2018

Durante o período de 2013 a 2017, foram repassados R$ 5.051.985.908,09 (cinco bilhões, cinquenta e um milhões, novecentos e oitenta e cinco mil, novecentos e oito reais e nove centavos) no financiamento da contrapartida federal do CBAF. Em virtude da alocação dos recursos ter como critério o número de habitantes, é possível

observar a predominância da região sudeste nesse aporte. Porém, ao observar o mapa do desenvolvimento sócio econômico no Brasil, demonstrado na Figura 1 deste estudo, as regiões de menor desenvolvimento e baixa oferta de serviços são as Norte e Nordeste. Este é mais um indicativo de que o modelo atual, adotando apenas o critério de número de habitantes para alocação de recursos, não trata as desigualdades das áreas mais vulneráveis.

Registra-se que no ano de 2014 a Controladoria Geral da União (CGU) realizou auditoria na Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos-SCTIE/MS. Essa auditoria, através do relatório nº 201406164, indicou a seguinte recomendação: “modelo de financiamento federal desvinculado da qualificação da gestão pública por resultados mensuráveis e da promoção da equidade como fator de redução das desigualdades entre entes federativos beneficiários”. Diante desta constatação, a CGU recomendou a revisão da Portaria MG/MS 1555/2013, com a definição de critérios de equidade na transferência de recursos federais.

Neste contexto, frente à necessidade de discussão da proposta de financiamento do CBF, conforme exposto anteriormente, serão apresentados critérios para contribuir de forma mais equânime na transferência dos recursos para o financiamento do CBAF, tendo como referência o critério atual, percapita/ano, o Valor Referência de R$ 5,58 e a população estimada IBGE 2016.

Nos últimos anos, um dos grandes desafios do SUS é a gestão de seus recursos, que se tornam cada vez mais escassos mediante a enorme demanda apresentada. Segundo Teixeira, 2003; p.85-86:

> A trajetória percorrida pelo Sistema Único de Saúde — SUS, desde a Constituinte de 86, apresenta êxito na definição e implementação de seu arcabouço institucional. Porém, esse desempenho não se desdobrou em um modelo de financiamento capaz de assegurar recursos necessários à sua manutenção.

Posto isso, a utilização dos recursos com eficiência é chave primordial para a ampliação do acesso e o futuro do SUS.

Considerando o mercado de medicamentos e produtos para a saúde, um bom processo de aquisição é essencial para garantir economia. Segundo Britto, 2015; p. 31-61:

> A compra de medicamentos para abastecimento da rede pública de saúde é atividade rotineira e continuada. O abastecimento do SUS com medicamentos não é tarefa tão simples assim, pois, para alcançar o resultado pretendido, é imprescindível um minucioso planejamento, que é fundamental em qualquer atividade que a administração pública pretenda executar.

O Ministério da Saúde, atento à necessidade de racionalizar, tratar e consolidar dados das suas mais diversas atividades, como também, fornecer aos gestores uma ferramenta para auxiliar no processo de compras, proporcionando uma base para realizar comparação de preços e assim auxiliando a utilização eficiente dos recursos financeiros aplicados nas aquisições públicas, desenvolveu o Banco de Preços em Saúde (BPS).

Atualmente o BPS é largamente utilizado e amplamente divulgado. As ações de capacitação estenderam-se por todo o país e atingiram todos os estados e 47 secretarias de saúde.

Após análise da evolução da AF no Brasil, além de analisar o atual modelo de repasse e financiamento do PAB Fixo, são sugeridos os seguintes critérios ao financiamento do CBAF:

1. Manutenção do Critério per capita/ano;
2. Índice de Vulnerabilidade Social (IVS);
3. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM);
4. Fim das populações 2009 e 2011 como referência no repasse;
5. Correção do valor da contrapartida federal do CBAF baseado IPCA entre 2013 e 2017.

Esta proposta considera a manutenção do critério populacional, que tem como referência na Contrapartida Federal o valor de R$ 5,58 per capita/ano, e a população estimada IBGE 2016. A partir dessa referência inicial os critérios sugeridos definiriam pesos maiores na definição do repasse para regiões de maior vulnerabilidade social.

Sugerido como um dos critérios a serem adotados no repasse do CBAF, O IVS, conforme (Costa & Marguti, 2015), foi construído a partir de indicadores do Atlas de Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil, procurando dar destaque a diferentes situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social brasileira, numa perspectiva que vai além da identificação da pobreza entendida apenas como insuficiência de recursos monetários.

