

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE**

FLÁVIO HENRIQUE LAGO GUIMARÃES

**UMA ANÁLISE DOS GASTOS COM MEDICAMENTOS DOS MUNICÍPIOS
PERNAMBUCANOS EM 2012**

**Recife
2015**

FLÁVIO HENRIQUE LAGO GUIMARÃES

UMA ANÁLISE DOS GASTOS COM MEDICAMENTOS DOS MUNICÍPIOS
PERNAMBUCANOS EM 2012

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Melo Filho

Co-Orientadora: Profa. Dra. Tatiane Menezes

Recife

2015

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

G963a

Guimarães, Flávio Henrique Lago

Uma análise dos gastos com medicamentos dos municípios pernambucanos em 2012 /
Flávio Henrique Lago Guimarães, 2015.

58 folhas : il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Melo Filho e co-orientadora Prof^a. Dra. Tatiane Menezes.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de
Pernambuco, CCSA, 2015.

Inclui referências.

1. Medicamentos. 2. Saúde pública – Pernambuco. 3. Gastos públicos. 4. Assistência
farmacêutica. I. Melo Filho, Paulo (Orientador). II. Menezes, Tatiane (Co-orientadora).
III. Título.

336 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2016 – 055)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE DE:

Flávio Henrique Lago Guimarães

A Comissão Examinadora, composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro, considera o candidato Flávio Henrique Lago Guimarães **APROVADO**.

Recife, 29 de janeiro de 2015.

Prof. Dr. Raul da Mota Silveira Neto
Examinador Interno

Prof. Dr. José Lamartine Soares Sobrinho
Examinador Interno

Prof. Dr. Yves Bastos Zamboni Filho
Examinador Externo / UFPE

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me dado forças em todos os momentos de minha vida.

Ao meu pai, (*in memorian*), pelo seu amor a mim e minhas filha. Serás eterno em minha vida.

A minha família, pela presença e apoio constante, especialmente a minha esposa Sandra Lago pela bravura, companheirismo e confiança que tudo será sempre melhor. E está sendo!

As minhas duas filhas, Maria Eduarda Lago e a pequena Marina Lago. Todo esforço foi pelo amor que sinto por vocês.

Aos meus colegas de trabalho, pelo entendimento da minha fase de estudo e pela parceria para não deixar as responsabilidades profissionais em débito.

Aos colegas deste mestrado, chamada com carinho de “turma do Pareto” só valorizou o mérito desta conquista. Uma turma primeira qualidade, que sem dúvidas, me fez amadurecer neste período de convivência.

A secretaria do mestrado, pela atenção e carinho a todos desta turma.

Aos monitores, que tiveram a disposição e dedicação de transmitir e interagir com todos os integrantes desta turma.

Aos professores deste Programa de Pós-Graduação, que tiveram a primeira turma do mestrado em gestão em economia da saúde do Brasil. Um rico e valoroso conteúdo que me trouxe uma nova visão de mundo.

A Professora Suely Galdino (*in memorian*), que foi determinante para minha entrada neste mestrado, onde a mesma será sempre uma referência profissional.

Aos orientadores, Professores Doutores Paulo Melo Filho e Tatiane Menezes.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo um alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

RESUMO

O medicamento é um insumo importante para o bem-estar das populações e deve ser encarado como um meio, uma possibilidade a ser usada tanto para prevenir agravos, quanto também para recuperar a saúde. Nos últimos anos, o gasto farmacêutico vem tornando-se uma ameaça à sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde de muitos países. O orçamento crescente destinado à provisão dos medicamentos tem competido com outras grandes prioridades no setor saúde e esses gastos em farmácia não têm correspondido a melhorias significativas nos indicadores de saúde. Este trabalho tem como objetivo apresentar no ano de 2012 os gastos com medicamentos declarados pelos municípios pernambucanos e realizar uma correlação destes gastos com indicadores sanitários e socioeconômicos, utilizando como fonte de informação destes gastos o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Os municípios estudados foram categorizados em cinco grupos e através do STATA foi aplicado modelos de regressões múltiplas para identificar possíveis correlações entre as variáveis explicativas. Observou-se correlação negativa dos gastos com medicamentos com a renda domiciliar per capita, ou seja, quanto menor a renda per capita dos municípios, maior o dispêndio com medicamentos pelos municípios pernambucanos e uma correlação positiva dos gastos com medicamentos com os gastos totais com saúde, ou seja, os gastos com medicamentos impactam significativamente nos gastos totais de saúde dos municípios. Por fim, municípios com resultados satisfatórios em saúde, sejam eles medidos através do acesso aos medicamentos ou a outros serviços devem está relacionados à condição socioeconômica da população deste território. Pois é a partir desta que os gestores públicos podem gerar receitas necessárias para a adequada estruturação e acesso aos usuários dependentes do SUS.

Palavras-chave: medicamentos, saúde, gastos, SIOPS, assistência farmacêutica.

ABSTRACT

The drug is an important input for the population welfare and should be seen as a means, a possibility to be used both to prevent diseases, as also to regain health. In recent years, pharmaceutical spending has become a threat to the sustainability of public health systems of many countries. The growing budget for the provision of medicines has been competing with other major priorities in health care and pharmacy in these expenses have not corresponded to significant improvements in health indicators. This work aims to present in 2012 spending on drugs declared by municipalities of Pernambuco and perform a correlation of spending on health and socioeconomic indicators, using as source of information for these expenditures the Information System on Public Budgets in Health (SIOPS). Municipalities studied were categorized into five groups and through STATA was used multiple regression models to identify possible correlations between the explanatory variables. There was a negative correlation in drug spending with per capita household income, that is, the lower the per capita income of municipalities, higher expenditure on medicines by municipalities of Pernambuco and a positive correlation in drug spending to total health spending, ie spending on drugs significantly impact the total expenditure of health of municipalities. Finally, municipalities with satisfactory results in health, whether measured by access to medicines or other services need is related to the socioeconomic status of the population of this territory. It is from this that public managers can generate revenue needed for the proper structuring and access to the dependents of SUS users.

Keywords: medicine, health, expenses, SIOPS, pharmaceutical care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Mapa do estado de Pernambuco com divisão das 12 Regionais de Saúde.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Valor médio (em reais) dos gastos per capita com medicamentos dos 05 grupos em 2012.

Gráfico 2 – Valor médio (em reais) dos gastos totais per capita com saúde dos 05 grupos em 2012.

Gráfico 3 – Valor médio (em reais) de renda domiciliar per capita com saúde dos 05 grupos em 2010.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação dos municípios pernambucanos, através do Fundo de Participação dos Municípios.

Quadro 2 – Classificação dos cinco grupos, com representação de número de municípios por grupo.

Quadro 3 – Resultado das 03 regressões múltiplas realizadas através do programa STATA.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Matriz de correlação realizada através do programa estatístico STATA.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF.....	Assistência Farmacêutica
CBAF.....	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEME.....	Central de Medicamentos
CF.....	Constituição Federal
CIB.....	Comissão Intergestores Bipartite
CIT.....	Comissão Intergestores Tripartite
CID	Código Internacional de Doenças
CNS.....	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS.....	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRU.....	Desvinculação de Receitas da União
EC.....	Emenda Constitucional
FPE.....	Fundo de Participação dos Estados
FPM.....	Fundo de Participação dos Municípios
GM.....	Gabinete Ministerial
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH.....	Índice de Desenvolvimento Humano
INPS.....	Instituto Nacional de Previdência Social
LC.....	Lei Complementar
LDO.....	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MPF.....	Ministério Público Federal
MS.....	Ministério da Saúde
NOAS.....	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB.....	Norma Operacional Básica
OMS.....	Organização Mundial da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PE.....	Pernambuco
PNAF.....	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM.....	Política Nacional de Medicamentos
RENAME.....	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIOPS.....	Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS.....	Sistema Único de Saúde
UFPE.....	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1. <u>INTRODUÇÃO</u>	14
2. <u>OBJETIVO</u>	18
3. <u>REVISÃO DE LITERATURA</u>	19
3.1. <u>Assistência farmacêutica na atenção primária à saúde</u>	19
3.2. <u>Financiamento, informação e gastos em saúde</u>	25
3.3. <u>Gastos com medicamentos</u>	29
3.4. <u>Alguns fatores que podem influenciar no aumento dos gastos com medicamentos na esfera pública</u>	30
3.4.1. <u>Gastos dos governos com saúde</u>	30
3.4.2. <u>Envelhecimento da população</u>	31
3.4.3. <u>Renda domiciliar per capita</u>	32
3.4.4. <u>Aumento da cobertura das equipes de saúde da família</u>	32
4. <u>METODOLOGIA</u>	35
5. <u>RESULTADOS E DISCUSSÃO</u>	41
6. <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	48
7. <u>REFERÊNCIAS</u>	45

1. INTRODUÇÃO

O medicamento é um insumo importante para o bem-estar das populações e deve ser encarado como um meio, uma possibilidade a ser usada tanto para prevenir agravos, quanto também para recuperar a saúde. Nessa perspectiva, a ênfase deve ser no usuário do medicamento e devem ser pensadas ações individuais e coletivas para promover o acesso aos fármacos necessários (Ferraes e Cordoni Junior, 2002).

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).

Nos últimos anos, o gasto farmacêutico vem tornando-se uma ameaça à sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde de muitos países. O orçamento crescente destinado à provisão dos medicamentos tem competido com outras grandes prioridades no setor saúde e esses gastos em farmácia não têm correspondido a melhorias significativas nos indicadores de saúde (MOTA, 2008). O aumento dos gastos farmacêuticos pode ser reflexo de vários fatores, como a expansão de cobertura, surgimento de novos fármacos, dinamismo epidemiológico, envelhecimento da população, expectativas dos pacientes e o uso inadequado de fármacos em diversas situações clínicas (OMS, 2002). No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações do Ministério da Saúde em relação à Assistência Farmacêutica têm sido pautadas pela Política Nacional da Assistência Farmacêutica aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2004), objetivando promover as ações não somente para a ampliação do acesso, mas principalmente para a promoção de uso racional de medicamento e insumos de saúde, com o propósito de garantir qualidade, segurança e eficácia dos mesmos (OLIVEIRA, 1990).

