



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**



ERICK SOARES LISBOA

**FINANCIAMENTO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS A LUZ DO
SIOPS**

Salvador
2023

ERICK SOARES LISBOA

**FINANCIAMENTO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS A LUZ DO
SIOPS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, como parte dos requisitos para obtenção do grau de doutor em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Planificação e Gestão em Saúde

Professor orientador: Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

Professor coorientador: Rafael Damasceno de Barros

Salvador
2023

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

L769f Lisboa, Erick Soares.

Financiamento do componente básico da assistência farmacêutica dos municípios brasileiros a luz do SIOPS / Erick Soares Lisboa. – Salvador: E.S. Lisboa, 2023.

96 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Luís Eugenio Portela Fernandes de Souza.

Coorientador: Prof. Dr. Rafael Damasceno de Barros.

Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Componente Básico da Assistência Farmacêutica. 2. Financiamento. 3. Sistema de Informação. 4. SIOPS. 5. Crise Econômica. I. Título.

CDU 615:614.39



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ERICK SOARES LISBOA

**FINANCIAMENTO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS A LUZ DO SIOPS**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 17 de agosto de 2023.

Banca Examinadora:

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza – ISC/UFBA
(orientador)

Rafael Damasceno de Barros – ENF/UFBA
(coorientador)

Documento assinado digitalmente

gov.br FABIOLA SULPINO VIEIRA
Data: 18/08/2023 07:22:33-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Fabíola Sulpino Vieira – IPEA

Márcio Santos da Natividade – ISC/UFBA

Patrícia Sodré Araújo – UNEB

Salvador
2023

*“(...) acredite no improvável,
acredite no impossível,
enxergue o que ninguém vê,
perceba o imperceptível
e enfrente o que, para muitos,
parece ser invencível (...)”*

Acredite, Bráulio Bessa

DEDICATÓRIA

Ao professor *Sebastião Loureiro (in memoriam)* pelo afeto e sabedoria compartilhada
ao longo dessa jornada.

Ao meu pequeno *Antônio*.

AGRADECIMENTOS

Início os agradecimentos expressando a todas as pessoas que passaram e que, de alguma forma, contribuíram para essa trajetória acadêmica e pessoal no doutorado, a minha gratidão.

Aos meus pais, *Cássio e Evelin*, pelo amor e por sempre estarem presentes em todos os momentos. À minha irmã *Cinthia*, pelo carinho e atenção de sempre.

À minha esposa, *Leilane*, que está dia a dia ao meu lado, nos bons e maus momentos, minha companheira de vida, mãe do nosso Antônio.

Ao professor *Luis Eugenio*, pelos incentivos, provocações, paciência, ensinamentos e acolhimento. Por sempre acreditar e confiar que eu poderia ir além.

Aos professores, *Erika Aragão*, por sempre contribuir com minha formação em todos os momentos, *Márcio Natividade*, que me acolheu de forma muito generosa e *Rafael Damasceno*, pelas contribuições, incentivo e confiança.

Aos professores e toda equipe do Programa de Economia da Saúde (PECS) do ISC, em especial a *Lucileide*, pela atenção de sempre e a *Juracy e professor Vinícius Mendes*, pela atenção e valorosas contribuições nessa caminhada.

Ao professor *Christopher Millett*, por me acolher de forma muito generosa na *Imperial College London* e compartilhar momentos de muito aprendizado.

À coordenação do SIOPS no Ministério da Saúde pela disponibilidade e atenção.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, os quais tive a honra de compartilhar momentos de muito aprendizado, afeto, discussões e acolhimento.

Aos meus colegas de doutorado, pelos inúmeros momentos de compartilhamento de ideias, angústias, aprendizados e descontração.

Aos meus queridos amigos, *Quiara, Augusto, Danilo e Jota*, que acompanharam essa jornada desde começo.

Aos funcionários do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

E por fim, a banca examinadora desse trabalho, pelo aceite em participar da banca e contribuir com a versão final deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	08
LISTA DE TABELAS	09
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
RESUMO	12
ABSTRACT	14
APRESENTAÇÃO	16
INTRODUÇÃO	17
ARTIGO 1	19
<i>Componente Básico da Assistência Farmacêutica: uma análise da completude dos registros financeiros declarados pelos municípios ao SIOPS, 2007 a 2017</i>	19
RESUMO	19
ABSTRACT	20
Introdução.....	21
Método	24
Resultados.....	27
Discussão.....	32
Referências	36
ARTIGO 2	41
<i>Evolução do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica dos municípios brasileiros: uma análise a partir do SIOPS, 2008 a 2017</i>	41
RESUMO	41
ABSTRACT	42
Introdução.....	43
Método	47
Resultados.....	50
Discussão.....	57
Referências	62

ARTIGO 3	68
<i>Os reflexos da crise econômica de 2015 nas receitas e despesas do Componente Básico da Assistência Farmacêutica a nível municipal, 2009 a 2017</i>	68
RESUMO	68
ABSTRACT	69
Introdução	70
Método	73
Resultados.....	75
Discussão	82
Referências	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
LIMITAÇÕES	95
ANEXO	96

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1

- Figura 1.** Caminho percorrido no SIOPS para seleção dos registros do CBAF.....27
- Figura 2.** Evolução proporcional do número de municípios que têm dados registrados no SIOPS para receitas transferidas dos estados e próprias do município, do CBAF, 2007 a 2017.....30

ARTIGO 2

- Figura 1.** Evolução da despesa paga total pelos municípios brasileiros para o CBAF e sua relação entre as fontes de financiamento, registrados no SIOPS, 2008 a 2017.....55
- Figura 2.** Evolução das transferências por fonte de financiamento para o CBAF, declaradas ao SIOPS, pelos municípios brasileiros, 2008 a 2017.....56
- Figura 3.** Evolução das receitas dos municípios para o CBAF, declaradas ao SIOPS e do gasto da União com o Programa Farmácia Popular (PFP), *per capita*, 2008 a 2017.....58
- Figura 4.** Evolução das despesas da União com o CBAF nos municípios e com o PFP, *per capita*, 2008 a 2017.....59

ARTIGO 3

- Figura 1.** Composição das receitas totais dos municípios por entes da Federação e relação da despesa com a receita total dos municípios brasileiros, para o CBAF, 2009 a 2017.....80

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

- Tabela 1.** Número de municípios com dados financeiros registrados de receita transferida pela União e despesa paga, do CBAF, 2007 a 2017.....30
- Tabela 2.** Número e proporção de municípios que têm suas receitas transferidas da União registradas no SIOPS e no FNS e despesas pagas no SIOPS, para o CBAF, por porte populacional, 2007, 2013 e 2017.....32
- Tabela 3.** Número e proporção de municípios que têm suas receitas transferidas dos estados e próprias registradas no SIOPS, para o CBAF, por porte populacional, 2009, 2013 e 2017.....33

ARTIGO 2

- Tabela 1.** Evolução das despesas da União a nível municipal com a Assistência Farmacêutica Básica (AFB), por modalidade de aplicação, 2008 a 2017. (R\$ em milhões)53
- Tabela 2.** Evolução das despesas dos municípios brasileiros para o CBAF, declaradas aos SIOPS, a partir das transferências de recursos dos entes da federação, 2008 a 2017. (R\$ em milhões)54
- Tabela 3.** Receitas e despesa paga do CBAF, do bloco da Assistência Farmacêutica e da Saúde, dos municípios brasileiros, declaradas aos SIOPS, *per capita*, 2008, 2012 e 2017.....57

ARTIGO 3

- Tabela 1.** Despesa e Receitas transferidas da União e estados aos municípios, receitas próprias dos municípios e outras receitas, para o CBAF, dos

municípios, declaradas ao SIOPS, e a variação média anual pré-crise e crise econômica, *per capita*, 2009, 2014 e 2017..... 81

Tabela 2. Variação média anual das receitas dos entes da federação repassadas aos municípios e despesa para o CBAF dos municípios brasileiros, declaradas ao SIOPS, *per capita*, por região, 2009-2014 e 2014-2017..... 83

Tabela 3. Percentual médio da participação da União, estados, municípios e outras fontes, em relação a receita total e a despesa, para o CBAF dos municípios brasileiros, declaradas ao SIOPS, por região, *per capita*, 2009-2014 e 2014-2017..... 84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Siglas	Descrição
AF	Assistência Farmacêutica
AFB	Assistência Farmacêutica Básica
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
EU	União Europeia
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
LC	Lei Complementar
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PFP	Programa Farmácia Popular
PIB	Produto Interno Bruto
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RAG	Relatório Anual de Gestão do SUS
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