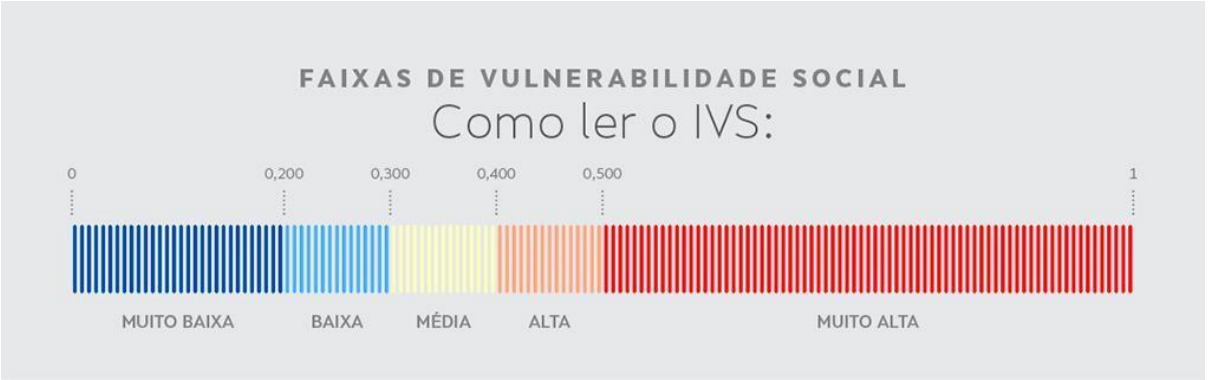
O IVS é o resultado da média aritmética dos subíndices: IVS Infraestrutura Urbana, IVS Capital Humano e IVS Renda e Trabalho, cada um deles entra no cálculo do IVS final com o mesmo peso.

Para o cálculo dos subíndices, foram utilizados dezesseis indicadores calculados a partir das variáveis dos censos demográficos do IBGE, para os anos de 2000 e 2010 – tabulados para o Atlas de Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil com seus respectivos pesos. Para a construção de cada dimensão do IVS, utilizando

os pesos equivalentes para cada indicador, foi necessário utilizar parâmetros máximos e mínimos, em cada indicador, para transformá-lo, também, num indicador padronizado, com valores variando de 0,000 a 1,000.

Cada indicador teve seu valor normalizado numa escala que varia entre 0 e 1, em que 0 corresponde à situação ideal, ou desejável, e 1 corresponde à pior situação. A condição de absoluta ausência de vulnerabilidade equivale a 0% de casos indesejados (ou, por exemplo, zero mortos por mil nascidos vivos, no caso da variável taxa de mortalidade de crianças de até 1 ano de idade). Para ler o IVS, temos:

FIGURA 03: Faixa de Vulnerabilidade Social



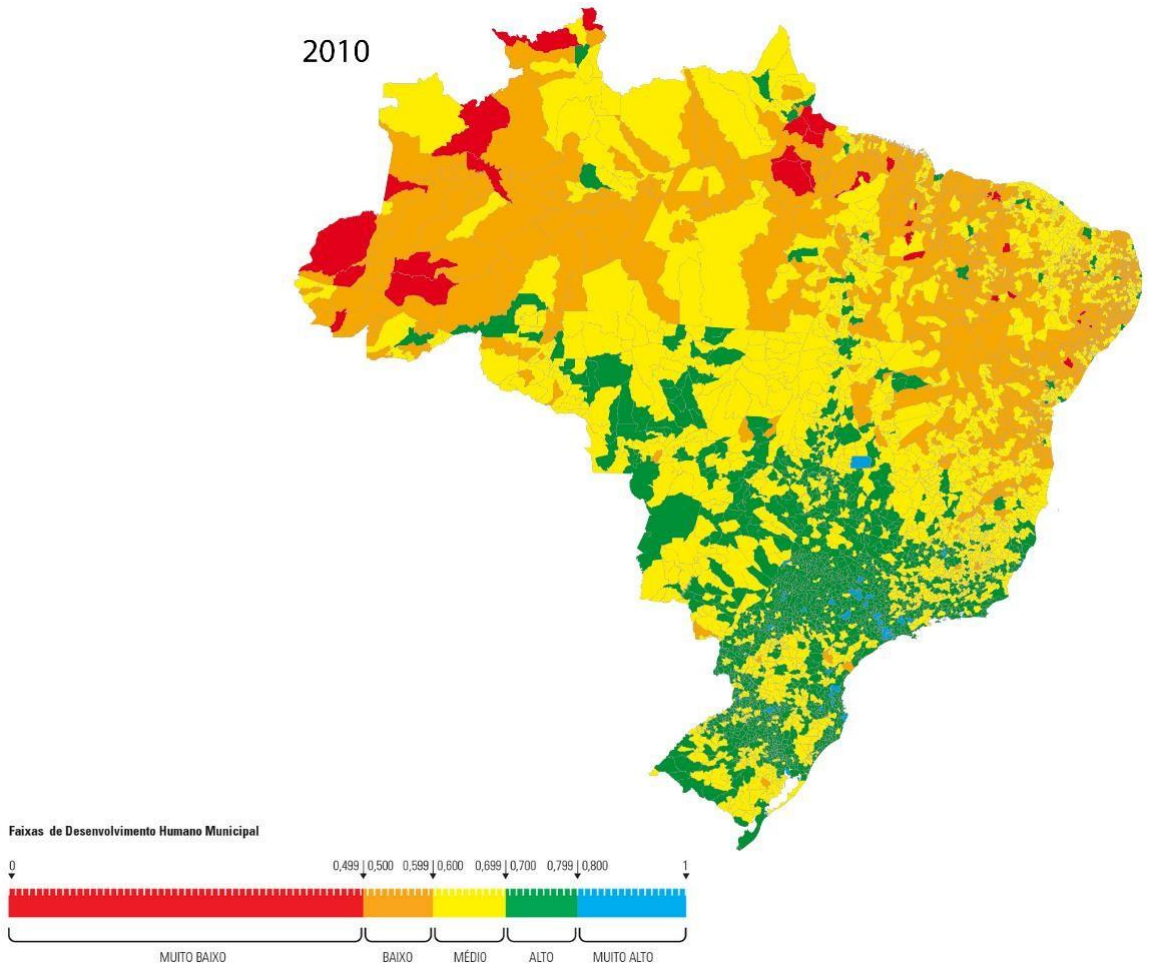
Fonte: http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/sobre. Acesso em 06/05/2018