No Brasil, há de se compreender as mudanças no contexto sanitário que provocaram novos direcionamentos nas responsabilidades pelos gestores públicos municipais criando um cenário de novos desafios para o enfrentamento da complexidade do setor saúde e seus

eternos conflitos com a escassez no financiamento. O sistema de saúde brasileiro passou por transformações importantes com a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde. Ele representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, de estruturar, de desenvolver, de produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que a universalidade de acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a participação das comunidades e a descentralização tornaram-se os princípios do novo sistema (BRASIL, 2008).

A Constituição Brasileira de 1988 conferiu autonomia político-administrativa aos municípios, e a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB/96) aumentou a responsabilidade dos municípios, que assumiram papel decisório nas ações de saúde em seu território (BRASIL, 2002). Com a NOB/96 houve alteração da fórmula de cálculo para estabelecimento do valor repassado pela União aos municípios, porém apenas em 1998 passou a vigorar, com instituição de um Piso de Atenção Básica, regido por uma lógica distributiva de natureza demográfica e epidemiológica. A alteração ocorreu em 2000, quando foi votada a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), que assegurou um piso mínimo de investimento em saúde por parte das três esferas de governo. Estas mudanças suscitaram a realização de vários estudos avaliativos que se dedicaram a conferir o real cumprimento dos dispositivos baixados, bem como a avaliar o seu impacto na redução das desigualdades entre estados e regiões, contribuindo para tanto o destaque que o tema da equidade passou a assumir em escala mundial e particularmente nos países do Terceiro Mundo (DUPIM, 1999 e MOTA 2008).

Se o cenário atual requer dos municípios uma maior responsabilidade na prestação de serviços em saúde à população, apresenta questionamentos quando se trata de um financiamento sustentável que garanta ao gestor municipal a capacidade orçamentária para prestar contas de todos os gastos em saúde de sua competência sem que ocorra a priorização de determinada política de saúde diante da insuficiência dos recursos. Desta forma, os gestores municipais necessitam gerenciar a movimentação dos recursos disponíveis e para isso a visualização e o monitoramento de suas receitas e despesas com saúde é fundamental para avaliação do impacto financeiro de cada ação e serviço em saúde visando o uso racional dos recursos disponíveis com a devida eficiência.

Nos processos de tomada de decisão a informação é uma base indispensável, visto que contribui para tornar transparente a relação entre Estado e sociedade civil (MENDES, 2008). O desafio é superar a compreensão da informação como elemento meramente técnico e passar a tratá-la como recurso estratégico, capaz de contribuir no processo de gestão (BRANCO, 2006).

Em 2000 foi criado o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), constituindo-se no instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde, tendo sido reconhecido seu papel na Lei Complementar (LC) n° 141/2012, que o elege para tal. O SIOPS se torna um importante instrumento para a gestão pública em saúde, pois a partir das informações sobre recursos alocados no setor, têm-se subsídios para a discussão sobre o financiamento e planejamento do SUS. Segundo, Teixeira e Teixeira (2003), a disponibilidade de informações sobre o perfil do financiamento e do gasto em saúde, para cada esfera de governo, constitui um imperativo para o processo de construção e avaliação do desempenho do SUS, tendo em vista que essas informações podem viabilizar, dentre outras coisas, o aprimoramento da gestão e a adequação da distribuição dos gastos com o setor.

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).

Considerando a necessidade de expandir estudos sobre avaliação de gastos sobre medicamentos este trabalho vem apresentar em um estado brasileiro o comportamento dos gastos per capita com medicamentos e tendo em vista que o estado de Pernambuco apresenta uma forma pactuada na CIB de repasse da contrapartida estadual em medicamentos pelo Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE) o mesmo foi escolhido para análise dos gastos com medicamentos, onde todos os municípios do estado realizam seus gastos diretos (processo de aquisição) através dos repasses de recursos financeiros federais e municipais. Tendo em vista que o SIOPS agrega informações sobre receitas e despesas em saúde, podem-se obter dados de gastos totais em saúde, bem como gastos com medicamentos e avaliar o

quanto representa, por habitante, estes gastos para cada município Pernambucano. Com isso, podemos identificar possíveis correlações dos gastos com medicamentos com indicadores sanitários e socioeconômicos.

Os resultados obtidos poderão esclarecer alguns questionamentos relacionados às despesas em saúde dos municípios pernambucanos: será que os municípios com maior renda gastam mais com medicamentos? E os municípios com maior cobertura na atenção primária à saúde gastam mais com medicamentos? E aqueles com população com idades mais avançadas, gastam mais com medicamentos? E como é a relação dos gastos totais com saúde per capita e seus gastos com medicamentos per capita?

Uma limitação do estudo é devido a não mensuração da qualidade destes gastos e apenas aos valores totais gastos destinados à aquisição de medicamentos por cada município pernambucano. O SIOPS registra os valores declarados pelos municípios não detalhando quais os produtos adquiridos nem a que preço que os mesmos foram comprados.

Diante da possibilidade de correlações (positivas ou negativas) dos gastos com medicamentos com as variáveis independentes analisadas no estudo, podemos identificar fatores que contribuem para um maior gasto pelos municípios pernambucanos auxiliando-os para um planejamento mais eficiente das necessidades de receitas destinadas à aquisição de medicamentos de cada localidade.

A organização deste trabalho apresenta como sequência de apresentação: objetivo, a revisão de literatura em três tópicos (assistência farmacêutica na atenção primária à saúde e financiamento, informação e gastos em saúde e alguns fatores que podem influenciar no aumento dos gastos com medicamentos na esfera pública.), metodologia, resultados e discussão, considerações finais, referências bibliográficas e apêndice.

2. OBJETIVO

Apresentar no ano de 2012 os gastos per capita com medicamentos declarados pelos municípios pernambucanos através do SIOPS e realizar uma correlação destes gastos com indicadores sanitários e socioeconômicos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Assistência farmacêutica na atenção primária à saúde

A Assistência Farmacêutica (AF) trata de um 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. Este conjunto 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, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (CNS, 2004). A inserção e o desenvolvimento da AF no contexto do SUS ainda se encontram em descompasso com o conjunto de demandas da atenção à saúde. Historicamente, os procedimentos de aquisição e distribuição de medicamentos consolidaram-se como foco e limite das atividades relacionadas aos medicamentos. Somente nos anos mais recentes é que a expressão “Assistência Farmacêutica” ganhou corpo nas discussões institucionais e acadêmicas sendo definida e incorporada no âmbito do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

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”.

Na área pública foi historicamente uma atividade executada a partir da criação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, que era responsável pelo seu gerenciamento, adotando um modelo centralizado de gestão. Parcelas significativas da população, especialmente aquelas portadoras de doenças crônicas ou raras, que necessitavam de medicamentos de uso ambulatorial, com custo elevado ou por períodos longos, não tinham acesso aos mesmos (PONTAROLLI, 2003). Entre os seus objetivos específicos, ressalta-se a identificação de indicadores, como a incidência de doenças por região e por faixa de renda, o levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos, a racionalização das

categorias básicas de medicamentos por especialidades, a organização de eventos científicos, o planejamento e a coordenação de mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional (BERMUDEZ, 1995).

Os recursos financeiros eram originários do convênio firmado entre a CEME e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e a sua gestão era centralizadora, sendo que estados e municípios encontravam-se excluídos de todo o processo decisório (BERMUDEZ, 1999). Ao longo dos anos de existência da CEME, foram detectados vários problemas relacionados com o acesso da população aos medicamentos produzidos por ela, entre eles: a pouca utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) pelos prescritores, desperdícios de medicamentos decorrentes principalmente do pouco conhecimento do perfil epidemiológico das populações atendidas, dificuldades de logística com grandes perdas de medicamentos por prazo de validade vencido, além de insuficiência de recursos financeiros (ACURCIO, 2003). Devido a tantos problemas o programa foi extinto em 1988.

Ao longo dos anos o processo de financiamento da assistência farmacêutica pública vem passando por mudanças no que diz respeito a responsabilidades de cada ente. Tais adequações acompanham o contexto da descentralização das ações de saúde para os municípios desde que o SUS foi implementado. No Brasil, milhões de pessoas não têm acesso aos medicamentos e para que essa população seja contemplada com esses medicamentos o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Medicamentos do Brasil, através da Portaria n° 3.916 de 30 de outubro de 1998 (BRASIL, 1998). A Política Nacional de Medicamentos baseia-se nas mesmas normas que orientam o Sistema Único de Saúde. Então essa política é mais uma ferramenta que visa fortalecer o SUS (BRASIL, 2002). Diante dessa realidade, a aprovação, em 2004, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), vem reforçar o caráter amplo da AF, com ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (BRASIL, 2004).

A Portaria GM/MS n° 698/2006 definiu que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, na forma de blocos de financiamento, incluindo o bloco da assistência farmacêutica. O Bloco de financiamento da assistência

farmacêutica, destinado à aquisição de medicamentos para oferta à população, especialmente em serviços ambulatoriais do SUS, foi dividido em três componentes:

- Componente Básico, para aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, por meio do repasse de recursos financeiros às secretarias municipais e/ou estaduais de saúde ou pela aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde.

O montante federal é repassado diretamente aos municípios, mensalmente em parcelas de um doze avos, pelo Fundo Nacional de Saúde. A contrapartida estadual é realizada por meio de recursos financeiros, ou, em alguns casos, através do fornecimento de medicamentos básicos. Cabe aos municípios o financiamento próprio à administração do montante de recursos, a organização dos serviços e a dispensação destes medicamentos para os usuários (BRASIL, 2001).

- Componente Estratégico, para financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos: a) controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; b) antirretrovirais do programa DST/AIDS; c) sangue e hemoderivados; e d) imunobiológicos, sendo os medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde.
- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS; até novembro de 2009, este componente era denominado Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Com a publicação da portaria GM/MS nº 2.981/2009 que altera a portaria GM/MS nº 204/2007, passou a ser denominado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Atualmente é regulamentado pela Portaria GM/MS nº 1.554/13.

Apenas em 2006, a partir da publicação da Portaria GM/MS n. 399/2006, que divulga o Pacto pela Saúde, e da publicação da Portaria GM/MS n. 699/2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, no Termo de Compromisso de Gestão Estadual é que se estabelece que todas as esferas de gestão do SUS são responsáveis

por promover a estruturação da Assistência Farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas (BRASIL, 2006). O Pacto pela Saúde representou uma alteração significativa na forma de governança do SUS, à medida que definiu áreas de responsabilidade institucional com mais clareza que no período anterior, garantindo que cada nível de governo apoiasse a implementação da política de saúde. Do ponto de vista do financiamento do SUS, o Pacto pela Saúde definiu “blocos” gerais de alocação dos recursos federais, sendo eles: Atenção Básica; Atenção da Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS. Posteriormente, foi acrescentado outro Bloco denominado de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Brasil, 2006).