RESUMO

Introdução: O financiamento para a assistência farmacêutica tem sido objeto de estudos em suas várias dimensões. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) é a parte responsável pelo acesso a medicamentos essenciais no SUS e, seu financiamento é tripartite, envolvendo o governo federal, estados e municípios. Nesse contexto, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) tem uma importância fundamental no registro e consolidação de informações financeiras do SUS. Além disso, o período de restrição orçamentária vivida no Brasil em 2014 afetou vários setores sociais e a capacidade de resposta dos serviços públicos de saúde. Assim, entende-se que é pertinente verificar os registros financeiros municipais para o CBAF no SIOPS, a evolução de seu financiamento e se a crise econômica refletiu neste financiamento a nível municipal. Com isso, para atender tal intuito foram realizados três artigos. **Artigo 1: Objetivo:** verificar a completude das informações no SIOPS pelos municípios brasileiros, referentes ao CBAF. **Método:** Estudo descritivo sobre a completude dos registros financeiros do CBAF no SIOPS, tendo como unidade de análise os municípios brasileiros, no período 2007 a 2017. Além dos dados do SIOPS, foram utilizados dados do Fundo Nacional de Saúde e populacionais do IBGE. Foram calculadas as proporções de municípios declarantes ao SIOPS para receitas e despesa paga do CBAF e realizada uma análise descritiva, para os três entes da Federação. **Resultados:** Entre os anos de 2007 e 2017 houve um aumento no número de municípios que declararam as receitas transferidas pela União, passando de 43,26% em 2007 para 75,15% em 2017. Quanto às despesas pagas, o percentual de municípios que declarou ao SIOPS aumentou consideravelmente, passando de 8,73% em 2007 para 63,57% em 2017. A proporção de municípios com registros financeiros das receitas dos estados e próprias no SIOPS para o CBAF ainda é baixa, mas houve crescimento ano a ano, especialmente para o registro das receitas próprias dos municípios. **Artigo 2: Objetivo:** Analisar a evolução financeira dos municípios brasileiros para o CBAF, a partir do SIOPS. **Método:** Estudo descritivo e retrospectivo em que foram analisados os dados de receitas e despesas CBAF, a nível municipal, oriundos do SIOPS, de 2008 a 2017. Foram utilizados dados financeiros do SIOPS e do Siga Brasil, a natureza da despesa utilizada em ambos os sistemas foi a fase de execução paga. Foram selecionados no SIOPS municípios que declararam ao longo do período dados de receitas e despesa para o CBAF diferente de zero. Foram utilizados dados populacionais do IBGE e os valores financeiros foram deflacionados pelo IPCA. **Resultados:** Os dados do Siga Brasil, relacionados a totalidade dos gastos do governo federal com o CBAF nos municípios manteve-se praticamente constante até 2014, caindo em 2017. As transferências fundo a fundo tiveram maior participação, enquanto as aplicações diretas do Ministério da Saúde, para o CBAF foram menores. O Programa Farmácia Popular (PFP) teve uma significativa evolução, aumentando cerca de 386% entre 2008-2017. As outras fontes de financiamento aumentaram sua participação em relação ao total das receitas e em relação às despesas. As despesas municipais agregadas para o CBAF no SIOPS aumentaram até 2012, caindo 9,13% em relação a 2017. As despesas *per capita* dos municípios para o CBAF aumentaram em média 29,84%, enquanto as transferências da União fundo a fundo diminuíram 16,75%. As transferências *per capita* da União para os municípios sempre estiveram acima do mínimo estabelecido na legislação, exceto em 2015 e 2017, enquanto outras fontes de financiamento superaram as contrapartidas mínimas a partir de 2009. **Artigo 3: Objetivo:** Compreender os reflexos da crise econômica de 2014 sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no SUS a nível municipal. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa, no período de 2009 a 2017, tendo como unidade

de análise os municípios. Foram selecionados municípios que declararam ao SIOPS suas informações de receitas transferidas pela União, pelo estado, suas receitas próprias e as suas despesas, para o CBAF. Foram utilizados dados populacionais do IBGE e calculada a variação média anual *per capita* considerando dois períodos, pré-crise (2009-2014) e partir da crise (2014-2017). **Resultados:** Durante a crise, a variação média anual das receitas e despesas *per capita* diminuiu em relação ao período pré-crise. A receita municipal *per capita* transferida pela da União teve uma variação média anual de 0,44% no período pré-crise, mas caiu para -2,95% no período da crise. A parcela transferida pelos estados também caiu de -3,97% para -9,09% após a crise. As receitas próprias dos municípios, apresentaram uma tendência de queda com uma variação média anual de -1,78% durante o período de crise. A despesa *per capita* dos municípios para o CBAF apresentou uma tendência de queda de -3,85% a partir da crise econômica. Em relação às receitas da União transferidas aos municípios, todas as regiões tiveram evolução média negativa durante a crise, com destaque para o Sudeste e Nordeste. **Considerações finais:** Os três artigos contribuem para a compreensão no campo farmacêutico que não houve um cumprimento pelos municípios, em parte, das normativas em relação ao registro dos dados financeiros do CBAF no SIOPS, seja por erros ou por desconhecimento do sistema. Ademais, o financiamento do CBAF ao longo da vigência de um mecanismo específico de financiamento (Pacto pela Saúde e portaria nº 204/2017), evoluiu positivamente e que os próprios municípios têm contribuído de forma significativa para o financiamento deste componente da assistência farmacêutica. E, que no financiamento do CBAF teve reflexos da crise econômica de 2014, tanto para as receitas disponibilizadas aos municípios pelos três entes da Federação, quanto nas suas despesas.

Palavras-chave: Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Financiamento. Sistema de Informação. SIOPS. Crise econômica.

ABSTRACT

Introduction: Financing for pharmaceutical assistance has been the subject of studies in its various dimensions. The Basic Component of Pharmaceutical Assistance (CBAF) is the part responsible for access to essential medicines in the SUS, and its financing involves the federal government, states and municipalities. In this context, the Information System on Public Health Budgets (SIOPS) is of fundamental importance in recording and consolidating SUS financial information. In addition, the period of financial constraint experienced in Brazil in 2014 affected several social sectors and the responsiveness of public health services. Thus, it is understood that it is pertinent to verify the municipal financial records for the CBAF in SIOPS, the evolution of its funding and whether the economic crisis was reflected in this funding at the municipal level. With this, to meet this purpose, three articles were carried out. **Article 1: Objective:** to verify the consistency of information filling in the SIOPS by Brazilian municipalities, referring to the CBAF. **Method:** Descriptive study on the consistency of CBAF financial records in SIOPS, using Brazilian municipalities as the unit of analysis, from 2007 to 2017. In addition to SIOPS data, data from the National Health Fund and population data from IBGE were used. The proportions of municipalities declaring to SIOPS for income and expenses paid by CBAF were calculated and a descriptive statistical analysis was performed for the three entities of the Federation. **Results:** Between 2007 and 2017, there was an increase in the number of municipalities that declared revenues transferred by the federal government, from 43.26% in 2007 to 75.15% in 2017. As for expenses paid, the percentage of municipalities that declared to SIOPS increased considerably, from 8.73% in 2007 to 63.57% in 2017. The proportion of municipalities with financial records of state and own revenues in SIOPS for CBAF is still low, but there has been growth year on year, especially for the registration of municipal revenues. **Article 2: Objective:** To analyze the financial evolution of Brazilian municipalities for the CBAF, based on the SIOPS. **Method:** Descriptive and retrospective study in which data on CBAF revenues and expenses were analyzed, at the municipal level, from SIOPS, from 2008 to 2017. Financial data from SIOPS and *Siga Brasil*, the nature of the expenditure used in both systems was the paid execution phase. Municipalities that declared revenue and expenditure data for the CBAF other than zero over the period were selected in SIOPS. Population data from the IBGE were used and the financial values were deflated by the IPCA. **Results:** *Siga Brasil* data, related to all federal government expenditures with CBAF in municipalities, remained practically constant until 2014, falling in 2017. Fund transfers had a greater participation, while direct applications from the Ministry of Health to the CBAF were smaller. The Popular Pharmacy Program had a significant evolution, increasing about 386% between 2008-2017. The other financing sources increased their share in relation to total revenues and in relation to expenditures. Aggregate municipal expenditures for the CBAF in SIOPS increased through 2012, falling by 9.13% compared to 2017. Municipalities' *per capita* expenditures for the CBAF increased by an average of 29.84%, while federal fund-to-fund transfers decreased by 16.75%. *Per capita* transfers from the federal government to municipalities have always been above the minimum established in the legislation, except in 2015 and 2017, while other sources of funding have surpassed the minimum counterparts since 2009. **Article 3: Objective:** To understand the impact of the 2014 economic crisis on the financing of the Basic Component of Pharmaceutical Assistance in the SUS at the municipal level. **Method:** This is a retrospective, descriptive study, with a quantitative approach, from 2009 to 2017, with municipalities as the unit of analysis. Municipalities were selected that declared to SIOPS their revenue information transferred by the federal government, by the state, their