Assim, define-se para o critério IVS o peso X, podendo o mesmo variar conforme escala abaixo:

Índice	**Peso**
Muito baixo	0
Baixo	X-80%
Médio	X-40%
Alto	X-20%
Muito Alto	X

Como terceiro critério sugerido, o IDHM considera as mesmas três dimensões do IDH Global – longevidade, educação e renda, além de adequar a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Esse formato permite demonstrar as especificidades e desafios regionais no alcance do desenvolvimento humano no Brasil.

FIGURA 04: Mapa do IDHM do Brasil (2010)



Fonte: http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idhm.html acesso em 06/05/2018

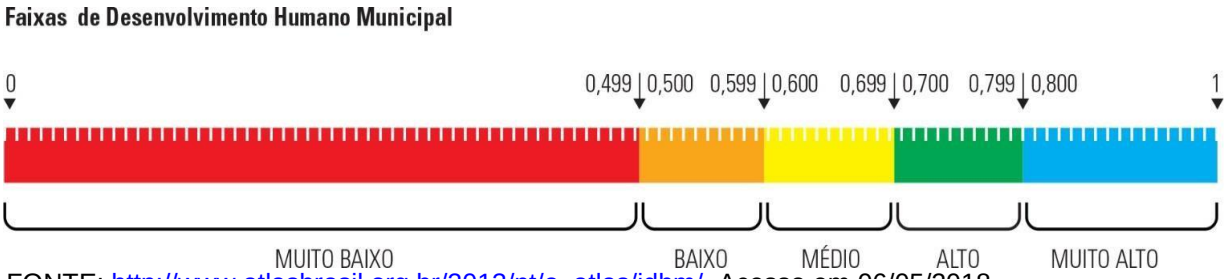
O IDHM possui 3 dois mais importantes índices para medir o desenvolvimento humano que são: Vida Longa e Saudável, Acesso ao Conhecimento e Padrão de Vida. O indicador “Vida Longa e Saudável” é medido pela expectativa de vida ao nascer, calculado por método indireto a partir dos dados do censo demográfico do IBGE.

Já o indicador “Acesso ao Conhecimento” é medido por meio de dois indicadores: escolaridade da população adulta e “População em Idade Escolar em quatro momentos importantes da sua formação”. Os dados são obtidos também dos censos demográficos do IBGE.

Por fim, o indicador “Padrão de Vida”, medido pela renda municipal per capita da população de determinado município. Dados também obtidos pelos censos demográficos do IBGE.

Assim, define-se para o critério IDHM o peso X, podendo o mesmo variar conforme escala abaixo:

Figura 05: Faixa de Desenvolvimento Humano Municipal



FONTE: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/. Acesso em 06/05/2018.

Índice	**Peso**
Muito baixo	X
Baixo	X-20%
Médio	X-40%
Alto	X-80%
Muito Alto	0

O cenário a ser considerado, admitindo os critérios elencados, deve apresentar como referência a população estimada IBGE do ano de 2016, eliminando as anormalidades geradas pelo processo de repasse ao se considerar as populações estimadas 2009 e 2011, que corresponde a 206.081.432 habitantes no Brasil, estando esta população distribuída nas regiões brasileiras da seguinte forma:

- Região Norte: 17.707.783 habitantes;
- Região Nordeste: 56.915.936 habitantes;
- Região Sudeste: 86.356.952 habitantes;
- Região Sul: 29.439.773 habitantes; e
- Região Centro-Oeste: 15.660.988 habitantes.