Em janeiro de 2007 é publicada a Portaria GM/MS nº 204 que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle (componentes). Estabelece a forma de transferência dos recursos financeiros federais. Nesta, o componente básico da assistência farmacêutica (CBAF) no artigo nº 25 e § 1º ao 7º apresenta que o CBAF é composto de uma parte financeira fixa e de uma parte financeira variável. A parte fixa correspondia a valores per capita, destinado à aquisição de medicamentos e insumos da AF em atenção básica, transferidos aos estados, ao Distrito Federal e municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A parte financeira variável do CBAF consistia em valores per capita, destinados à aquisição de medicamentos e insumos da AF dos programas de hipertensão e diabetes, asma e rinite, saúde mental, saúde da mulher, alimentação e nutrição e combate ao tabagismo. Tais recursos da parte variável também eram pactuados como contrapartida aos estados e municípios na CIB. Os demais recursos da parte variável poderiam ser executados pelo Ministério da Saúde de forma centralizada ou mesmo poderia ser descentralizado para estados e municípios diante da pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e CIB. As insulinas humanas seriam adquiridas de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação na CIT.

Em dezembro de 2007 é publicada Portaria GM/MS nº 3.237 que aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde, estabelecendo os valores mínimos a serem aplicados pelas três esferas de governo, de acordo com elenco de medicamentos de referência, ficando assim definido:

- I - União: R\$ 4,10 por habitante/ano;
- II - Estados e Distrito Federal: R\$ 1,50 por habitante/ano;
- III - Municípios: R\$ 1,50 por habitante/ano.

Nesta Portaria, o Ministério da Saúde realizava aquisição e distribuição dos seguintes produtos e insumos:

- I - medicamento Insulina NPH 100 UI e Insulina Regular 100 UI, constantes do Elenco de Referência;
- II - contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, constantes do Elenco de Referência.

A Portaria GM/MS nº 2.982/09 aprova as normas de execução e de financiamento da AF na atenção básica, estabelecendo novos valores mínimos a serem aplicados sob a responsabilidade das três esferas de gestão:

- I - União: R\$ 5,10 por habitante/ano;
- II - Estados e Distrito Federal: R\$ 1,86 por habitante/ano;
- III - Municípios: R\$ 1,86 por habitante/ano.

O ministério da saúde financiava os recursos para aquisição e distribuição dos contraceptivos e insumos do programa da saúde da mulher e o programa de diabetes era financiado com aplicação mínima de R\$ 0,50 por habitante/ano para disponibilidade dos insumos:

- I - tiras reativas para medida de glicemia capilar;
- II - lancetas para punção digital;e
- III - seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina.

A RENAME torna-se elenco de referência para aquisição de medicamentos com estes valores mínimos e pela primeira vez surge à possibilidade de uso de recursos financeiros da AF (até 15% ao ano da contrapartida estadual e municipal) destinados à adequação de espaço físico das farmácias do SUS relacionadas à atenção básica, à aquisição de equipamentos e

mobiliário e a realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação de recursos humanos, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade.

Em julho de 2013 é publicada a Portaria GM/MS nº 1.555 que dispõe sobre as normas de financiamento e execução do CBAF no âmbito do SUS. Esta é a portaria vigente no presente momento no território nacional, estabelecendo como valores mínimos:

I - União: R\$ 5,10 por habitante/ano;

II - Estados e Distrito Federal: R\$ 2,36 por habitante/ano;

III - Municípios: R\$ 2,36 por habitante/ano.

Os valores financeiros definidos na Portaria nº 2.982/09 para os insumos de diabetes (R\$ 0,50 por habitante/ano) foram transferidos para aquisição de medicamentos do CBAF, conforme descrição da RENAME.

O repasse financeiro de responsabilidade do estado de Pernambuco (contrapartida estadual) aos municípios se dá através de elenco ofertado e fornecido pelo Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE), estabelecido através de pactuação no Colegiado Intergestores Bipartite (CIB).

O aumento das transferências aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios está em consonância com a política de descentralização da assistência farmacêutica, mais fortemente observada no SUS a partir de 2005, quando o Ministério da Saúde ampliou a transferência de recursos, especialmente para os municípios, para o financiamento de medicamentos utilizados na atenção básica (Brasil, 2005).

Apesar da nítida melhora do sistema, desde sua implementação, ainda existem dificuldades de acesso às unidades de atenção básica e aos medicamentos, e são inúmeras as reclamações sobre a qualidade dos serviços (CONASS, 2002, Lima, 2002). Se, por um lado, o acesso aos medicamentos é um direito da população e, por outro, os recursos são limitados, há necessidade de se compartilhar responsabilidades no financiamento entre as esferas de governo para não sobrecarregar ainda mais os municípios, que têm, atualmente, a maior parte

das responsabilidades de prover ações e prestar serviços (BARROS, 1999; CARVALHO e SANTOS, 1995).

Ampliar o acesso e garantir o uso racional dos medicamentos, integrar a Assistência Farmacêutica às demais políticas de saúde, otimizar os recursos financeiros existentes, incorporar e integrar o farmacêutico na rede de saúde, desenvolver e capacitar recursos humanos para implementar a Assistência Farmacêutica e tornar a gestão eficiente são alguns dos desafios presentes e futuros. O enfrentamento desses desafios exige ações articuladas dos gestores da saúde das três esferas de governo, tendo como objetivo a superação do binômio aquisição/distribuição de medicamentos, reduzido ao seu aspecto logístico-administrativo e sem qualquer relação com o processo de atenção à saúde dos usuários. Requer, portanto, que a Assistência Farmacêutica seja definida como política pública estratégica no âmbito do Controle Social do SUS e incorporada como uma das prioridades das ações dos gestores no campo da saúde. (BRASIL, 2008).

Nos últimos anos, a estruturação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo considerada uma estratégia para o aumento e a qualificação do acesso da população aos medicamentos essenciais (BRASIL, 2009). Dificuldades na gestão da AF também contribuem significativamente para a ruptura na provisão de medicamentos. Negligência no controle de estoque e perdas por validade foi alguns dos fatores contribuintes para o desabastecimento (OLIVEIRA et al., 2010a).

3.2. Financiamento, informação e gastos em saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, a forma como os sistemas de saúde são financiados determina se as pessoas podem obter atenção à saúde e se enfrentam dificuldades financeiras como resultado da obtenção deste cuidado e, assim, o desenho e a implementação de um adequado sistema de financiamento são essenciais na busca de cobertura universal (Carrin e col., 2007; Carrin e col., 2008; Evans e col., 2010).

Pela Constituição de 1988, o financiamento do SUS foi definido como competência comum da União, estados, Distrito Federal e municípios, mediante recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal daqueles entes federados (Constituição

Federal de 1988; Art. 198). No governo federal, esses recursos seriam repartidos entre a previdência, à assistência social e a saúde e, no caso desta última, previu-se, conforme consta do Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do orçamento da seguridade social (OSS), excluído o seguro-desemprego. Esta disposição teria validade até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que deveria definir a cada ano qual o percentual a ser destinado à saúde.

A responsabilidade do administrador financeiro dentro do sistema público está em alocar o capital eficientemente entre os vários ativos e obter uma estrutura financeira adequada às necessidades e características da instituição, desta forma, obtendo e manejando fundos, para melhor administrar os bens ativos da instituição (BRASIL, 2007). Nos termos da Lei Complementar nº 101, a responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas (BRASIL, 2007).

Quanto o Estado pode gastar em saúde e em outras finalidades depende, obviamente, dos recursos que ele pode levantar com impostos e outras receitas. Depende, logo, de quanto é justo (e politicamente realista) retirar da sociedade civil em recursos por meio de tributos (MURPHY e NAGEL, 2002; DWORKIN, 2000; FERRAZ, 2007). Sempre haverá a necessidade de se fazer escolhas, e estas são muitas vezes difíceis na área da saúde (MAYNARD e BLOOR, 1998).

Ainda que soubéssemos exatamente quais políticas são eficazes para garantir o mais alto grau de saúde possível a toda a população, seria impossível implementar todas essas políticas. Isso porque, enquanto as necessidades de saúde são praticamente infinitas, os recursos para atendê-las não o são, e a saúde, apesar de ser um bem fundamental e de especial importância, não é o único bem que uma sociedade tem interesse em usufruir (NEWDICK, 2005).

Segundo REZENDE, SLOMSKI e CORRAR (2005) a Constituição Federal/88 fomentou o processo de descentralização da gestão governamental entre suas esferas, favorecendo a redução da burocracia nos processos, a diminuição dos custos das políticas

públicas – tornando-as mais eficientes – e a redução da assimetria de informações entre estados e municípios. Segundo SANCHEZ, 2003 apud LOPES, (2007) assimetria de informação é a diferença de conhecimento das ações governamentais entre os agentes do Estado e a população, que precisa ser progressivamente superada para tornar visível o que está oculto nas ações governamentais.

Em 1994, demonstrando a prioridade das medidas de ajuste fiscal, o governo criou o Fundo Social de Emergência, hoje denominado Desvinculação de Receitas da União (DRU) que passou a retirar parte das receitas destinadas à seguridade social e à descentralização – receitas do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (UGÁ *et al.*, 2012). Ressalta-se, também nesta década, a regulamentação do SUS, através da Lei no 8.080/90, o que reforçou a necessidade cada vez mais emergente da formulação de uma política nacional de medicamentos, consoante com o novo sistema de saúde do país. ARRETCHE & MARQUES (2002) ressaltam a relevância da NOB 01/96, externando que a mesma trouxe aumento de funções desempenhadas pelos municípios, repassando aos mesmos a função de aprimorar e criar condições para o processo de municipalização. Além disso, foi essa Norma que apresentou as principais inovações no que diz respeito à ação do Município nas políticas públicas de saúde.

Dando continuidade no processo de descentralização da saúde, em 15 de dezembro de 2000, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001) definiu como objetivo principal:

“...ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; definir o processo de regionalização da assistência; criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios” (Art. 1 da NOAS).

Além disso, os municípios ainda não são capazes de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade, a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos essenciais, propósitos maiores desta política (MAYORGA, 2004, FRAGA, 2005, GUERRA, 2004).