own revenues and their expenses, to the CBAF. Population data from the IBGE were used, and the average annual variation *per capita* was calculated considering two periods, pre-crisis (2009-2014) and after the crisis (2014-2017). **Results:** During the crisis, the average annual variation in *per capita* income and expenditure decreases in relation to the pre-crisis period. *Per capita* municipal revenue transferred by the federal government had an average annual variation of 0.44% in the pre-crisis period, but dropped to -2.95% in the crisis period. The share transferred by the states also dropped from -3.97% to -9.09% after the crisis. Municipalities' own revenues showed a downward trend with an average annual variation of -1.78% during the crisis period. The *per capita* expenditure of municipalities for the CBAF showed a downward trend of -3.85% since the economic crisis. Regarding federal revenues transferred to municipalities, all regions had a negative average evolution during the crisis, with emphasis on the Southeast and Northeast. **Conclusions:** The three articles contribute to the understanding in the pharmaceutical field that the municipalities did not comply, in part, with the regulations regarding the registration of data to the CBAF in the SIOPS, either due to errors or lack of knowledge of the system. Furthermore, CBAF funding over the lifetime of a specific funding mechanism has evolved positively and the municipalities themselves have contributed significantly to funding this component of pharmaceutical assistance. And, that the financing of the CBAF had repercussions of the economic crisis of 2014, both for the revenues made available to the municipalities by the three entities of the Federation, and in their expenses.

Keywords: Basic Component of Pharmaceutical Assistance. Financing. Information system. SIOPS. Economic crisis.

APRESENTAÇÃO

A Assistência Farmacêutica (AF) é um dos pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). O seu componente básico, em especial, é responsável por garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais na atenção básica. A crise econômica internacional de 2008, que veio ser sentida mais fortemente no Brasil alguns anos depois, teve forte impacto no setor da saúde, em todo o mundo. Nesse contexto, surgiu o interesse em estudar os efeitos da crise econômica e da austeridade fiscal sobre o SUS, especificamente na área da AF e de seu componente básico. No decorrer do processo, fui constatando a dificuldade de compreender os mecanismos de registros financeiros no Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), especificamente para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Essa problemática suscitou uma primeira pergunta de investigação: por que não há registros financeiros no SIOPS referente ao CBAF para uma grande parcela de municípios, já que sua alimentação pelos gestores dos SUS é realizada pelos três entes da Federação? Na sequência, analisando detalhadamente o SIOPS, percebi que, mesmo com os limites dos registros, seria possível descrever a evolução do financiamento do CBAF a nível municipal, levando-me à segunda pergunta de pesquisa: como evoluiu o financiamento do CBAF nos municípios, considerando os dados financeiros registrados no SIOPS? Com base nessa descrição, foi possível voltar à motivação inicial de compreender os eventuais reflexos da crise econômica por qual o Brasil passou em 2014. A terceira pergunta de investigação, portanto, foi formulada assim: será que a crise e a austeridade, vivenciadas em 2014, afetaram as receitas e as despesas relativas ao CBAF nos municípios brasileiros? É importante acrescentar que os sistemas de registro de informações financeiras do SUS têm variado bastante ao longo do tempo. Nesse sentido, para poder responder a primeira e a segunda questões, foi necessário buscar dados comparáveis. Ademais, a melhor alternativa foi delimitar o estudo ao período de vigência dos blocos de financiamento estabelecidos pelo Pacto pela Saúde e da portaria nº 204 de 2007. Enfim, esse estudo se propõe a investigar de que forma, em um cenário econômico que evoluiu rapidamente do crescimento à recessão, o financiamento do CBAF a nível de municípios se comportou, tendo como parâmetro outros setores do SUS e os estudos internacionais. O conhecimento assim produzido contribui para entender as relações entre as políticas econômicas e as políticas de saúde, podendo ainda ser útil aos formuladores de políticas.

INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica (AF) desempenha um papel crucial no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, garantindo o acesso a medicamentos necessários para tratar doenças e condições de saúde em todos os níveis de atenção. Balizada pelas políticas farmacêuticas, a AF busca promover o uso racional de medicamentos e o acesso gratuito, otimizando o uso dos recursos públicos. Seu financiamento é compartilhado entre União, estados e municípios. Em 2006, o Pacto pela Saúde estabeleceu os blocos de financiamento do SUS, sendo um deles o da Assistência Farmacêutica. Isso proporcionou maior transparência e organização ao sistema, além de melhoria na aquisição de medicamentos e insumos, no caso da AF^{1,2}.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) se refere aos medicamentos e insumos geralmente necessários aos serviços da atenção básica do SUS. Os recursos financeiros alocados neste componente, portanto, se destinam à aquisição destes medicamentos e insumos. Para que os dados financeiros relacionados ao CBAF sejam consistentes e confiáveis, é fundamental o preenchimento adequado, pelos municípios, das informações no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Só assim, é possível analisar, com segurança, a evolução do financiamento^{2,3}.

As crises econômicas e as políticas de austeridade fiscal⁴, como as vividas em 2014 no Brasil, podem afetar o financiamento da saúde, incluindo a assistência farmacêutica. Os recursos públicos podem ficar mais limitados, comprometendo o fornecimento de medicamentos essenciais. Portanto, analisar a assistência farmacêutica no SUS durante esses períodos é fundamental para compreender os desafios e identificar estratégias de garantia do acesso aos medicamentos necessários, respeitando-se o princípio constitucional da saúde como direito de todos.

A fim de analisar a evolução do financiamento do CBAF, foram conduzidos três estudos específicos, por meio dos quais se buscou: (a) avaliar a completude dos registros municipais no SIOPS, referentes a receitas e despesas com o CBAF, (b) avaliar a evolução do financiamento do CBAF e (c) compreender os possíveis reflexos da conjuntura econômica do país entre 2014 e 2017, sobre esse financiamento.

1. BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, Brasília, 2006.

2. OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S. et al. Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde, 460 p., 2014.

3. BRASIL. Cartilha de orientação SIOPS 2022, Brasília, 2022.

4. STUCKLER, D.; BASU, S. *The Body Economic*: Why Austerity, 302p, 2013.

Nesse sentido, foi investigado no SIOPS, em seu sítio de acesso público (<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>), para os anos entre 2007 a 2017, os caminhos que levassem aos valores financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica, partindo do item *demonstrativos e dados informados a nível municipal*. Foram encontrados dois caminhos, um *por consulta por determinado código contábil* e o outro *por unidade executora*. O primeiro levou a uma série de códigos contábeis, porém não necessariamente os mesmos, havendo cinco mudanças no conjunto de códigos entre 2007 a 2017, assim esse caminho não deixava claro, de fato, se aqueles montantes de recursos se referiam efetivamente ao CBAF.

O segundo, *por unidade executora*, levou as receitas e despesas municipais para os blocos de financiamento do SUS e, dentro do bloco da assistência farmacêutica, ao CBAF. Dessa forma, ficou claro que os recursos ali registrados se referiram a esse componente da AF. Como a consulta a esses registros a nível municipal, pelo sítio do SIOPS, só é permitido de um por um município, foi solicitada à Coordenação do SIOPS, no Ministério da Saúde, a disponibilização desses dados para todos os municípios. Gentilmente, a Coordenação do SIOPS disponibilizou, para esta pesquisa, em único arquivo por município/ano, os dados consolidados. Vale lembrar que se tratam de dados de acesso público, tendo sido a solicitação apenas por conveniência.

Dessa maneira, os dados financeiros do CBAF, a nível de municípios, utilizados nos três artigos desta tese se referem aos dados financeiros coletados utilizando o percurso *consulta por unidade executora*.

Os artigos se complementam. O primeiro identifica o quantitativo de municípios que tiveram seus dados financeiros relativos ao CBAF, registrados no SIOPS, utilizando os registros do sistema de informações do Fundo Nacional de Saúde como elemento comparativo. O segundo artigo analisa a evolução financeira dos municípios referente ao financiamento do CBAF, utilizando estatística descritiva e o sistema Siga Brasil para verificar os dados da União referentes às aplicações financeiras da assistência farmacêutica básica, que além das transferências fundo a fundo, incluem as transferências direta aos municípios e os recursos alocados ao Programa Farmácia Popular. Por fim, o terceiro artigo analisa os reflexos da mudança de contexto econômico – de crescimento para recessão – vivida pelo Brasil em 2014 sobre a evolução das receitas e despesas municipais com o CBAF, utilizando valores *per capita* e taxa de variação média anual entre os períodos pré-crise e de crise, para o Brasil como um todo e por regiões brasileiras.