O atual modelo calcula o valor do repasse mensal do CBAF da seguinte forma:

- Valor da Contrapartida (Federal/Estadual/Municipal) * População (2016/2011/2009)

12

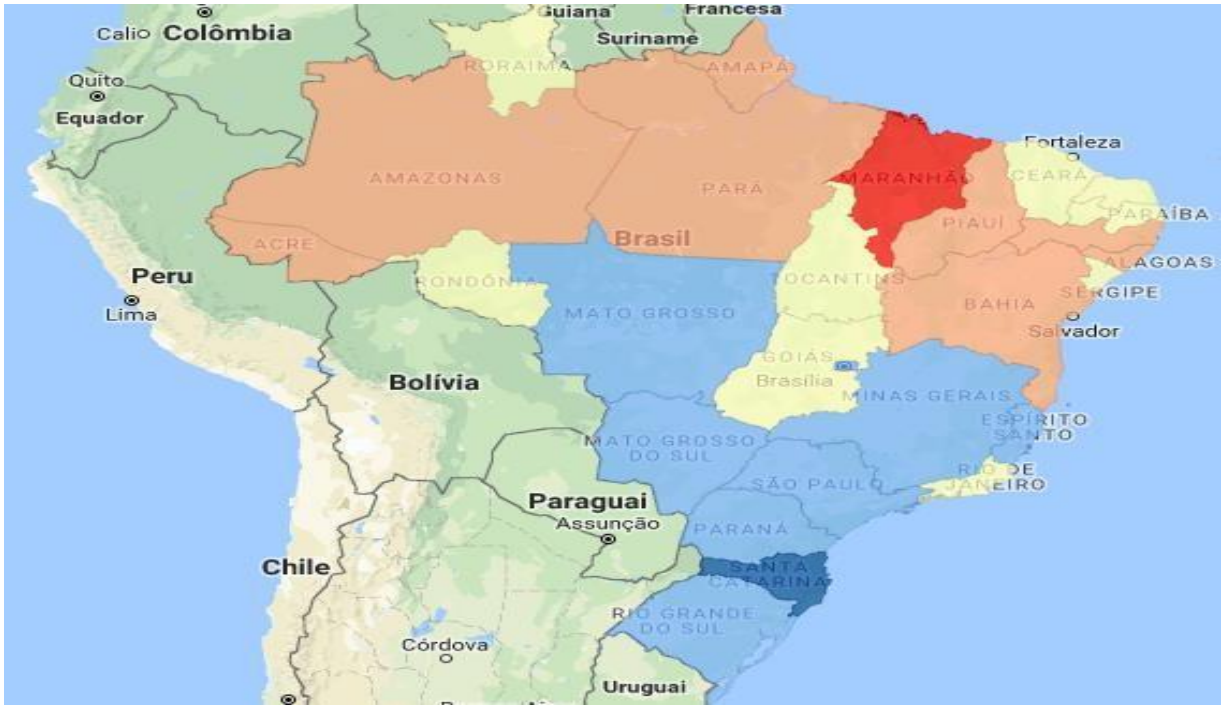
Para propor um novo valor na parcela do CBAF, sugere-se a adoção dos critérios acima descritos, além da utilização do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) no reajuste dos medicamentos, calculado pelo IBGE, entre os anos de 2013 a

2017, que correspondeu a um índice 36,48%. Este índice pode ser um parâmetro utilizado para compor, ao lado dos critérios sugeridos, a equação para calcular o novo valor do repasse.

O primeiro critério sugerido, o IVS, possui 16 indicadores de vulnerabilidade, classificados em três dimensões: Infraestrutura Urbana, Capital Humano e Renda e Trabalho.

A proposta de calcular um novo valor de referência a ser aplicado nas contrapartidas Nacional, Estadual e Municipal, considera as três dimensões supracitadas, cujo IVS registrou um índice nacional de 0,218, ou seja, apesar desse índice está classificado na faixa de baixa vulnerabilidade social, a imagem abaixo demonstra a concentração de alta vulnerabilidade social nas regiões norte e nordeste.

FIGURA 06: ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO BRASIL



FONTE: http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/mapa. Acesso, 18/06/2018.

Já o IDHM, como segundo critério a ser adotado, tem como indicadores a longevidade, educação e renda da população de um município. Considerando essas dimensões no seu cálculo, obtém-se, no ano de 2010, o índice de 0,727, significando, portanto, um alto IDHM. Porém, novamente foi registrando baixos índices de desenvolvimento humano em regiões de maiores vulnerabilidades, como demonstrado na figura 3 deste estudo, principalmente nas regiões norte e nordeste.