Embora as noções de igualdade e equidade sejam utilizadas indistintamente, políticas voltadas para equidade pressupõem redistribuição desigual de recursos, por causa dos ajustes que devem ser efetuados em função de fatores biológicos, sociais e político-organizacionais determinantes das desigualdades existentes (PORTO,1997; ALMEIDA et al., 1999). O padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é principalmente explicado por seu perfil de necessidades em saúde (HULKA & WHEAT, 1985).

O acesso à informação pode potencializar, ainda, a interação pretendida nos processos participativos. É apenas por meio dos fluxos de informações que se possibilita o diálogo, a interpretação dos problemas, limitações e demandas das partes envolvidas na gestão. Além disso, um sistema permanente de informações, que faça uso de todos os meios disponíveis, tem o objetivo de sensibilizar e motivar os indivíduos, que passam a cooperar, desenvolvendo práticas inovadoras e soluções objetivas de atuação conjunta, potencializando, via comunicação e diálogo, o processo decisório e o exercício de controle da gestão pública [...]MENDES, 2008).

Em 2000 foi criado o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), constituindo-se no instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde, tendo sido reconhecido seu papel na própria LC 141/2012, que o elege para tal. O Ministério Público Federal (MPF) e a Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão do Distrito Federal tiveram um importante papel na construção do SIOPS. A partir de uma solicitação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), instauraram em 1994 o Inquérito Civil Público nº 01/94, solicitando aos gestores estaduais e dos municípios das capitais informações sobre receita total e despesa com saúde. As informações foram enviadas em cópias dos balancetes, dificultando a consolidação e conseqüentemente, as análises. Em reunião realizada na X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, ficou acordado que o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) desenvolveria um sistema informatizado para obtenção das informações sobre gastos públicos em saúde.

O SIOPS se torna um importante instrumento para a gestão pública em saúde, pois a partir das informações sobre recursos alocados no setor, têm-se subsídios para a discussão sobre o financiamento e planejamento do SUS. De acordo com Teixeira e Teixeira (2003), o

SIOPS, desde que começou a ser implantado pelo Ministério da Saúde, em 1999, reúne informações sobre o financiamento e o gasto com saúde pública de Municípios, Estados e União e tem como objetivo instrumentalizar o poder público no planejamento, gestão, acompanhamento e avaliação do sistema de saúde, bem como apoiar os órgãos de controle na fiscalização dos dispêndios. Para o Ministério da Saúde (SIOPS, 2007), o SIOPS “faculta aos Conselhos de Saúde e à sociedade em geral a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos no setor saúde” e deve servir como ferramenta para a gestão no que tange a decisão e negociação no referido setor.

Os gastos com medicamentos são apresentados em relatórios de indicadores de despesa pelo SIOPS com valores percentuais e desta forma, para o estudo, foram avaliados os gastos com medicamentos per capita, considerando a população de referência contida no próprio SIOPS de acordo com os gastos totais em saúde de cada município.

Considerando a complexidade e mudanças na forma de financiamento da AF aos municípios e considerando o SIOPS como uma ferramenta para o monitoramento e planejamentos dos gastos dos entes em diversas áreas da saúde, incluindo os gastos com medicamentos, acredita-se que este trabalho possa gerar uma reflexão a profissionais da saúde e aos gestores públicos na importância sobre o entendimento da política de financiamento vigente da assistência farmacêutica e que as informações declaradas ao SIOPS sendo confiáveis e seguras possam, de fato, contribuir para um uso eficiente dos recursos financeiros disponíveis na aquisição de medicamentos a população assistida.

3.3. Gastos com medicamentos.

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. Os gastos com medicamentos da Atenção Básica aumentaram 75%, os Estratégicos, 124% e de Alto Custo de 252% de 2003 a 2007 (VIEIRA 2009).

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.

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.

3.4. Alguns fatores que podem influenciar no aumento dos gastos com medicamentos na esfera pública.

3.4.1 Gastos dos governos com saúde

Os governos em várias partes do mundo têm gastos expressivos com o setor saúde. 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. 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. 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).

3.4.2. Envelhecimento da população

O Brasil vem apresentando ao longo dos anos um aumento na expectativa de vida. 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).

Em 1990 35% da população eram compostas 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 repercute prontamente no sistema de saúde (LYRA, 2008; ÁUREA et al., 2011).

Estudo de 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. Observou-se também que 13,9% dos idosos ingeria cinco medicamentos ou mais simultaneamente, conhecido como polifarmácia. 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.

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. 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).

3.4.3. Renda Domiciliar per capita

Uma parcela significativa da população pernambucana é dependente diretamente do SUS para assistência à saúde. Proporcionalmente, os mais pobres gastam mais com medicamentos que os mais ricos (GARCIA et al., 2013). 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. Portanto, famílias com renda domiciliar per capita baixa tem o SUS como principal via de acesso à assistência farmacêutica o que pode contribuir para um maior dispêndio dos gestores com medicamentos.

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%.

3.4.4. Aumento da cobertura das equipes de saúde da família

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 (SCOREL 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).

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).

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.

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)

De acordo com Vieira (2009), o gasto com medicamentos da Atenção Básica cresceu 75% entre 2002 e 2007. 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 (VIEIRA 2011).

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.

4. METODOLOGIA

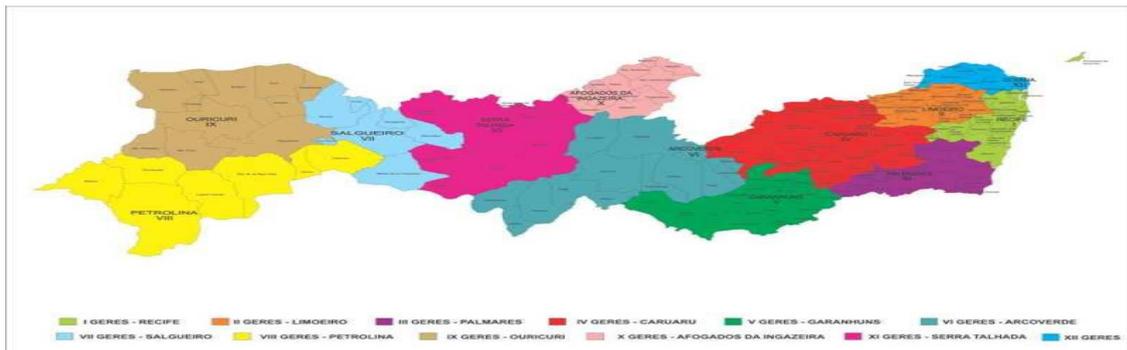
Este estudo foi do tipo longitudinal, descritivo e retrospectivo. Os dados foram de natureza quantitativa – valores financeiros per capita relativos aos gastos públicos com medicamentos pelos municípios pernambucanos em 2012. O conceito de gastos em saúde aqui apresentado segue as definições contábeis básicas da despesa do ente federativo em questão. Ou seja, são gastos realizados apenas pelos órgãos vinculados à administração municipal. Os dados de gastos com medicamentos foram coletados utilizando o SIOPS como sistema de informação. Municípios que não apresentaram informações ao SIOPS no período da análise foram excluídos do estudo, pois afetariam os resultados dos dados. No total, foram 175 analisados. No apêndice deste trabalho, verificam-se todos os municípios incluídos e excluídos no estudo.

Uma análise descritiva foi realizada avaliando-se os gastos per capita com medicamentos, gastos totais com saúde e renda domiciliar per capita.

Os dados coletados dos gastos com medicamentos foram correlacionados numa regressão múltipla e analisados no programa Data Analysis and Statistical Software (STATA), versão 10.0 com as seguintes variáveis de controle: gastos totais per capita com saúde, renda domiciliar per capita, cobertura per capita das equipes de saúde da família e população maior que 40 anos. A regressão múltipla é definida por Tabachnick e Fidell (1996) como um conjunto de técnicas estatísticas que possibilita a avaliação do relacionamento de uma variável dependente com diversas variáveis independentes. O propósito é avaliar o comportamento dos gastos dos municípios pernambucanos e verificar a significância estatística quando comparadas as variáveis de controle deste estudo.

O estado de Pernambuco, localizado na região Nordeste do Brasil apresenta população de 8.796.448 habitantes e ocupa uma área de 98.148.323 Km², com densidade populacional de 89,62 habitantes/km² (IBGE 2010). São 184 municípios e mais o distrito de Fernando de Noronha e apresenta uma divisão sanitária com doze (12) Regiões de Saúde, conforme Figura 1.

Figura 1 – Mapa do estado de Pernambuco com a divisão das 12 Regiões de Saúde.



Fonte: site oficial da Secretaria Estadual de Saúde de PE.

Os municípios do estado de Pernambuco foram selecionados e categorizados em cinco grupos, considerando as variações de repasse do Fundo de Participação dos Municípios, o FPM. O objetivo desta divisão foi homogeneizar os municípios por uma fonte de arrecadação de receita. Desta forma, o Quadro 1 representa a classificação dos grupos através do FPM, de acordo com as faixas populacionais e no Quadro 2 a quantidade total de municípios (175) de acordo com a classificação de cada grupo.

Quadro 1 – Classificação dos municípios pernambucanos, através do Fundo de Participação dos Municípios.

Faixa populacional	Nº de Municípios	Grupo
1 a 10.188 habitantes	16	01
10.189 a 13.584 habitantes	27	01
13.585 a 16.980 habitantes	19	01
16.981 a 23.772 habitantes	35	02
23.773 a 30.564 habitantes	19	02
30.565 a 37.356 habitantes	17	02
37.357 a 44.148 habitantes	08	02
44.149 a 50.940 habitantes	03	02
50.941 a 61.128 habitantes	09	03
61.129 a 71.316 habitantes	04	03
71.317 a 81.504 habitantes	06	03
81.505 a 91.692 habitantes	01	03
91.693 a 101.880 habitantes	02	03
101.881 a 115.464 habitantes	02	04
115.465 a 129.048 habitantes	-	04
129.049 a 142.632 habitantes	02	04
142.633 a 156.216 habitantes	-	04
156.217 e mais habitantes	05	05

OBS: o Distrito de Fernando de Noronha não recebe o FPM e, portanto, não está contemplado neste quadro.

Quadro 2 – Classificação dos cinco grupos, com representação de número de municípios por grupo.