Artigo 1

Componente Básico da Assistência Farmacêutica: uma análise da completude dos registros financeiros declarados pelos municípios ao SIOPS, 2007 a 2017.

Resumo

O financiamento para a assistência farmacêutica tem sido objeto de discussões ao longo dos anos. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) é financiado por recursos da União, estados e municípios, e sua transparência é fundamental para fortalecer o SUS. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) desempenha um papel crucial no registro e consolidação de informações financeiras do SUS. No entanto, há preocupações sobre a falta de registros de alguns municípios, o que compromete a transparência e o planejamento dos gastos em saúde. O objetivo deste estudo é verificar a completude das informações no SIOPS pelos municípios brasileiros, referentes ao CBAF. Trata-se de um estudo descritivo sobre a consistência dos registros financeiros do CBAF no SIOPS, tendo como unidade de análise os municípios brasileiros, no período 2007 a 2017. Além dos dados do SIOPS, foram utilizados dados financeiros do Fundo Nacional de Saúde e populacionais do IBGE. Foi calculada as proporções de municípios declarantes ao SIOPS para receitas e despesa paga do CBAF e realizada uma análise estatística descritiva desses percentuais, para os três entes da Federação, União, estados e municípios, com base no número de municípios brasileiros e nos diferentes portes populacionais. Entre os anos de 2007 e 2017 houve um aumento significativo no número de municípios que declararam as receitas transferidas pela União através do repasse fundo a fundo, passando de 43,26% em 2007 para 75,15% em 2017. Quanto às despesas pagas, o percentual de municípios que declarou ao SIOPS aumentou consideravelmente, passando de 8,73% em 2007 para 63,57% em 2017. A proporção de municípios com registros financeiros das receitas dos estados e próprias no SIOPS para o CBAF ainda é baixa, mas houve crescimento ano a ano, especialmente para o registro das receitas próprias dos municípios. As despesas pagas tiveram melhora significativa em todos os portes populacionais, mas ainda são menores em proporção do que os registros de receitas. A informação é uma das bases para viabilizar recursos mais eficientes e que promovam adequadamente o uso racional de medicamentos essenciais do CBAF e mesmo os dados do SIOPS sendo confiáveis, como demonstra a literatura, é importante melhorar a qualidade dos registros no que tange ao quantitativo de municípios declarantes, especialmente em relação as receitas transferidas dos estados e próprias dos municípios para o CBAF.

Palavras-chave: SIOPS. Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Sistema de Informação.

Abstract

Financing for pharmaceutical care has been the subject of discussions over the years. The Basic Component of Pharmaceutical Assistance (CBAF) is funded by resources from the federal, state and municipal governments, and its transparency is essential to strengthen the SUS. The Information System on Public Health Budgets (SIOPS) is of fundamental importance in recording and consolidating SUS financial information. However, there are concerns about the lack of records in some municipalities, which compromises transparency and planning of health expenditures. The objective of this study is to verify the consistency of information filling in the SIOPS by the Brazilian municipalities, referring to the CBAF. This is a descriptive study on the consistency of CBAF financial records in SIOPS, having Brazilian municipalities as the unit of analysis, from 2007 to 2017. In addition to SIOPS data, financial data from the National Health Fund and population data from IBGE were used. The proportions of municipalities declaring SIOPS for revenues and expenses paid by CBAF were calculated and a descriptive statistical analysis of these percentages was carried out, for the three entities of the Federation, based on the number of Brazilian municipalities and different population sizes. Between 2007 and 2017, there was a significant increase in the number of municipalities that declared revenues transferred by the federal government through fund-to-fund transfers, from 43.26% in 2007 to 75.15% in 2017. As for paid expenses, the percentage of municipalities that declared to SIOPS increased considerably, from 8.73% in 2007 to 63.57% in 2017. The proportion of municipalities with financial records of state and own revenues in the SIOPS for the CBAF is still low, but there has been year-on-year growth, especially for the registration of municipalities' own revenues. Paid expenses have improved significantly across all population sizes, but are still lower in proportion than income records. Information is one of the bases for enabling more efficient resources that properly promote the rational use of essential medicines from the CBAF and even if SIOPS data are reliable, as shown in the literature, it is important to improve the quality of records in terms of the number of declaring municipalities, especially in relation to the revenue transferred from the states and the municipalities' own to the CBAF.

Keywords: SIOPS. Basic Component of Pharmaceutical Assistance. Information system.

Introdução

A assistência farmacêutica é um dos pilares fundamentais da garantia do acesso aos medicamentos essenciais e da garantia da qualidade destes para a população brasileira. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o setor farmacêutico tem passado por transformações significativas em relação, tanto ao seu escopo de atuação quanto ao seu financiamento.

A Lei nº 8.080/1990 estabelece que a União, os estados e os municípios devem participar do financiamento do SUS, cada um com suas respectivas responsabilidades e nesse sentido, os recursos financeiros destinados a assistência farmacêutica têm sido objeto de discussões e desafios ao longo dos anos (BRASIL, 2011; COELHO e SCATENA, 2014).

É imprescindível que as ações voltadas à assistência farmacêutica estejam integradas às estratégias e às políticas de saúde, do modo a atender às crescentes demandas do SUS. Com o processo de descentralização do SUS e a transferência da responsabilidade pela atenção básica para os municípios, estes passaram a desempenhar um papel central na implementação das ações de saúde, incluindo-se a melhoria da oferta e do acesso aos medicamentos essenciais (OSORIO-DE-CASTRO *et al.*, 2014).

A portaria do Ministério da Saúde nº 399 de 2006, que cria o Pacto pela Saúde, estabelece que o financiamento referente à assistência farmacêutica é de responsabilidade compartilhada pelas três esferas gestoras do SUS que pactuam as ações a serem executadas por cada uma. De forma complementar, a portaria nº 204 de 2007, regulamenta a forma de transferência dos recursos financeiros da União, dentre eles o bloco de financiamento da assistência farmacêutica, que é constituído por três componentes, o Básico, o Estratégico e o Especializado (BRASIL, 2006; 2007a).

O Pacto pela Saúde foi um avanço importante na gestão do SUS e fez parte da agenda prioritária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) até 2011. Para aderir ao Pacto, era necessário o ente subnacional formalizar através do Termo de Compromisso de Gestão dentro do que preconizava as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Com a publicação da portaria do Ministério da Saúde nº 1.580 de 2012, ficou afastada a exigência de adesão ao Pacto ou a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão para fins de repasse financeiro pela União aos estados e municípios.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), tem como parte de seu financiamento, recursos transferidos da União e dos estados aos municípios, além dos recursos próprios municipais, destinados para aquisição de medicamentos e insumos utilizados na atenção básica do SUS e para aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede básica de atenção. Após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi publicada a portaria nº 3.237 de 2007, que regulamentou o CBAF, tanto no que tange aos recursos financeiros, como no que se refere à responsabilização dos gestores municipais pelo seu gerenciamento (BRASIL, 2007b; VIEIRA, 2010).

Para Faleiros e colaboradores (2017), a garantia do financiamento adequado do CBAF é essencial para fortalecer a atenção básica do SUS e para assegurar que os serviços de saúde ofereçam uma assistência integral e efetiva à população. Nesse sentido, Santos (2022) reforça que a transparência dos recursos direcionados ao SUS, neste caso ao CBAF, é um elemento-chave para o alcance na melhoria da oferta de bens e serviços de saúde, permitindo que os gestores de saúde tomem decisões informadas e implementem ações que impactem positivamente o acesso e o uso racional de medicamentos na atenção básica.

Nesse cenário, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), vinculado ao Ministério da Saúde, assume um papel crucial. De acordo com Teixeira e Teixeira (2003), é a principal ferramenta a ser utilizada para o registro e a consolidação de informações financeiras relacionadas ao SUS para os três entes da Federação.

Os sistemas de informação na administração pública têm sido utilizados como uma importante ferramenta estratégica para a coordenação federativa, podendo gerar maior economia para o Estado e melhorias na qualidade das demandas de produtos e serviços. Ademais, esses sistemas promovem a transparência governamental, na medida em que possibilitam o acesso a dados relevantes ao público, possibilitando que os cidadãos acompanhem as ações governamentais e fiscalizem os seus gastos, tornando, dessa forma, a administração pública mais responsável (OLIVEIRA, FALEIROS e DINIZ, 2015).