A figura abaixo demonstra a variação do IDHM entre os anos de 1991 a 2010, considerando suas três dimensões citadas anteriormente:

FIGURA 07: IDHM no Brasil entre 1991 a 2010

DIMENSÃO	ÍNDICES E INDICADORES	1991	2000	2010
	IDHM	0,493	0,612	0,727
Longevidade	IDHM Longevidade	0,662	0,727	0,816
	Esperança de vida ao nascer (anos)	64,7	68,6	73,9
Educação	IDHM Educação	0,279	0,456	0,637
	Subíndice: Escolaridade da população adulta	0,301	0,398	0,549
	População com 18 anos de idade ou mais que concluiu o ensino fundamental (%)	30,1	39,8	54,9
	Subíndice: Fluxo escolar da população jovem	0,268	0,488	0,686
	População de 5 a 6 anos de idade frequentando a escola (%)	37,3	71,5	91,1
	População de 11 a 13 anos de idade frequentando os anos finais do ensino fundamental*(%)	36,8	59,1	84,9
	População de 15 a 17 anos de idade com o ensino fundamental completo (%)	20,0	39,7	57,2
	População de 18 a 20 anos de idade com o ensino médio completo (%)	13,0	24,8	41,0
Renda	IDHM Renda	0,647	0,692	0,739
	Renda mensal per capita (R$)	447,56	592,46	793,87

*Anos finais: 6º ao 9º ano do ensino fundamental Fonte: IPEA, PNUD e FJP

FONTE: http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729_AtlasPNUD_2013.pdf. Acesso em 18/06/2018.

De acordo com o modelo atual, o Ministério da Saúde realiza um aporte anual de R$ 1.157.738.015,04 no financiamento do CBAF. Esse valor é alocado nas 5 regiões brasileiras, considerando as populações estimadas pelo IBGE de 2016, 2011 e 2009, gerado de acordo com suas populações, da seguinte forma:

TABELA 04: REPASSE ANUAL DA CONTRAPARTIDA FEDERAL DO CBAF EM REGIÕES

REPASSE ANUAL DO CBAF					
REGIÕES	NORTE	NORDESTE	CENTRO-OESTE	SUDESTE	SUL
POPULAÇÃO	17.707.783	56.915.936	15.660.988	86.356.952	29.439.773
Nº MUNICÍPIOS	450	1.794	467	1.668	1.191
REPASSE	R$ 100.035.985,92	R$ 320.599.391,28	R$ 87.380.065,80	R$ 484.008.999,48	R$ 165.713.572,56

Fonte: Processos de Repasse do CBAF.

Nesse estudo, optou-se a utilizar o critério do IVS, em virtude do seu índice possuir 16 indicadores de vulnerabilidade social. Nesse cenário, é apresentado o repasse na estrutura do modelo atual, inserido, além do IVS, o IPCA do período de 2013 a 2017, com o objetivo de amenizar a perda do poder aquisitivo desse período e passando-se a adotar o IPCA do ano anterior nos repasses subsequentes. Dessa forma teríamos os seguintes critérios na alocação de recursos do CBAF:

- Número de habitantes (per capta/ano);
- Manutenção da Referência Atual (RA), cujo valor corresponde a R$ 5,58;
- População Estimada pelo IBGE do ano anterior;
- Fim da utilização das populações 2009 e 2011 no processo de repasse;
- Média do IVS das regiões, onde não será atribuído Peso para as regiões classificadas entre 0 e 0,300 (Muito Baixo e Baixo Índice de Vulnerabilidade Social);
- Peso 1 para regiões classificadas entre 0,301 e 0,400 (Médio Índice de Vulnerabilidade Social);
- Peso 1,5 para regiões classificadas entre 0,401 e 0,500 (Alto Índice de Vulnerabilidade Social);
- Peso 2 para regiões classificadas entre 0,501 e 1 (Muito Alto Índice de Vulnerabilidade Social);
- IPCA acumulado no reajuste dos medicamentos de 2013 a 2017 – 36,48% (apenas para o repasse do ano 2018, passando a utilizar o IPCA do ano anterior nos repasses subsequentes);
- O índice do IVS a ser utilizado será a média aritmética dos índices dos Estados de cada região;
- O valor do repasse atual será tratado pela sigla VB (Valor Base);
- O Novo Repasse para efeito da fórmula apresentada será tratado pela sigla NR (Novo Repasse);

Nesse formato proposto, o IVS é utilizado para identificar e classificar os municípios de cada região, de acordo com seu grau de vulnerabilidade. A partir da definição das classificações, o novo cálculo seria realizado em duas etapas:

- Definição do Valor Base através da equação VB = RA + (RA x IPCA 2013 a 2017)

$$VB = 5{,}58 + \left(5{,}58 \times \frac{36{,}48}{100}\right) = 7{,}61$$

- Em seguida o Novo Repasse seria calculado da seguinte forma:

  NR = VB + (Peso x IVS) x População

- Aos municípios em que não foram atribuídos pesos devido ao baixo IVS, o cálculo será realizado da seguinte forma:

  NR= VB x População

Dessa forma, teremos o seguinte cenário, consolidado numa planilha de Excel, a seguir:

TABELA 05: REPASSE ANUAL DA CONTRAPARTIDA FEDERAL DO CBAF EM REGIÕES DE ACORDO COM OS NOVOS CRITÉRIOS

REPASSE ANUAL DO CBAF					
REGIÕES	NORTE	NORDESTE	CENTRO-OESTE	SUDESTE	SUL
População	17.707.783	56.915.936	15.660.988	86.356.952	29.439.773
Nº Municípios	450	1.794	467	1.668	1.191
Média IVS	0,477	0,468	0,301	0,283	0,244
PESO	1,5	1,5	1	-	-
REPASSE	R$ 147.426.147,37	R$ 473.085.260,03	R$ 123.894.076,07	R$ 657.176.404,72	R$ 224.036.672,53

Na tabela acima é possível inferir que as regiões Norte e Nordeste estão classificadas em “Alto Índice de Vulnerabilidade Social” (0,400 a 0,500), a região Centro-Oeste está classificada como “Médio Índice de Vulnerabilidade Social” e as Regiões Sudeste e Sul classificadas com “Baixo Índice de Vulnerabilidade Social”.

Uma constatação a se registrar é que no modelo proposto as regiões Norte e Nordeste foram classificadas com altos índices de Vulnerabilidade Social e tiveram a correção das perdas inflacionárias no período de 2013 a 2017, além de ter uma alocação de recursos reforçada, permitindo assim combater de forma mais efetiva as suas desigualdades indicadas nas dimensões do IVS. Já as regiões de baixos índices de Vulnerabilidade Social não obtiveram atenção nos critérios de alocação de recursos, mas também foram beneficiados com a correção inflacionária através do IPCA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou identificar a limitação do atual modelo de financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, em prestar uma Assistência Farmacêutica equânime, como preconiza o SUS. Tendo o critério populacional (per capita) como único a ser considerado no financiamento deste componente, regiões de maior vulnerabilidade social recebem o mesmo valor por habitante para financiar as aquisições de medicamentos e insumos. Como a responsabilidade é tripartite, muito municípios de baixo desenvolvimento socioeconômico dependem da contrapartida federal para viabilizar a Assistência Farmacêutica Básica para seus habitantes.

Torna-se necessário refletir sobre a possibilidade de eliminar as referências populacionais dos anos de 2009 e 2011 nos processos de repasse. Essa decisão pactuada em 2013, hoje não encontra amparo e nem justificativa para ser mantida. Conforme demonstrado neste estudo, municípios estão recebendo recursos acerca de um quantitativo populacional divergente das suas reais populações.

A Tabela 01 deste estudo demonstra que de 2013 a 2017, o valor anual do financiamento da contrapartida federal do CBAF ficou em torno de 1 bilhão de Reais. Se for considerado apenas esse hiato temporal, apesar do atual modelo ter sido normatizado no ano de 2009, é possível inferir que o poder de compra dos gestores da AFB é deteriorado com o passar do tempo. Segundo o IBGE, somente nesse período, o índice acumulado do IPCA em relação ao aumento dos medicamentos no Brasil atingiu 36,48%.

O cenário proposto, neste caso utilizando o critério do IVS, que possui 16 indicadores nas suas três dimensões, possibilitou apresentar uma proposta onde as regiões mais fragilizadas socialmente pudessem receber uma alocação de recursos diferenciada dos demais entes com baixos índices de desigualdades. Claro que o presente estudo é um apontamento para uma possível reformulação na forma de financiar o CBAF. O modelo proposto apresentou um impacto orçamentário anual de 467.880.545,68 (quatrocentos e sessenta e sete milhões, oitocentos e oitenta mil, quinhentos e quarenta e cinco reais e sessenta e oito centavos), algo impensável nos dias de hoje quando consideramos que os atuais políticos brasileiros não fazem a gestão da saúde como uma política de Estado, haja visto a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição – PEC 241 que congelou os gastos em saúde por até 20 anos.

Um problema enfrentado no Brasil em relação ao financiamento do Sistema Único de Saúde, além dos crescentes gastos em saúde, é a saúde ser tratada como uma política de governo e não de Estado. Independente da coparticipação do mercado, de forma complementar ou não, os cidadãos pagam seus impostos afim de terem suas necessidades e anseio atendidos, principalmente referente à saúde.