Grupo / FPM	Nº Municípios
01	62
02	82
03	22
04	04
05	05
Total de municípios no estudo	175
Total de municípios excluídos	09

OBS: o Distrito de Fernando de Noronha não recebe o FPM e, portanto, não está contemplado neste quadro.

O SIOPS é disponibilizado pela internet através do endereço eletrônico: <http://siops.datasus.gov.br>. O caminho percorrido para o alcance dos dados foi o seguinte: Indicadores > Consulta por fase de despesa > Pernambuco > 2.3 % Despesa Medicamentos / Despesa Total > Ano (2012) > todas as categorias. Seu banco de dados é alimentado pelos próprios Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio do preenchimento de dados em software desenvolvido pelo DATASUS/MS. Tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde. Dentre todos os indicadores calculados e disponíveis no sítio eletrônico do SIOPS, analisaram-se os seguintes:

1. Despesa total *per capita* com Saúde sob a responsabilidade do Município: mostra os gastos totais com saúde (recursos próprios mais recursos do SUS) realizados pelo município dividido pelo número de habitantes.

Cálculo:

Despesa total com saúde

Número de habitantes (Fonte :SIOPS)

- O resultado indica o quanto o município gastou em reais (R\$), por habitante, em saúde.
2. Participação da despesa com medicamentos na despesa total com saúde: cálculo dos gastos com assistência farmacêutica sobre o total de gastos na área da saúde.

Cálculo:

$$\frac{\text{Total de gasto com medicamentos}}{\text{Total de gasto com saúde, excluídas as deduções}} \times 100$$

- O resultado indica que, do total das despesas do município com saúde, excetuando-se as deduções, o município gastou um valor percentual (%) da despesa total em medicamentos.

As informações inseridas no SIOPS geram indicadores, de acordo com os dados declarados pelos municípios. Os indicadores são majoritariamente índices, constituídos por contas contábeis no numerador e no denominador, que visam atingir objetivos específicos. Os indicadores são agrupados em três categorias: os indicadores que relacionam valores de receita entre si; os indicadores que relacionam valores de despesas entre si e aqueles que relacionam valores de despesa e receita. Para fins de cálculos de indicadores, são utilizadas a receita realizada e a despesa liquidada.

Foram utilizadas as informações do SIOPS sobre despesa liquidada, ou seja, a despesa realmente despendida e averiguada no final do período. Essa escolha parece ser mais plausível, pois revela a verdadeira situação do município. Os valores liquidados pelos municípios para aquisição de medicamentos foram extraídos do SIOPS, onde se empregaram as classificações contábeis 3.3.3.90.30.09.00 (aplicações diretas – medicamentos) e 3.3.3.90.32.03.01 (material de distribuição gratuita – medicamentos). A soma dos valores obtidos em cada classificação contábil corresponde ao gasto total de cada município. O gasto *per capita* dos municípios com medicamentos foi obtido pela divisão do gasto total com medicamentos de cada município pela respectiva população.

Os gastos municipais com medicamentos per capita foram correlacionados com as seguintes variáveis de controle: gastos totais em saúde per capita (coleta: SIOPS/2012), renda domiciliar per capita (coleta: DATASUS 2010), cobertura da equipe de saúde da família per capita (coleta: DATASUS/2012) e população acima dos 40 anos (coleta: DATASUS/2012).

Os valores coletados foram tabulados em planilha formato Excel 2007 e utilizados para Regressão Múltipla (RM) linear sendo o programa estatístico STATA o de escolha para tratamento dos dados. O resultado final de uma RM é uma equação da reta que representa a melhor predição de uma variável dependente a partir de diversas variáveis independentes. Esta equação representa um modelo aditivo, no qual as variáveis preditoras somam-se na explicação da variável critério. A equação da regressão linear pode ser representada por: “ $y = a + b x_i + \hat{I}$ ”, onde: “ y ” é a variável dependente, ou critério; “ a ” é a constante, ou o intercepto entre a reta e o eixo ortogonal; “ b ” é o parâmetro, coeficiente padronizado de regressão, ou peso; “ x_i ” são as variáveis independentes (preditoras) e “ \hat{I} ” é o erro ou resíduo, que se refere à diferença entre os valores observados e preditos.

Os 05 grupos dos municípios pernambucanos categorizados foram correlacionados segundo dummies. Considerando as variáveis independentes do estudo e tendo em vista as possíveis correlações e interações foram apresentadas neste trabalho o resultado de três modelos de regressão linear múltipla a partir da matriz de correlação apresentada na Tabela 1, utilizando para cada regressão aplicada no STATA as equações, considerando sempre a dummy 1 e a inter-relação 1 como constante (α_0).

Na primeira regressão (Regressão 01) foram consideradas as dummies dos 05 grupos categorizados e as variáveis de controle, seguindo as equações abaixo:

- Regressão 1

$$\text{Gasto_medic } i = \alpha_0 + \alpha_1 \text{ dummy2} + \alpha_2 \text{ dummy3} + \alpha_3 \text{ dummy4} + \alpha_4 \text{ dummy5} + \alpha_6 \text{ gasto não Medic } i + \alpha_7 \text{ renda } i + \alpha_8 \text{ cobert } i + \alpha_9 \text{ pop40 } i + I_i$$

A segunda regressão (Regressão 02) além das dummies e variáveis de controle foram inseridas as possíveis inter-relações entre estas variáveis.

- Regressão 2

$$\text{Gasto_medic } i = \alpha_0 + \alpha_1 \text{ dummy2} + \alpha_2 \text{ dummy3} + \alpha_3 \text{ dummy4} + \alpha_4 \text{ dummy5} + \alpha_6 \text{ gasto não Medic } i + \alpha_7 \text{ renda } i + \alpha_8 \text{ cobert } i + \alpha_9 \text{ pop40 } i + \alpha_{10} \text{ int2} + \alpha_{11} \text{ int3} + \alpha_{12} \text{ int4} + \alpha_{13} \text{ int5} + I_i$$

Por fim, a terceira regressão (Regressão 03) não registrou as dummies, mas correlacionava às variáveis de controle e suas inter-relações, conforme equação abaixo:

- Regressão 3

$$\text{Gasto_medic } i = \alpha_0 + \alpha_1 \text{ gasto não Medic } i + \alpha_2 \text{ renda } i + \alpha_3 \text{ cobert } i + \alpha_4 \text{ pop40 } i + \alpha_5 \text{ int2} + \alpha_6 \text{ int3} + \alpha_7 \text{ int4} + \alpha_8 \text{ int5} + I_i$$

Tabela 1 – Matriz de correlação realizada através do programa estatístico STATA.

	gas~m_pc	nao_me~c	renda~c	cobert~a	frac_40	dummyf~2	dummyf~3	dummyf~4	dummyf~5	int2	int3
gasto_medi~c	1.0000										
nao_medic_pc	0.3657	1.0000									
renda_domi~c	-0.1723	-0.0183	1.0000								
cobertura	0.1557	0.2587	-0.3905	1.0000							
frac_40	-0.0068	-0.0325	0.1763	0.1662	1.0000						
dummyfpm2	-0.0847	-0.1814	-0.1609	-0.1058	-0.1984	1.0000					
dummyfpm3	-0.0561	-0.0746	0.3512	-0.2744	0.0101	-0.3551	1.0000				
dummyfpm4	-0.1169	-0.0885	0.2331	-0.1171	0.0339	-0.1432	-0.0584	1.0000			
dummyfpm5	-0.0913	0.0158	0.5739	-0.2760	0.0539	-0.1605	-0.0654	-0.0264	1.0000		
int2	-0.0334	-0.0338	-0.1347	-0.0598	-0.1999	0.9591	-0.3405	-0.1373	-0.1540	1.0000	
int3	0.0095	0.2055	0.3190	-0.2415	-0.0401	-0.3145	0.8857	-0.0517	-0.0580	-0.3016	1.0000
int4	-0.1142	-0.0830	0.2312	-0.1179	0.0363	-0.1424	-0.0580	0.9944	-0.0262	-0.1365	-0.0514
int5	-0.0769	0.0891	0.5103	-0.2479	0.0116	-0.1510	-0.0616	-0.0248	0.9409	-0.1449	-0.0545
		int4	int5								
int4		1.0000									
int5		-0.0247	1.0000								

Fonte: STATA

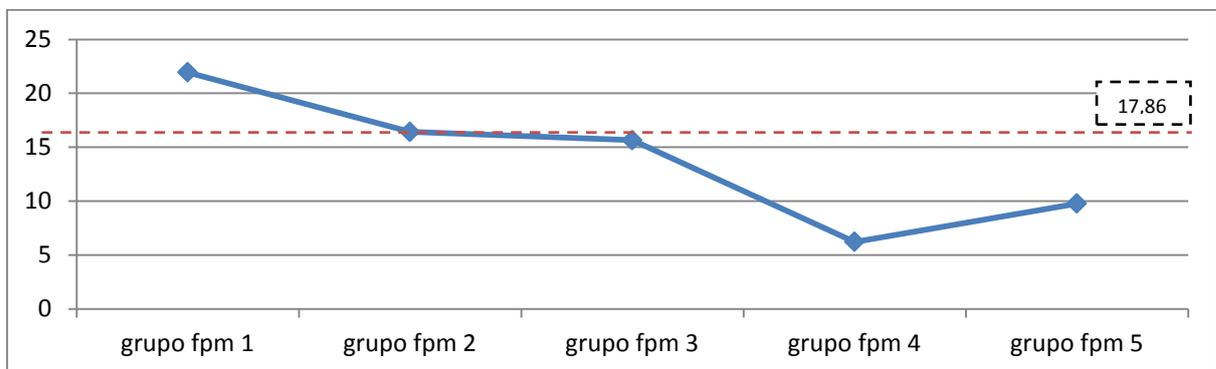
Legenda da matriz de correlação:

- Gasto_medi~c = gastos per capita com medicamentos.
- Não_medic_pc = gastos totais com saúde per capita.
- Renda_domi~c = renda domiciliar percapita.
- Cobertura frac_40 = população > 40 anos.
- Dummyfpm2 = constante (dummy1) + grupo fpm 2 .
- Dummyfpm3 = constante (dummy1) + grupo fpm 3.
- Dummyfpm4 = constante (dummy1) + grupo fpm 4.
- Dummyfpm5 = constante (dummy1) + grupo fpm 5.
- Int2 = inter-relação do grupo fpm 2 com demais grupos, quando int1 é constante.
- Int3 = inter-relação do grupo fpm 3 com demais grupos, quando int1 é constante.
- Int4 = inter-relação do grupo fpm 4 com demais grupos, quando int1 é constante.
- Int5 = inter-relação do grupo fpm 5 com demais grupos, quando int1 é constante.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a coleta nos banco de dados (SIOPS e DATASUS) utilizados neste estudo e considerando que os municípios pernambucanos foram agrupados em 05 grupos, inicialmente podemos observar no gráfico 1 o comportamento médio dos gastos per capita com medicamentos destes 05 grupos categorizados.