O SIOPS permite acompanhar e analisar os investimentos públicos em saúde, incluindo o financiamento destinado ao CBAF. Ao fornecer uma visão geral dos recursos do SUS, entre receitas e despesas, de todo o país, o SIOPS desempenha um papel

essencial na transparência, no monitoramento e no planejamento dos gastos em saúde, principalmente dos municípios (BRASIL, 2013).

Para que essas informações sejam confiáveis e utilizadas de forma eficaz pela gestão municipal, é fundamental garantir a qualidade e a consistência dos registros feitos pelos municípios brasileiros no principal sistema de informação financeira do SUS. A fidedignidade desses dados é essencial para uma compreensão precisa da realidade do financiamento, permitindo a identificação de possíveis desigualdades e insuficiências nos recursos alocados (BRASIL, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2014).

Feliciano e colaboradores (2019) avaliando a cobertura e completude de dados da saúde no SIOPS, mostraram que, em geral, o sistema de informação tem qualidade satisfatória e que é importante estimular os gestores, cada vez mais, na publicação das informações a fim de garantir a transparência e subsidiar a tomada de decisão. Já Souza e Andrade (2020) demonstram que os registros de receitas e despesas para a subfunção atenção básica melhoraram no período 2002-2014 no SIOPS, no entanto, para despesas específicas da Estratégia de Saúde da Família apresentaram alto nível de subdeclaração, em grande parte dos municípios.

Os registros no SIOPS é, portanto, fundamental também para a gestão farmacêutica de modo a que possa tomar decisões e gerir a assistência farmacêutica de maneira eficiente. Dados e informações consistentes permitem identificar lacunas, direcionar recursos adequadamente e promover a equidade no acesso aos medicamentos em todo o país. Assim, é de suma relevância que os registros financeiros municipais relacionados ao CBAF estejam presentes no SIOPS para o acompanhamento do seu financiamento no SUS (BRITO e SILVA *et al.*, 2010; MACHADO e CATTAFESTA, 2019).

Num dos objetos iniciais do presente estudo, que era de fazer um levantamento sobre os dados financeiros do CBAF, identificou-se uma série de municípios sem valores financeiros no SIOPS para este componente da assistência farmacêutica. No entanto, desde 2002 há normativas governamentais que regulamentam os registros financeiros no SIOPS, especialmente a partir da portaria do Ministério da Saúde nº 2.047/2002, que instituiu o preenchimento pelos estados, municípios e Distrito Federal do SIOPS, de acordo com o estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000. Posteriormente, a Lei Complementar (LC) nº 141 de 2012, trouxe a obrigatoriedade de alimentação do

SIOPS pelos três entes da Federação, que vigorou a partir de 2013 (BRASIL, 2000; 2002; 2012).

Nesse contexto, o objetivo desse estudo é verificar a completude das informações no SIOPS registradas pelos municípios brasileiros, referentes aos dados financeiros do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), considerando o período de vigência do mecanismo de financiamento por blocos do SUS, instituídos da portaria nº 204 de 2007 (BRASIL, 2007a).

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo sobre a completude dos registros financeiros do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), tendo como unidade de análise os municípios brasileiros, no período 2007 a 2017.

O recorte do período foi escolhido em decorrência do modelo de financiamento na forma instituída pela portaria nº 204 de 29 de junho de 2007 (BRASIL, 2007a) que regulamentou a transferência dos recursos financeiros da União, por meio dos blocos de financiamento, dentre eles o da assistência farmacêutica, o qual faz parte o CBAF. Esse modelo vigorou até 2017, quando foi reestruturado pela portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017a).

Ademais, a escolha pelo CBAF se deu em decorrência da sua relevância para o nível de atenção básica do SUS. Esse nível de atenção é a porta de entrada preferencial do SUS, utilizando diversas tecnologias, dentre elas os medicamentos, além de ser um nível de atenção essencial para consolidação da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A base de dados utilizada foi o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) por meio do qual se fazem coleta, a recuperação, o processamento, o armazenamento, a organização e a disponibilização de dados e informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2022).

Instituído legalmente pela portaria interministerial n.º 529, de 30 de abril de 1999, o SIOPS cumpre papel fundamental na consolidação dos dados de receitas e despesas do SUS referentes a União, estados, Distrito Federal e municípios. Através do SIOPS, é feito

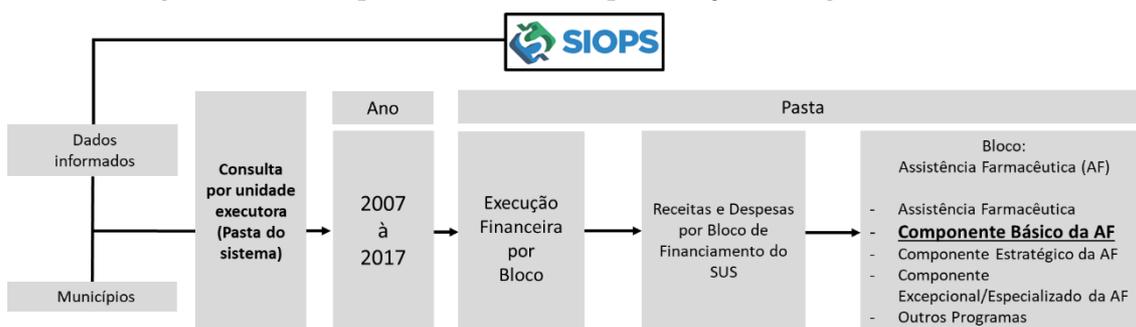
o acompanhamento e o monitoramento dos valores aplicados pelos entes federados no setor saúde. Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e, assim, busca-se assegurar a compatibilidade com as informações contábeis geradas e mantidas pelos entes federados (BRASIL, 1999).

Nesse sentido, o SIOPS constitui-se, sobretudo, como uma relevante ferramenta de planejamento, gestão e controle social do SUS. Sendo o principal sistema de informação financeira do SUS, visto que nenhum outro permite a consolidação de dados de saúde no Brasil de forma semelhante. O SIOPS se constitui como um registro eletrônico centralizado do SUS referentes aos orçamentos públicos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, incluindo sua execução, garantido o acesso público às informações (BRASIL, 2012). Assim, devido a sua importância administrativa e social para o SUS e, especialmente, por permitir que se avaliasse o preenchimento das suas informações, esse sistema foi escolhido para análise das informações referentes as receitas e despesas para o CBAF.

O acesso ao banco de dados referente aos valores financeiros para o CBAF foi franqueado para esta pesquisa diretamente pela Coordenação do SIOPS, sob gestão do Ministério da Saúde, em planilhas *Excel*. No entanto, ressalta-se que, os dados do SIOPS são de livre acesso ao público através do site: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>.

O SIOPS permite vários níveis de consulta aos dados por funções e subfunções orçamentárias conforme definição legal da administração pública brasileira. Para este estudo, optou-se pelo tipo de consulta por unidade executora, pelo fato de ter se mostrado como o percurso mais adequado, já que permitiu o acompanhamento dos dados financeiros do CBAF (Figura 1) ao longo do período proposto.

Figura 1. Caminho percorrido no SIOPS para seleção dos registros do CBAF.



Elaboração Própria.

Outra fonte de informação utilizada foi o Fundo Nacional de Saúde (FNS), que é o gestor financeiro dos recursos destinados a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde. No sítio: <https://portalfns.saude.gov.br/downloads/>, foram coletadas informações referentes ao repasse fundo a fundo da União aos municípios, ano a ano, seguindo os seguintes filtros: (a) → bloco: assistência farmacêutica (b) → grupo: básico da assistência farmacêutica (c) → tipo de repasse: municipal (d) → valor líquido repassado. Os dados disponibilizados pelo FNS se referem a receitas transferidas pelo gestor federal da saúde. Aqui tiveram a função de comparação em relação aos dados declarados pelo gestor municipal no SIOPS, referentes à mesma fonte de financiamento.

Ademais, foram utilizados dados populacionais e do número de municípios brasileiros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Foram utilizadas as seguintes variáveis:

- **Despesa paga (SIOPS):** refere-se à declaração da despesa paga pelo município a fornecedores de bens ou prestadores de serviços para o ente público. Essa fase da despesa foi escolhida por se tratar do gasto real do município, ou seja, é quanto o governo municipal efetivamente desembolsou para o pagamento de um bem ou serviço (OSTROSKI, 2010).
- **Receita da União (SIOPS):** refere-se à declaração da receita transferida da União aos municípios para o CBAF e declarada por estes ao SIOPS.
- **Receita da União (FNS):** refere-se ao registro da receita transferida da União aos municípios para o CBAF e registrada pelo ente federal no FNS.
- **Receita dos estados (SIOPS):** refere-se à declaração da receita transferida dos estados aos municípios para o CBAF e declarada por estes ao SIOPS.
- **Receita própria (SIOPS):** refere-se à declaração da receita própria dos municípios para o CBAF e declarada por estes ao SIOPS.
- **Porte populacional (IBGE):** a população total estimada dos municípios brasileiros. Foi estratificada da seguinte forma: até 10 mil habitantes; entre 10.001 e 50 mil habitantes; entre 50.001 e 100 mil habitantes; de 100.001 a 200 mil habitantes; de 200.001 a 500 mil habitantes e; acima de 500.001 mil habitantes.
- **Número de municípios (IBGE):** número total de municípios brasileiros, por ano.