Como parte integrante desse contexto, recomenda-se à Assistência Farmacêutica Básica rever os critérios na definição dos valores repassados, afim de tratar as desigualdades existentes nas diferentes regiões brasileiras.

A indicação do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) como critério no repasse do Componente Básico da Assistência Farmacêutica buscou contemplar os diferentes indicadores afim de torna-los instrumentos capazes de definir uma justa alocação de recursos da AFB aos municípios com altos índices de vulnerabilidade, contrapondo com a realidade de municípios que possuam um bom índice de desenvolvimento socioeconômico.

Verifica-se avanços com a descentralização das responsabilidades e gestão com os demais entes federativos, além da formalização do seu financiamento. Esses avanços foram importantes mais ainda tímidos em relação à crescente demanda por medicamentos. Todavia, o modelo de financiamento do CBA gera inequidade aos municípios socialmente mais vulneráveis, fato que denota a elaboração de mais estudos, tanto acerca de critérios a serem adotados, forma de cálculo do financiamento, quanto ao impacto orçamentário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M.V; Viana, A.L.D. **Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira**. Saúde e Debate. Rio de Janeiro, V.39, N. ESPECIAL, P-28-38, DEZ 2015.

BERMUDEZ, J.A.Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade**. São Paulo: Hucitec, 1995.

BRAGA, Roberta Joly Ferreira. **ABC da Farmácia Hospitalar**. 1ª ed. São Paulo. Editora Atheneu, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. Promulgação em 05 de outubro de 1988.

BRASIL, IPEA. **COMPRAS FEDERAIS DE MEDICAMENTOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5646/1/Radar_n9_Compras.pdf. Acessado em 30/04/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde Investimentos e Desenvolvimento. Coordenação de Qualificação de Investimentos em Infraestrutura em Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Ferramentas para diagnóstico e qualificação de investimento em saúde / Tools for diagnosis and qualification of investments in health / Herramientas para diagnóstico y calificación de inversiones en salud.** *Brasília; Ministério da Saúde; mar., 2015. 124 p. Livroilus, mapas, tab, graf.*

Português | LILACS | ID: mis-37147

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 1.882 DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997**. Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 2.091 DE 26 DE FEVEREIRO DE 1998**. Altera dispositivo da Portaria GM/MS Nº 1.882 DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997, que estabelece sua o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 3.916 DE 30 DE OUTUBRO DE 1998**. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 176 DE 08 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. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 1.077 DE 24 DE AGOSTO DE 1999**. Implanta o Programa para Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do sus, definindo que a transferência dos recursos federais estará condicionada à contrapartida dos Estados e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF. 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 514 DE 28 DE ABRIL DE 2003**. Atualiza os valores do incentivo para Assistência Farmacêutica Básica em função das alterações na população dos municípios. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 280 DE 27 DE FEVEREIRO DE 2004**. Altera dos valores do incentivo para Assistência Farmacêutica Básica-IAFB, referente à contrapartida federal, dos Municípios nela relacionados. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 2.084 DE 26 DE OUTUBRO DE 2.005**. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e da outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 3237 DE 24 DE DEZEMBRO DE 2007 (REVOGADA PELA PRT GM/MS Nº 2.982 DE 26.11.2009)**. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 2.982 DE 26 DE NOVEMBRO DE 2009**. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 4.217 DE 28 DE DEZEMBRO DE 2010**. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica**. Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 2.365 DE 18 DE OUTUBRO DE 2012**. Define a composição do Kit de medicamentos e insumos estratégicos a ser encaminhado pelo Ministério da Saúde para a assistência farmacêutica às Unidades da Federação atingidas por desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo e define os respectivos fluxos de solicitação e envio. **Diário Oficial da União**. Brasília –DF, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 1.555, DE 30 DE JULHO DE 2013**. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. HumanizaSUS: política nacional de humanização: PNH**. Brasília; Ministério da Saúde; 2015.

Português | Humanização | ID: mis-36339.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.001 DE 03 DE AGOSTO DE 2017**. Altera a Portaria nº 1.555/MS, de 30 de julho de 2013 que dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Diário Oficial da União. Brasília – DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 02, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 06, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para ações e os serviços de saúde no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde; Conselho Nacional de saúde. **RESOLUÇÃO Nº 338, DE 06 DE MAIO DE 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília – DF, 2007.

BRASIL, Presidência da República; Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos. **DECRETO Nº 2.283 DE 24 DE JULHO DE 1997**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN e a desativação da Central de Medicamentos – CEME, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 1997.

BRASIL, Presidência da República; Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 1990.

BRASIL, Presidência da República; Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI 8.142 DE 28 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. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 1990.