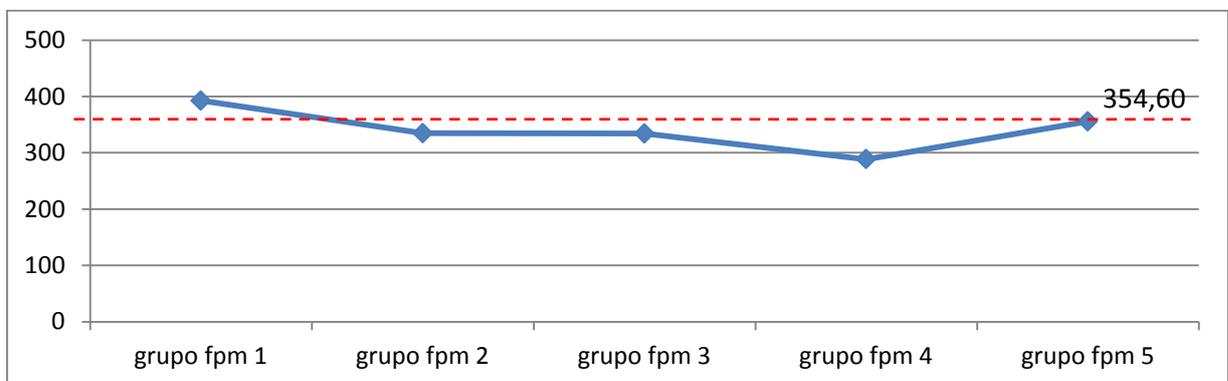
Gráfico 1 – Valor médio (em reais) dos gastos per capita com medicamentos dos 05 grupos em 2012.



Fonte: SIOPS/2012

Nota-se que os grupos com municípios com menor porte populacional tendem a apresentar maiores gastos públicos per capita com medicamentos. O valor médio de todos os municípios estudados (175) foi de R\$ 17,86. Comportamento semelhante observou-se quando avaliados os gastos totais per capita em saúde dos municípios estudados (gasto médio de R\$ 354,60), conforme gráfico 2.

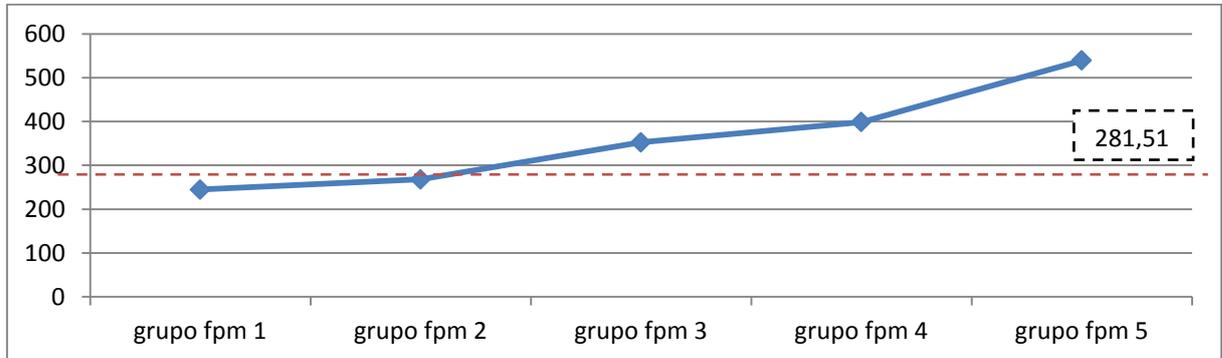
Gráfico 2 – Valor médio (em reais) dos gastos totais per capita com saúde dos 05 grupos em 2012.



Fonte: SIOPS/2012

No gráfico 3 pode-se verificar como é comportamento da renda domiciliar per capita dos 05 grupos quando comparados e identificar que curva do fator renda domiciliar é ascendente diante do porte populacional dos municípios pernambucanos.

Gráfico 3 – Valor médio (em reais) de renda domiciliar per capita com saúde dos 05 grupos em 2010.



Fonte: DATASUS/2010

Os municípios com menor porte populacional, mesmo apresentando uma população com menor renda domiciliar per capita são os que utilizam maior gasto público (pelo gestor municipal) com medicamentos per capita. A renda domiciliar per capita de uma população pode refletir na condição de saúde desta e na necessidade de acesso a serviços de saúde e isto gera maior dispêndio do gestor municipal. Em contrapartida, os municípios com maiores rendas domiciliares per capita podem apresentar melhores condições, através do gasto direto, na aquisição de serviços e produtos de saúde e conseqüentemente são menos dependentes dos gastos de gestores públicos. De acordo com Faller et al. (2010), exercer atividade remunerada está diretamente relacionado à melhor qualidade de vida, o que implica menor utilização de medicamentos.

Em contrapartida, as famílias com melhores rendas podem realizar de forma direta seus gastos com medicamentos, otimizando o acesso aos tratamentos e melhorando sua condição de saúde. 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.

Em estudo realizado por Sulpino e Zucci (2011) avaliou que houve diferença no gasto de municípios por região e observou-se que a média per capita dos que têm até 5 mil habitantes foi 3,9 vezes maior que dos municípios com mais de 500 mil habitantes. Municípios com até 10 mil habitantes tiveram gasto per capita maior que os demais municípios.

No tocante ao perfil do consumidor brasileiro, este pode ser dividido em três grupos: os que possuem renda acima de 10 salários mínimos (15% da população) consomem 48% da produção total de medicamentos; o grupo com renda entre quatro e 10 salários mínimos (34%) consome 36% da produção e os que têm renda entre zero e quatro salários mínimos (51% da população) consomem 16% da produção (BRASIL, 2001a). Este fato evidencia claramente que, por razões socioeconômicas, o acesso à terapia medicamentosa não ocorre de forma igual na população, ficando comprometido para os milhões de brasileiros que têm baixa renda (FERRAES, 2002).

O SUS assume a maior parte dos gastos globais em medicamentos, principalmente entre os mais pobres, enquanto os mais ricos apresentam mais gastos privados (BERTOLDI AD, BARROS AJ, CAMARGO AL, HALLAL PC, VANDOROS S, WAGNER A, et AL, 2011). Apesar disso, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998 apresentaram maior comprometimento de renda com a compra de medicamentos entre os mais pobres, transpondo diferenças entre grupos e configurando-se como iniquidade (SILVEIRA FG, OSÓRIO RG, PIOLA SF, 2002).

Mesmo tendo um maior dispêndio com gastos com medicamentos não se pode dizer que os usuários assistidos têm acesso a estes medicamentos e conseqüentemente melhoram sua condição de saúde. 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). 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).

Quadro 3 – Resultado das 03 regressões múltiplas realizadas através do programa STATA.

Gastos per capita com medicamentos / modelos de regressão múltipla	Valores	Regressão 01	Regressão 02	Regressão 03
Constante	Coefficiente <i>P</i> > / <i>t</i> /	5.383342 (0,619)	-1.600345 (0,920)	4.179031 (0,706)
dummy 2	Coefficiente <i>P</i> > / <i>t</i> /	-1.809662 (0,503)	7.896929 (0,653)	-
dummy 3	Coefficiente <i>P</i> > / <i>t</i> /	-3.609018 (0,933)	17.59747 (0,297)	-
dummy 4	Coefficiente <i>P</i> > / <i>t</i> /	-6377001 (0,109)	4.260909 (0,826)	-
dummy 5	Coefficiente <i>P</i> > / <i>t</i> /	-2.432599 (0,749)	25.96859 (0,156)	-
Gastos totais em saúde per capita	Coefficiente <i>P</i> > / <i>t</i> /	0572263 (0,004)	0875464 (0,062)	0631723 (0,009)
Renda domiciliar per capita	Coefficiente <i>P</i> > / <i>t</i> /	- 0312367 (0,059)	-0359087 (0,034)	-0217001 (0,147)
Cobertura da ESF per capita	Coefficiente <i>P</i> > / <i>t</i> /	-3908204 (0,819)	-6399406 (0,713)	-7094187 (0,695)
População > 40 anos	Coefficiente <i>P</i> > / <i>t</i> /	14.24416 (0,819)	7.028025 (0,826)	8.553943 (0,786)
Int.2	Coefficiente <i>P</i> > / <i>t</i> /	-	-0260336 (0,615)	-0075402 (0,393)
Int.3	Coefficiente <i>P</i> > / <i>t</i> /	-	-0510036 (0,290)	-010208 (0,465)
Int.4	Coefficiente <i>P</i> > / <i>t</i> /	-	-0268405 (0,648)	-0287399 (0,024)
Int.5	Coefficiente <i>P</i> > / <i>t</i> /	-	-0774948 (0,110)	-0213566 (0,300)
Nº observações	-	175	175	175
R ²	-	0,1676	0,1869	0,1722

Fonte: Própria do autor, através dos dados obtidos pelo programa STATA.

De acordo com o quadro 3, verifica-se os coeficientes de correlação linear das 03 regressões múltiplas aplicadas no programa STATA. Considerando os municípios classificados do grupo 1 como constante, verificamos o comportamento das variáveis de controle em relação a aplicação da dummies e inter-relações entre estas variáveis.

Em relação aos 03 modelos de regressões aplicados nota-se, através do quadro 3, os resultados obtidos demonstram que há comportamentos de significância estatística, ou seja, quando valores de $p_valor < 0,05$, onde há existência de correlação entre as variáveis explicativas (controle). As variáveis de controle cobertura de equipes de saúde da família apresentaram correlação negativa e população acima de 40 anos uma correlação positiva, mas não representaram significância estatística ($p_valor > 0,05$) nos 03 modelos rodados e com isso foram suprimidos na discussão dos resultados.

Quando verificamos as variáveis de controle dos gastos totais com saúde per capita e o fator renda domiciliar per capita identifica-se correlações estatisticamente significantes tanto positivas quanto negativas destas variáveis nas 03 regressões utilizadas.