Para analisar os dados e verificar a consistência do preenchimento, pelos municípios, dos registros no SIOPS para o CBAF, foram calculadas as seguintes relações entre as variáveis:

$$\% = \frac{N^{\circ} \text{ de municípios com receitas registradas [SIOPS] [FNS]} }{N^{\circ} \text{ de municípios total do Brasil}} \text{ [por ano] [por porte populacional]}$$

$$\% = \frac{N^{\circ} \text{ de municípios com despesas pagas registradas no SIOPS} }{N^{\circ} \text{ de municípios total do Brasil}} \text{ [por ano] [por porte populacional]}$$

Foi realizada uma análise estatística descritiva desses percentuais de receitas do CBAF registradas pelos municípios ao SIOPS, com base no número de municípios brasileiros e nos diferentes portes populacionais. Ressalta-se que, aqui é levado em consideração o quantitativo de municípios, não sendo analisada aqui em termos dos valores financeiros declarados.

Resultados

O número de municípios que declararam ao SIOPS, ao longo do período de 2007 a 2017, suas receitas e despesas pagas com o CBAF aumentou, com algumas oscilações. Em relação as receitas transferidas pela União, através do repasse fundo a fundo, o número de municípios declarantes no SIOS aumentou, de 2.407 (43,26%) em 2007, para 4.186 (75,18%) em 2017, com destaque para o ano de 2012, com maior número de municípios declarantes, 4.401 (79,08%). Quanto à variável despesa paga, a quantidade de municípios que declarou ao SIOPS passou de 486 (8,73%) em 2007 para 3.541 (63,60%) em 2017. Em termos comparativos, sobre às receitas repassadas pela União aos municípios, os dados disponibilizados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) mostram que houve um maior percentual de municípios que receberam recursos para o CBAF, em termos quantitativos, aumentando de 3.914 (70,35%) em 2007, para quase a totalidade de municípios brasileiros em 2017, 5.132 (92,17%) (tabela 1).

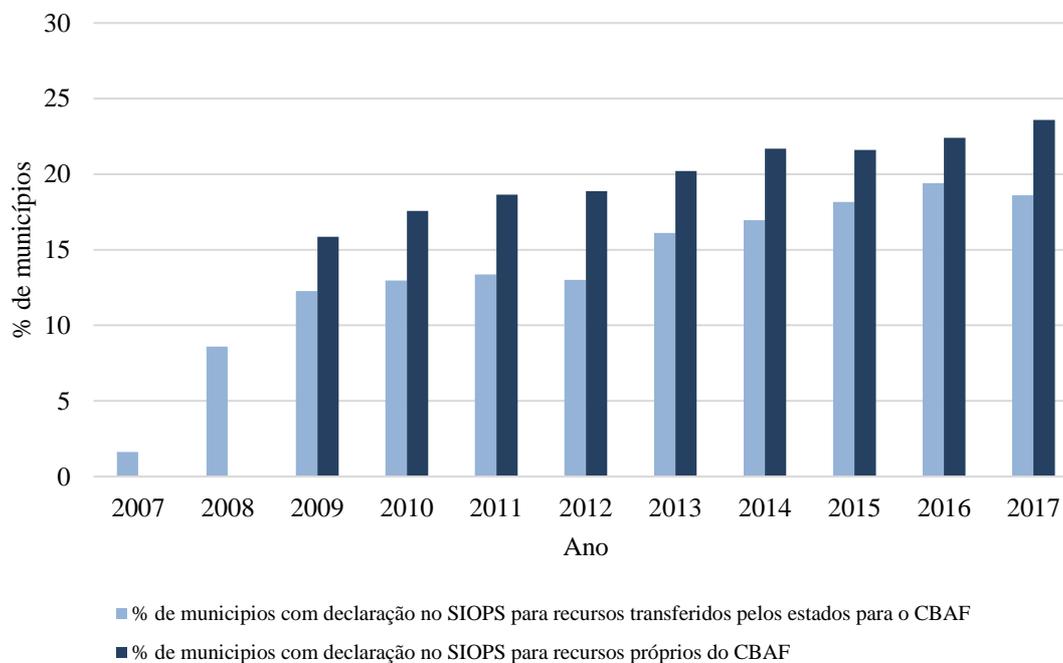
A figura 2 mostra a evolução proporcional do número de municípios que tem registros financeiros no SIOPS para o CBAF considerando os entes da Federação, estados e municípios. Para ambos os entes, a proporção de municípios que tem os dados financeiros registrados no SIOPS para o CBAF é muito baixa, não chegando a 25% em geral. No entanto, apesar desse baixo número, percebe-se um crescimento ano a ano, especialmente para o registro das receitas próprias dos municípios (Figura 2).

Tabela 1. Número de municípios com dados financeiros registrados de receita transferida pela União e despesa paga, do CBAF, 2007 a 2017.

Ano	Total de municípios brasileiros	Componente Básico da Assistência Farmacêutica					
		Nº e proporção de municípios que receberam recursos da União para o CBAF, de acordo com o FNS		Nº e proporção de municípios que receberam recursos da União para o CBAF, de acordo com o SIOPS		Nº e proporção de municípios que declararam despesa paga com CBAF, de acordo com o SIOPS	
		n	%	n	%	n	%
2007	5.564	3.914	70,35	2.407	43,26	486	8,73
2008	5.564	3.922	70,49	3.054	54,89	2.486	44,68
2009	5.565	3.918	70,40	3.507	63,02	3.001	53,93
2010	5.565	3.917	70,39	3.586	64,44	3.133	56,30
2011	5.565	3.996	71,81	3.628	65,19	3.235	58,13
2012	5.565	4.104	73,75	4.401	79,08	3.672	65,98
2013	5.568	4.227	75,92	3.633	65,25	3.300	59,27
2014	5.568	4.069	73,08	3.754	67,42	3.385	60,79
2015	5.568	4.492	80,68	4.043	72,61	3.489	62,66
2016	5.568	4.657	83,64	4.025	72,29	3.532	63,43
2017	5.568	5.132	92,17	4.186	75,18	3.541	63,60

Elaboração própria. Fonte: IBGE, SIOPS e FNS

Figura 2. Evolução proporcional do número de municípios que têm dados registrados no SIOPS para receitas transferidas dos estados e próprias do município, do CBAF, 2007 a 2017.



Elaboração própria. Fonte: IBGE e SIOPS.

Em relação ao número de municípios que registraram no SIOPS os valores referentes as transferências estaduais para o CBAF, observou-se que no primeiro ano de vigência da portaria nº 204 de 2007, apenas 1,64% dos municípios registraram os valores financeiros recebidos dos estados para o CBAF, o que representa 91 municípios, dos 5.564 entes em 2007, segundo IBGE. A maior proporção atingida foi em 2016, quando 1.081 (19,41%) declararam seus dados de receita repassados pelos estados. Já para o registro das receitas próprias municipais para o CBAF, não há registros no SIOPS para os anos iniciais, 2007 e 2008, mas a partir de 2009 o crescimento é crescente, saindo de 15,85% para 23,60% em 2017 (figura 2).

A tabela 2 mostra o percentual de municípios que declararam ao SIOPS e os registrados pelo FNS, referentes às informações financeiras do CBAF em relação à quantidade total de municípios, por porte populacional, entre 2007 e 2017. Em números absolutos, o número total de municípios com informações financeiras referentes ao CBAF aumentou, no entanto, quando se verifica por faixas populacionais, percebe-se que as diferenças são sutis, principalmente no ano de 2017.

Em 2007, cerca de 41,43% dos municípios com até 10 mil habitantes declararam suas receitas transferidas pela União ao SIOPS referentes ao CBAF. Esse número aumentou para 75,63% em 2017, representando um avanço proporcional de 34%, aproximadamente. A única faixa populacional que teve uma leve queda, considerando todo período, foi à acima de 500.001 mil habitantes, saindo de 75% em 2007, para 73,81% em 2017 (tabela 2).