JACKSON, B; ; Huston, P**. Advancing health equity to improve health: the time is now**. Health Promot Chronic Dis Prev Can;36(2): 17-20, 2016 Feb. MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde PMID: 26878490.

KIRST, Maritt; Shankardass, Ketan; Singhal, Sonica; Lofters, Aisha; Muntaner, Carles; Quiñonez, Carlos Fonte. **Addressing health inequities in Ontario, Canada: what solutions do the public support?** BMC Public Health;17(1): 7, 2017 Jan 05. MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde PMID: 28056891.

MIDDLETON, John. **Public health in England in 2016-the health of the public and the public health system: a review**. Br Med Bull;2017 Jan 08. MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde PMID: 28069616

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde. **Desenvolvimento sustentável e saúde: tendência dos indicadores e desigualdades no Brasil**. Brasília; OPAS; 2014. 29 p. *. Folhetoilus, tab, graf.(Desenvolvimento Sustentável e Saúde, 1).*

Português | CONTROLE BIBLIOGRAFICO | ID: mis-36691

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processos e resultados**. Brasília (Brasil); 2005.

PAIM, Jairnilson Silva; Almeida Filho, Naomar de(orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** 1ª edição 2014. Medbook, Rio de Janeiro.

PELLIZZON, R. de F. **Pesquisa na área de saúde: 1- base de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde)**. *Acta Cirúrgica Brasileira*, Rio Claro, v. 19, n. 1, p. 153-163, mar./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 29 mar. 2018.

PORTELA, A.S; Leal, A.A.F; Werner, R.P.B; Simões, M.O.S; Medeiros, A.C.D. **Políticas Públicas de Medicamentos: trajetória e desafios**. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. Campina Grande (Brasil); 2010.

RIDIC, Goran; Gleason, Suzanne; Ridic, Ognjen. **Comparisons of health care systems in the United States, Germany and Canada**. Mater Sociomed;24(2): 112-20, 2012. MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde PMID: 23678317

RUCKERT, Arne; Labonté, Ronald**. The global financial crisis and health equity: early experiences from Canada**. Global Health;10: 2, 2014 Jan 06. MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde PMID: 24393250

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Sistema Único de Saúde - 2010: espaço para uma virada / Sistema Único de la Salud 2010: espacio para una mudanza de rumbos / Unique Health System - 2010: room for a turning point**. Mundo saúde (Impr.); 34(1): 8-19, jan.-mar. 2010. tab Português, Espanhol | ACERVO | ID: mis-24447.

SIQUEIRA, José Eduardo. **25 anos do SUS: o que há para comemorar? / SUS (Unified Health System) after 25 years: is there anything to celebrate?** Mundo saúde (1995); 37(1): 56-64, jan.- mar. 2013.

TANAKA, O.Y; Oliveira, V.E. **Reforma(s) e Estruturação do Sistema Britânico: lições para o SUS**. Saúde e Sociedade v. 16, n.1, p.7-17 jan-abr 2007.

TEIXEIRA, J.V; Cruz, C.A; Azevedo, A.P. **UNIVERSIDADE DO ATENDIMENTO À SAÚDE NO BRAISL: impasses e perspectivas**. Revista Política Púbica. São Luis (Brasil); 2016.

TUGWELL, Peter; O'Connor, Annette; Andersson, Neil; Mhatre, Sharmila; Kristjansson, Elizabeth; Jacobsen, Mary Jane; Robinson, Vivian; Hatcher-Roberts, Jan; Shea, Beverley; Francis, Daniel; Beardmore, Jil; Wells, George A; Losos, Joe**. Reduction of inequalities in health: assessing evidence-based tools**. Int J Equity Health;5: 11, 2006 Sep 27.

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde **PMID**: 17005046

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; Pepe, Vera Lúcia Edais; Marques, Dirce Cruz; Barberato-Filho, Silvio; Lopes, Luciane Cruz. **Assistência farmacêutica e ações judiciais: propostas para melhorar o acesso e o uso de medicamentos/ Pharmaceutical**

services and judicial decisions: proposals to improve access and rational use of medicines. Rev. adm. saúde;12(47): 79-86, abr.-jun. 2010. ilus

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde **ID:** 612319

VIEIRA, Fabíola Sulpino. **Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS./ [Right to health litigations: a discussion on the observance of the principles of Brazil's Health System]**. Rev Saude Publica;42(2): 365-9, 2008 Apr.

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde **PMID:** 18327495

VIEIRA, Fabíola Sulpino; Zucchi, Paola. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde/ Financing of pharmaceutical services in Brazilian public health system. Saúde Soc;22(1): 73-84, jan.-mar. 2013. tab

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde **ID:** 674701

Ao postar esse arquivo na plataforma, confirmo que o texto foi aprovado pelo meu orientador, para submissão como projeto de trabalho de conclusão de curso de especialização em economia da saúde.