Portanto, conforme quadro 3 abaixo, observa-se correlações positivas dos gastos per capita com medicamentos com os gastos totais em saúde nas 03 regressões, sendo duas com $p_valor < 0,05$. Este comportamento demonstra que o impacto dos gastos com medicamentos está diretamente relacionado com os gastos totais em saúde dos municípios pernambucanos.

Quando observados o fator renda domiciliar per capita, nota-se uma correlação negativa, ou seja, quanto menor a renda per capita dos municípios, maior o dispêndio com medicamentos pelos municípios pernambucanos. Quanto mais pobre a população, maior a dependência do SUS e conseqüentemente maior necessidade de acesso aos serviços públicos de saúde provocando maiores gastos públicos. Desta forma, a pobreza de uma população pode estar relacionada ao elevado número de doenças que necessitam de tratamentos para controle ou cura. A população de baixa renda procura, predominantemente, o SUS e depende do mesmo para obter seus medicamentos (ARRAIS et al., 2005).

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. 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).

Desta forma, há uma relação inversa entre o gasto per capita com medicamentos e o grupo de municípios com reduzido número de habitantes, considerando que estes normalmente detêm menores valores de renda domiciliar per capita. Isto pode ser devido também ao fato de que municípios menores compram medicamentos em menor quantidade quando comparados aos grandes municípios e sendo assim tendo pior poder de negociar preços.

Quando verificado, no quadro 3, os gastos per capita dos medicamentos com os gastos totais per capita, verifica-se uma correlação positiva, ou seja, os gastos com medicamentos impactam significativamente nos gastos totais de saúde dos municípios pernambucanos. Este comportamento é verificado em todas as três regressões aplicadas no STATA, conforme quadro 3. CALIARI & RUIZ (2010), analisaram o gasto governamental real total e *per capita* com medicamentos no período entre 2002-2006. Os gastos por habitante totais cresceram a uma taxa média de 18%, existindo aumento por parte dos estados e municípios (32% e 74%, respectivamente), porém menores que a elevação dos gastos da União (197%). No caso dos municípios, os gastos/habitante ascenderam de R\$ 2,78 para R\$ 4,84, no final do intervalo examinado.

Desde a Emenda Constitucional nº 29/2000 até promulgação da Lei Complementar (LC) nº 141/2012 os estados e municípios têm aumentado sensivelmente os montantes investidos em ações e serviços de saúde, o que pode contribuir para uma maior necessidade de aquisição de medicamentos para tratar uma maior população que até então tinha o acesso à saúde em seu território.

Vieira & Mendes (2007) destacam a necessidade de se desenvolver análises do comportamento dos gastos de medicamentos no SUS, pois estes insumos têm exercido um papel destacado nos gastos em saúde, principalmente em sistemas nacionais de acesso universal. Os medicamentos destacam-se como responsáveis por grande parte do gasto em saúde (MELO, RIBEIRO e STORPIRTIS, 2006). Apesar da inegável importância dos medicamentos no cuidado em saúde, ainda assim são bastante visados nos cortes governamentais (SECOLI et al., 2005). Pela escassez de recursos no setor público, há uma pressão para conseguir mais eficiência, ou fazer mais com menos recursos (LUIZA, CASTRO e NUNES, 1999).

Conhecer o desempenho dos gastos municipais da assistência farmacêutica permite orientar suas atividades pela lógica da atenção à saúde, de maneira a aumentar a cobertura qualificada de acesso aos medicamentos, aplicada aos desafios sanitários (CONASS, 2007). Os gastos por sua vez devem ser vistos na ótica da eficiência na aplicação de recursos. Segundo Vasconcelos (2009), a eficiência está calcada em dois princípios, ambos com o mesmo objetivo, de alcançar os melhores resultados na prestação de serviço com menor dispêndio dos recursos públicos. Segundo Vieira (2008), não é possível falar em efetividade da atenção à saúde sem que assistência farmacêutica cumpra o seu papel com qualidade.

O presente estudo não mensura a qualidade dos gastos e sendo assim não observamos se os valores aplicados para aquisição de medicamentos estão de acordo com preços de mercado e se os itens adquiridos são de fato necessários a realidade dos municípios pernambucanos. Bigdeli e colaboradores (2012) mencionam a baixa responsabilidade e transparência no setor público como sérios desafios para a promoção do adequado acesso aos medicamentos nos países de renda baixa e média.

Por fim, identifica-se um comportamento na regressão 3 quanto ao grupo 4 dos municípios pernambucanos (ver relação dos municípios no apêndice). Nestes, observa-se uma correlação negativa dos gastos com medicamentos com os gastos totais com saúde, ou seja, os gastos com medicamentos para este grupo de municípios são menos expressivos quando comparados com os demais grupos. Isto pode ser entendido pela estrutura destes serviços em ações de promoção e prevenção em saúde, bem como pela menor prevalência de população idosa nestes municípios, o que diminui o número de medicamentos a serem adquiridos por estes. Uma explicação para essa associação positiva entre idade e o elevado consumo de medicamentos é a maior prevalência das morbidades nas idades mais avançadas (ARRAIS, 2005).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os medicamentos são insumos essenciais para a eficiência dos sistemas de saúde e muitas vezes o SUS é a principal via de acesso de uma população a estes produtos. Diante da escassez de recursos financeiros para investimentos diversas áreas da saúde os gestores públicos dependem de informações que viabilize a melhor forma de alocação das receitas adquiridas, bem como precisam garantir a melhor estrutura para efetividade na aplicação destes recursos nos diversos programas que são de sua governança.

Ao mesmo tempo não é apenas o processo de disponibilidade dos medicamentos que garante uma melhor qualidade de vida há uma população. Deve existir o investimento devido nos diversos serviços para realização de ações para promoção e prevenção em saúde. Toda necessidade de investimento gera gastos e os gestores em saúde devem planejar e gerenciar as alocações dos recursos disponíveis.

Para tanto, o SIOPS se transforma numa importante e fundamental ferramenta de gestão aos gestores em saúde e particularmente aos entes municipais que são extremamente dependentes dos repasses estadual e federal. Um instrumento capaz de observar as movimentações de receitas e despesas com saúde sendo norteador na condução dos destinos dos recursos visando uma eficiência alocativa diminuindo as iniquidades em saúde.

Ampliar o acesso de ações e serviços em saúde visa promover maior qualidade de vida as pessoas, mas gera maior responsabilidade aos municípios na gestão e no cumprimento do financiamento. A realidade dos municípios pernambucanos demonstra neste estudo que quanto menor o porte populacional dos municípios menor a renda domiciliar per capita e maior o dispêndio com medicamentos. Esta é uma relação preocupante, pois representam os municípios com menor poder de arrecadação, ou seja, com população economicamente mais pobre, mais dependente do SUS e com maior morbidade.

Este diagnóstico afeta diretamente os gestores municipais que necessitam atender um maior número de indivíduos sem apresentar a estrutura ideal para realizar esta ação. Talvez se explique a condição de pobreza de uma população quando associamos esta a um

elevado dispêndio com medicamentos no nível da atenção básica em saúde. Desta forma, a relação maior gastos com medicamentos pelo poder público municipal pode não está refletindo numa melhor condição de saúde destas populações.

Observa-se também que os gastos com medicamentos estão diretamente relacionados com os gastos totais em saúde nos municípios pernambucanos, com menor expressão para os municípios classificados no grupo 4 da categorização. Em regiões onde prevalece uma população mais idosa há uma tendência de maior gasto com medicamentos, como onde há uma maior cobertura das ESF nos municípios predominam menores gastos. Estas duas variáveis de controle no estudo não representaram significância estatística no estudo.

Mesmo com avanços na política de financiamento para aquisição de medicamentos básicos da assistência farmacêutica ao longo dos anos, bem como a ampliação da cobertura a estratégia de saúde da família em todo Brasil, os gastos com medicamentos necessitam de uma avaliação mais ampla do que simplesmente o montante financeiro efetivamente gasto. O SIOPS não apresenta mais do que os valores destinados a esses gastos, mas há uma necessidade de avaliação do poder de compra dos municípios nos processos de aquisição, ou seja, o quê e quanto foram comprados destes medicamentos, bem como se estes gastos estão associados a uma condição de pobreza do que de saúde propriamente dita.

Por fim, municípios com resultados satisfatórios em saúde, sejam eles medidos através do acesso aos medicamentos ou a outros serviços devem está relacionados à condição socioeconômica da população deste território. Pois é a partir desta que os gestores públicos podem gerar receitas necessárias para a adequada estruturação e acesso aos usuários dependentes do SUS.

7. REFERÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília, DF, 1999b. 40p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 4.217, de 28 de dezembro de 2010**. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/106972-4217.html>>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Site do Siops, 2007. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/>. Acesso em: 10 de out. 2014.

Acurcio FA, organizador. *Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Belo Horizonte: Coopmed; 2003.

ALONSO, M. Custos no serviço público. *Revista do serviço público*, Brasília, ano 50, n. 1, p. 37-63, jan./mar. 1999.

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.

ARRETCHE, M., MARQUES, E. *Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo*. São Paulo: Revista Ciência e Saúde Coletiva, 7 (3): 455-479, 2002.

Artigo 1º da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.

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.

Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 2011;377:1877-89.

BARROS, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: RODRIGUES NETO, E. et al. *SUS coletânea de artigos*. s.l.: s.n., 199-.

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.

BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. de A. (Orgs.). Prefácio. In: _____. *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: Hucitec, Sobravime, 1999.

Bermudez JAZ, Possas CA. Análisis crítico de La política de medicamentos em el Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam* 1995; 119(3):270-277.

BERMUDEZ, J., 1995. *Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade: Crítica da Política de Medicamentos no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec/Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos – SOBRAVIME.

Bermudez JAZ. *Remédios: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992.

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 .

Bertoldi AD, Barros AJ, Camargo AL, Hallal PC, Vandomos S, Wagner A, et al. Household expenditures for medicines and the role of free medicines in the Brazil public health system. *Am J Public Health*. 2011;101(5):916-21. DOI:10.2105/AJPH.2009.175844.

BIGDELI, Maryam et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health policy and planning*, v. 28, n. 7, p. 692-704, 2012.

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.

Branco MAF. *Informação e Saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

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. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: MS 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Relatório de Gestão: gerência técnica de assistência farmacêutica. Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 322, de 8 de maio 2003. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2003. p. 26.