Em relação às despesas pagas, houve uma melhora significativa no número de municípios que declararam seus dados em todos os portes populacionais, com destaques na faixa de até 10 mil habitantes, onde passou de 8,84% em 2007, dos municípios com dados registrados no SIOPS para despesa paga do CBAF, para 63,84% em 2017. A faixa de 10.001 a 50 mil habitantes, passou de 7,55% em 2007, para 63,71% em 2017 e a de 200.001 a 500 mil habitantes, passou de 13,48% em 2007 para cerca de 70% em 2007, sendo a faixa populacional que apresentou maior percentual no último ano do período analisado, porém, mesmo com esse aumento significativo do percentual de declaração das despesas, ainda é em proporção menor do que os registros de receitas (Tabela 2).

Quanto aos registros no FNS, os municípios de porte populacional menores, até 10 mil e de 10.001 a 50 mil habitantes tiveram as menores proporções, 69,43% e 67,53%,

respectivamente, no entanto, todas as faixas populacionais, em 2017, apresentaram registros superiores a 90% (Tabela 2).

Tabela 2. Número e proporção de municípios que têm suas receitas transferidas da União registradas no SIOPS e no FNS e despesas pagas no SIOPS, para o CBAF, por porte populacional, 2007, 2013 e 2017.

Variáveis	2007			2013			2017		
	n ¹	n ²	(n ² /n ¹) %	n ¹	n ²	(n ² /n ¹) %	n ¹	n ²	(n ² /n ¹) %
Receita União (SIOPS)									
Porte populacional									
Até 10mil hab.	2.601	1.080	41,52	2.473	1.600	64,70	2.450	1.853	75,63
10.001-50mil hab.	2.396	984	41,07	2.459	1.563	63,56	2.455	1.824	74,30
50.001-100mil hab.	314	186	59,24	340	244	71,76	355	273	76,90
100.001-200mil hab.	128	77	60,16	156	114	73,08	161	117	72,67
200.001-500mil hab.	89	53	59,55	103	83	80,58	107	88	82,24
Mais de 500.001mil hab.	36	27	75,00	39	29	74,36	42	31	73,81
Brasil	5.564	2.407	43,26	5.570	3.633	65,22	5.570	4.186	75,15
Receita União (FNS)									
Porte populacional									
Até 10mil hab.	2.601	1.810	69,59	2.473	1.794	72,54	2.450	2.264	92,41
10.001-50mil hab.	2.396	1.618	67,53	2.459	1.874	76,21	2.455	2.249	91,61
50.001-100mil hab.	314	256	81,53	340	292	85,88	355	331	93,24
100.001-200mil hab.	128	112	87,50	156	133	85,26	161	147	91,30
200.001-500mil hab.	89	84	94,38	103	96	93,20	107	101	94,39
Mais de 500.001mil hab.	36	34	94,44	39	38	97,44	42	40	95,24
Brasil	5.564	3.914	70,35	5.570	4.227	75,89	5.570	5.132	92,14
Despesa paga (SIOPS)									
Porte populacional									
Até 10mil hab.	2.601	230	8,84	2.473	1.482	59,93	2.450	1.564	63,84
10.001-50mil hab.	2.396	181	7,55	2.459	1.436	58,40	2.455	1.564	63,71
50.001-100mil hab.	314	37	11,78	340	200	58,82	355	219	61,69
100.001-200mil hab.	128	22	17,19	156	96	61,54	161	96	59,63
200.001-500mil hab.	89	12	13,48	103	66	64,08	107	75	70,09
Mais de 500.001mil hab.	36	4	11,11	39	20	51,28	42	23	54,76
Brasil	5.564	486	8,73	5.570	3.300	59,25	5.570	3.541	63,57

Elaboração própria. Fonte: IBGE, SIOPS e FNS.

n¹ = número total de municípios Brasil, por porte populacional.

n² = número total de municípios com dados financeiros registrados, por porte populacional.

Nota: Para o cálculo das proporções foram considerados o número de municípios que tiveram seus dados declarados no SIOPS e no FNS em relação ao número de municípios brasileiros totais nas faixas populacionais.

A tabela 3 mostra a proporcionalidade de municípios que declararam seus dados financeiros do CBAF em relação as transferências estaduais e as suas receitas próprias, por porte populacional. Aqui, é mostrado o ano de 2009 como primeiro ano, em decorrência dos dois primeiros (2007 e 2008) não terem dados das receitas próprias municipais.

Percebeu-se que, para as receitas estaduais, a proporção de municípios que as registraram foi crescente entre 2009 a 2017 para todos os portes populacionais, exceto para aqueles de maior porte, acima de 500.001 mil habitantes, que teve uma leve queda percentual, de 30% em 2009 para 28,57% em 2017. A maior proporcionalidade foi para aqueles municípios com portes populacionais entre 200.001 a 500 mil habitantes, em 2009, 23,40% dos municípios fizeram esse registro, ou seja, de 94 municípios brasileiros com esse porte, segundo IBGE, 22 registraram suas receitas recebidas dos estados para o CBAF, passando em 2017 para 35,51%, o que representa 38 municípios, de um total de 107, para esse porte, de acordo com IBGE (tabela 3).

Ainda na tabela 3, no que se refere aos registros das receitas próprias para o CBAF pelos municípios no SIOPS, observa-se que todas as faixas populacionais chegam a mais de 20% em 2017, sendo que, em 2009 apenas os municípios com porte populacional entre 100.001 a 200 mil habitantes e acima de 500.001 mil habitantes apresentaram proporções de registros acima desse percentual, sendo 21,58% e 27,5%, respectivamente.

Tabela 3. Número e proporção de municípios que têm suas receitas transferidas dos estados e próprias registradas no SIOPS, para o CBAF, por porte populacional, 2009, 2013 e 2017.

Variáveis	2009			2013			2017		
	n ¹	n ²	(n ² /n ¹) %	n ¹	n ²	(n ² /n ¹) %	n ¹	n ²	(n ² /n ¹) %
Receita estados (SIOPS)									
Porte populacional									
Até 10mil hab.	2.551	342	13,41	2.473	434	17,55	2.450	480	19,59
10.001-50mil hab.	2.424	241	9,94	2.459	346	14,07	2.455	394	16,05
50.001-100mil hab.	317	44	13,88	340	45	13,24	355	77	21,69
100.001-200mil hab.	139	21	15,11	156	35	22,44	161	35	21,74
200.001-500mil hab.	94	22	23,40	103	30	29,13	107	38	35,51
Mais de 500.001mil hab.	40	12	30,00	39	7	17,95	42	12	28,57
Brasil	5.565	682	12,26	5.570	897	16,10	5.570	1.036	18,60
Receita própria (SIOPS)									
Porte populacional									
Até 10mil hab.	2.551	367	14,39	2.473	442	17,87	2.450	536	21,88
10.001-50mil hab.	2.424	397	16,38	2.459	517	21,02	2.455	587	23,91
50.001-100mil hab.	317	59	18,61	340	78	22,94	355	92	25,92
100.001-200mil hab.	139	30	21,58	156	45	28,85	161	48	29,81
200.001-500mil hab.	94	18	19,15	103	34	33,01	107	40	37,38
Mais de 500.001mil hab.	40	11	27,50	39	9	23,08	42	11	26,19
Brasil	5.565	882	15,85	5.570	1125	20,20	5.570	1.314	23,59

Elaboração própria. Fonte: IBGE e SIOPS

n¹ = número total de municípios Brasil, por porte populacional.

n² = número total de municípios com dados financeiros registrados, por porte populacional.

Nota: Para o cálculo das proporções foram considerados o número de municípios que tiveram seus dados declarados no SIOPS em relação ao número de municípios brasileiros totais nas faixas populacionais.

A menor proporção de registro das receitas próprias é nos municípios com porte populacional menor que 10 mil habitantes, sendo em 2009 de 14,39% (367 municípios de um total de 2.551) e em 2017 de 21,88%, (536 municípios, de um total de 2.450 para esse porte), apesar do aumento do número de municípios declarantes das suas receitas próprias do CBAF, seguem abaixo da média nacional, que é 15,85% e 23,59% em 2009 e 2017, respectivamente.

Discussão

Ao longo do período de vigência do financiamento do SUS através dos seis blocos, dentre eles o da assistência farmacêutica, a qual o CBAF faz parte, instituídos a partir da portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007, o registro de dados financeiros pelos municípios ao SIOPS, para este componente, apresentou, em geral, um aumento na sua completude, no entanto, ainda assim, houve um significativo percentual de municípios que não registraram seus dados financeiros para o CBAF no SIOPS, haja vista a comparação com os dados da União presentes no Fundo Nacional de Saúde (FNS) (BRASIL, 2007a).