Brasil. Resolução CNS nº 338/2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/resolucao338/cns.htm>. Acesso em: 10 out de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.084, de 28 de outubro de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da assistência farmacêutica na atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 out. 2005. Seção 1, p. 71. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2084.htm>. Acesso em: 10 out.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 10 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 3 abr. 2006c. Seção 1, p. 49-67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. A Assistência Farmacêutica no SUS. CFF, Brasília, 2010, 60p.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de

Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007.

Caliari T, Ruiz RM. Os gastos públicos com medicamentos no período de 2002 a 2006. *Rev Adm Saúde* 2010; 12:167-76.

CARVALHO, G. I. de; SANTOS, L. *Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90): Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. 290p.

CARRIN, G.; EVANS, D.; XU, K. Designing health financing policy towards universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 85, n. 9, p. 652, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/9/07-046664.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

CARRIN, G. et al. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 86, n. 11, p. 857-863, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v86n11/a15v8611.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

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 NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n.º 338, de 06 de maio de 2004. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em 10 out. 2014.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2003.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência farmacêutica no SUS*. v. 7. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2007.

COSENDEY, M.A.E. Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. 2000. 358p. Tese (doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

DUPIM, J.A.A. *Assistência Farmacêutica: um modelo de organização*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1999.

DWORKIN, Ronald. (2000), *Sovereign Virtue. The Theory and Practice of Equality*. Cambridge, Harvard University Press.

Eduardo Fagnani, Silvio Bava e Peter Spink, teve seu texto publicado no livro *Gestão Social: uma questão em debate*; organizado por Elizabeth de Melo Rico e Raquel Raichelis.

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.

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 .

Ess SM, Schneeweiss S, Szucs TD. European healthcare policies for controlling drug expenditure. *Pharmacoeconomics*. 2003;21(2):89-103.

EVANS, D. B.; ETIENNE, C. Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 88, n. 6, p. 402, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v88n6/02.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

Falle JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(4):803-10

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JUNIOR, L. O medicamento, a farmácia, o farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas. *Revista Espaço para Saúde*, Londrina, v. 4, n. 1, dez. 2002. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/index.htm>. Acesso em: 10 set. 2014.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. (2007), “Justiça Distributiva para Formigas e Cigarras”. *Novos Estudos CEBRAP*, vol. 77, pp. 243-256.

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.

Fraga FNR. A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

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.

GIRALDES, M.R. Equidade e despesa em saúde. *Estudos de Economia*, 8:365-88,1988.

GONÇALVES, M. A. et al. Gestão Hospitalar: a aplicabilidade do sistema ABC. RAHIS. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, [S.l.], v. 4, p. 73-86, 2010.

Guerra Jr. AA, Acurcio FA, Gomes CAP, Miralles M, Girardi SN, Carvalho CL, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Pública 2004; 15:168-75.

HOMEDES, N.; UGALDE, A. Multisource drug policies in Latin America: survey of 10 countries. *Bulletin of World Health Organization*, Genebra, v. 83, n. 1, p. 64-70, Jan. 2005.

Hulka B & Wheat J 1985. Patterns of utilization: a patient perspective. *Medical Care* 23(5):438-460.

JARDANOVSKI, E.; GUIMARÃES, P.C.V. O desafio da equidade no setor saúde. *Rev. Administração de Empresas*, 33(3):38-51,1993.

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 .

Lima JC, Azoury EB, Bastos LHCV, Coutinho MM, Pereira NN, Ferreira SCC. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2002; 26:62-70.

LOPES, Cristiano Aguiar, Acesso à informação pública para melhoria da qualidade dos gastos públicos - literatura, evidências empíricas e o caso brasileiro - Caderno de Finanças Públicas, Brasília, n:8, p.5-40, dez.2007. Disponível em:[HTTP://w.w.w.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/publicacoesesaf/cadernofinancas/CF88/CPF_n_8_art1.pdf](http://w.w.w.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/publicacoesesaf/cadernofinancas/CF88/CPF_n_8_art1.pdf). Acesso em: 10 out 2014.

Luiza, VL.; Castro, CGSO; Nunes, JM. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. *Cad. de Saúde Pública*. 15 (4): 769 – 776, 1999.

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: 10 out. 2014.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. SUS e seguridade social: em busca do elo perdido. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 39-49, 2005.

MAYNARD, Alan e BLOOR, Karen. (1998), *Our Certain Fate: Rationing in Health Care*. London, Office of Health Economics.

Mayorga P, Fraga F, Brum CK, Castro EF. Assistência farmacêutica no SUS: quando se efetivará? In: Misoczky MC, Bordin R, organizadores. *Gestão local em saúde: práticas e reflexões*. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2004. p. 197-215.

Melo, DO; Ribeiro, E; Storpirtis, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. *Rev. Bras. Ciênc. Farm.* 42 (4): 475 – 485, 2006.

Mendes R. A emergência e o protagonismo dos sujeitos. In: Botazzo C, Oliveira M A. *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica; 2008.

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.

MESSENDER, Ana Márcia; CASTRO, Cláudia Garcia Serpa. Osório-de-Castro, LUIZA, Vera Lúcia. Mandados judiciais como ferramentas para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21 n.02, p.525-534, mar-abr.2005.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2002.

Mota DM, Silva MGcd, Sudo EC, Ortún V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(sup):589-601.

MURPHY, Liam e NAGEL, Thomas. (2002), *The Myth of Ownership: Taxes and Justice*. Oxford, Oxford University Press.

NASCIMENTO, Edson Ronaldo; DEBUS, Ilvo. LC 101 de 4 de maio de 2000 – Entendendo a Lei de Responsabilidade Fiscal. Brasília:2001. Disponível em: <http://w.w.w.spcdm.com.br/download/arquivos/entendendoalei.pdf>. Acesso em 10 de out de 2014.

NEWDICK, Christopher. (2005), *Who Should We Treat? Rights, Rationing, and Resources in the NHS*. Oxford, Oxford University Press.

OLIVEIRA, Juarez de. Constituição (1990). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 1990. 4. ed. 168p SANTANA, Edilson (Ed.). Acesso aos Medicamentos. Disponível em:

<<http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=57299>>. Acesso em: 10 de out. 2014.

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 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.

Organización Mundial de la Salud. Promoción Del uso racional de medicamentos: componentes centrales. *Perspectivas políticas sobre medicamentos de La OMS*. 2002. p. 1-6.

PEREIRA, M.B. Análise dos gastos públicos e da distribuição dos medicamentos na Atenção Básica no município de Fortaleza-CE no ano de 2006.

PONTAROLLI, D. R. S. Medicamentos excepcionais: ampliando o acesso e promovendo o uso racional no Paraná. Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

Porto SM 1997. *Eqüidade na Distribuição Geográfica dos Recursos em Saúde: uma Contribuição para o Caso Brasileiro*. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

RAMOS, Eralaine Teodoro. CONCEIÇÃO, Francisca Lúcia. Impactos da Lei de Responsabilidade fiscal sobre a contabilidade pública. Especialização em contabilidade e orçamento público. Universidade de Brasília. UNB. Brasília. 2006.

REZENDE, A. J.; SLOMSKI, V.; CORRAR, L. J. A gestão pública e a eficiência dos gastos públicos: uma investigação empírica entre as políticas públicas e o índice de desenvolvimento humano (IDH) dos municípios do Estado de São Paulo. *Revista Universo Contábil*, Blumenau, v.1, nº 1, p. 24-40, jan./abr., 2005. SILVA, L. M. Contabilidade governamental.

RICARDO, V. Vícios e virtudes Públicas. **Revista Conjuntura Econômica**, v. 60, n. 4. 18-23, abr. 2006.

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, Sandra Maria. Estimativa de custo do Programa de Controle e Prevenção da Dengue em Goiânia-Go. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação de Medicina Tropical e Saúde Pública. UFG. 2013.

Secoli, SR, et al. Farmacoeconomia: perspectiva emergente no processo de tomada de decisão. *Ciênc. Saúde Coletiva*.10: 287 – 296, 2005.

SOUZA, M. L. S. Equidade, financiamento e acesso. SEMINÁRIO O SUS, O JUDICIÁRIO E O ACESSO AOS MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS, 2004, Porto Alegre: CONASS; Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul; in SANTOS, C.C.; GONÇALVES, S.A. Análise descritiva de mandados judiciais impetrados contra a Secretaria de Saúde do Distrito Federal para fornecimento de medicamentos. Brasília, 2006. Monografia (Especialização em Gestão de Saúde) da Universidade de Brasília.

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.

Souza RR. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Cien Saude Colet* 2003;8(2):449-460.

SULPINO E ZUCCHI, 2011 - Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde, *Rev Saúde Pública* 2011;45(2):233-40.

Taliberti H, Zucchi P 2010. Custos diretos do programa de prevenção e controle da dengue no Município de São Paulo em 2005. *Rev Panam Salud Publica*, 27, 175-180. Tarricone R 2006. Cost-of-illness analysis: What room in health economics? *Health Policy*, 77, 51-63.

TEIXEIRA, H.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

TEIXEIRA, H.V. TEIXEIRA, M.G. *Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops*. ABRASCO - Ciência e Saúde Coletiva: Economia e Gestão da Política de Saúde. Volume 8 número 2, 2003.

VASCONCELOS, Agdo. O princípio da eficiência na gestão pública. *Governo e Política*, 16 fev. 2009. Disponível em: <www.webartigos.com/artigos/o-principio-da-eficiencia-na-gestao-publica/14519/>. Acesso em: 10 nov. 2014.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **Radis Comunicação e Saúde**, n. 96, p. 12-19, ago. 2010.

VIANA, S.M.; ROMEU, N.; CASTRO, CM. A mão invisível nos serviços de saúde: será que ela cura? In: XVI Reunião Do Conselho das Organizações de Ciências Médicas. Ibadan,

1982.

VIEIRA, Fabiola S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 24, n. 2, p. 91-100, ago. 2008.

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 FS, Mendes ACR. Evolução dos gastos com medicamentos: crescimento que preocupa. In: Anais do VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007. <http://abresbrasil.org.br/trabalhos/evolucao-dos-gastos-com-medicamentos-crescimento-que-preocupa.html> (acessado em 10/Out/2014).

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.

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.

UGÁ, M. A. *et al.* Financiamento e alocação de recursos no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2012.

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.