Essa parcela de incompletude, especialmente nos anos iniciais, podem ter ocorrido em decorrência da mudança na estrutura do financiamento com a criação dos blocos, da não regularidade da gestão municipal em declarar os dados financeiros do CBAF ao sistema, visto que só se tornou obrigatório a partir de 2013 com a LC 141 de 2012 e, ainda, da ausência de gestores do campo da saúde, especialmente da assistência farmacêutica, nas declarações de dados ao sistema, terceirizando a responsabilidade a outros setores da administração pública municipal ou para escritórios de contabilidade (BRITO e SILVA *et al.*, 2010; MEDEIROS *et al.*, 2014).

Os dados nos sistemas de informação no setor público é uma fonte importante para os gestores, para o controle e a auditoria no setor público, especialmente a nível municipal onde o processo de rotatividade de profissionais acaba sendo frequente pela própria conveniência política local e, assim, a incompletude dos registros nos sistemas de informação pode levar a fragilidades no controle e na aplicação de recursos públicos. Nesse sentido, estão entre alguns entraves no processo de controle e monitoramento no setor público, a dificuldade de se obter informações precisas e estruturadas nos sistemas de informação e o baixo interesse dos gestores por informações desses sistemas (CARDOSO Jr, 2015; SOUZA, DIAS e NASSIF, 2011).

Ademais, Pinheiro e colaboradores (2016), destacam que uma das principais fragilidades nos registros de informações está no despreparo dos profissionais que exercem tarefas na administração pública, destacando que ainda prevalece no Brasil a cultura de que qualquer profissional sabe gerir um sistema e que a administração pública se aprende na prática.

Por um lado, a variação positiva do quantitativo de municípios com registro de receitas e despesas no SIOPS, no período, mostra que a Lei Complementar (LC) nº 141 de 2012, pode ter sido um fator importante para melhoria a partir da sua vigência em 2013, ainda que discreta, visto que a LC, entre outras funções, obriga os entes (União, estados e municípios) a registrarem bimestralmente os dados de recursos financeiros, receitas e despesas utilizados em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000; 2012).

Por outro, ainda que a LC nº 141/2012 tenha sido um marco importante, mesmo com a obrigatoriedade de registro pelos municípios no SIOPS e estabelecido ainda, que o descumprimento desse registro poderia implicar em sanções administrativas e até suspensão das transferências entre os entes da federação, pelos tribunais de contas, órgão responsável por esse controle e fiscalização, grande parte dos municípios brasileiros continuaram sem registros no SIOPS de receitas e despesas do CBAF (BRASIL, 2012; PIOLA, 2017).

Segundo Feliciano e colaboradores (2019), apesar do SIOPS apresentar uma metodologia com desenho claro para os gestores, os dados para o CBAF mostram-se, em registros quantitativos de municípios, com grandes lacunas ao longo do período de vigência do financiamento estabelecido pela portaria nº 204/2007. Esse fato pode apontar falhas dos próprios municípios nos seus registros, como, publicar esses registros financeiros em outros códigos contábeis, ou por negligência da gestão em não publicar esses dados, especialmente antes da vigência da LC 141 de 2012 (LIMA *et al.*, 2006, BRASIL, 2007a; 2012; SOUZA e ANDRADE, 2020).

Ficou observado que os municípios apresentam, para as receitas transferidas dos estados e as receitas próprias, a pior completude, em termos quantitativos de declarantes, apesar do crescimento, mesmo entre os de maiores portes populacionais. Para Pinafo e colaboradores (2016), um fato que pode explicar essa questão está na descentralização da gestão do SUS, que tem ocorrido de forma heterogênea ao longo do país, sendo

condicionada, especialmente, pela especificidade local e por avanços no processo de gestão de cada ente.

Nesse sentido, por um lado, segundo Calvo e colaboradores (2016), a estratificação por porte populacional torna homogênea a análise de municípios por faixa habitacional, não levando em consideração as suas características territoriais, culturais, socioeconômicas, políticas e administrativas, o que pode levar a distorções nos registros financeiros, por outro, Klering e colaboradores (2012), afirmam que apresenta-se como uma coerência o fato de municípios menores, com menor capacidade financeira e administrativa terem melhores registros de recursos vindos da esfera federal, visto que, seu registro é menos complexo, pois quase sua totalidade de receitas originam-se do ente federal, enquanto os municípios de maior porte têm uma maior diversidade nas fontes de receitas, tornando o registro mais complexo. O que corrobora em parte com os dados do presente estudo, na medida em que o quantitativo de municípios que declararam seus dados ao SIOPS para o CBAF referentes as receitas recebidas da União foram aumentando proporcionalmente de forma mais expressiva nos municípios de menor porte populacional (até 10 mil habitantes e de 10.001-50 mil habitantes) do que na faixa de municípios acima de 500 mil.

Junto com a mudança na estrutura do financiamento a partir de 2007, com a criação dos blocos de financiamento, o mecanismo de financiamento do SUS tornou-se, em parte mais complexo. Um desses motivos refere-se ao aumento do número de contas as quais os recursos eram disponibilizados para diferentes ações ou programas, como por exemplo, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), parcelas referentes aos medicamentos da assistência farmacêutica básica, apoio ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, insumos e outros materiais para diabetes. Isso, para os anos iniciais de registro no SIOPS, da despesa paga, pode ter sido um fator crucial para grande parte dos municípios não terem declarados seus dados financeiros (BRASIL, 2018a). Segundo Damazio (2022) isso pode acontecer por erros, seja de digitação ou por incoerência de dados, como colocar um dado em outro código contábil.

Ademais, o registro dos dados financeiros no SIOPS é uma responsabilidade da gestão e administração pública, sustentado pela diretriz da descentralização do SUS e por legislações criadas com o objetivo de aumentar a transparência do uso dos recursos públicos. Assim, é essencial que esses registros sejam precisos, tanto nas informações de

receitas quanto nas de despesas. Quando os registros se apresentam em falta, pode gerar desconfiança na aplicação dos recursos, dificuldade no planejamento da gestão municipal, com prejuízo para os mecanismos de fiscalização e controle. Por exemplo, os conselhos municipais de saúde e os tribunais de contas encontram dificuldades em cumprir suas funções de monitorar e fiscalizar as ações da administração pública quando há falta de dados (FIGUEREDO e SANTOS, 2013; AMORIM, 2013; MEDEIROS *et al.*, 2014).

Nesse sentido, o Tribunal de Contas da União (TCU) já demonstrou preocupações. De acordo com o TCU, a não homologação das informações no sistema de informação público, seja pela União, pelos estados ou pelos municípios, reflete o descumprimento ao que determina as legislações vigentes em relação ao tema, que para o SUS, se refere especialmente a LC nº 141/2012, no que tange ao registro e atualização permanente dos dados no SIOPS pelos entes da Federação (TCU, 2021).

Nesse contexto, para o TCU, a LC nº 141/2012 estabelece mecanismos específicos de execução e controle dos recursos da União transferidos aos demais entes da Federação, com vistas a identificar os recursos federais movimentados em contas específicas, garantindo a identificação do credor final em caso de pagamento. Segundo o Relatório Anual de Gestão do SUS (RAG), publicado pelo Ministério da Saúde, homologaram seus dados no SIOPS, 79,15% dos municípios, para o exercício de 2018, sendo, ao todo, 1.161 municípios que não homologaram informações referentes as ações e serviços públicos de saúde. Em 2017 foi de 96,1% (219 municípios), em 2016, 95,5% (253 municípios) e em 2015, 94,9% (286 municípios). (BRASIL, 2012; 2015; 2016; 2017b; 2018b; TCU, 2021).

Assim, apesar da expressividade dos gastos da União com a saúde serem altas e aumentaram, em valores nominais, de 2008 a 2020, e sendo parte desse volume de recursos repassados aos entes subnacionais, estados e municípios, o TCU coloca que são precárias as informações municipais sobre a aplicação dos recursos recebidos pelo ente federal, devido, entre outros fatores, ao não preenchimento de dados pelos municípios ao SIOPS (TCU, 2021).

Para Machado e Cattafesta (2019) os gestores do SUS para usar os sistemas de informações de forma correta, é necessário que sejam devidamente capacitados com as ferramentas disponíveis para interpretação e registros dos dados financeiros da administração pública. Assim, para o CBAF a informação publicada no sistema de informação é um dos pilares fundamentais para a garantia do ciclo da assistência

farmacêutica municipal, especialmente na fase de aquisição de medicamentos (COSTA *et al.*, 2017; BRASIL, 2004; AMORIM, 2013).

Num contexto de recursos escassos e de influência política relevante exercida no âmbito municipal, os dados publicados e de qualidade para o CBAF tornam-se fundamentais para o planejamento eficaz dos gastos com o principal componente da assistência farmacêutica a nível municipal e como elemento fundamental da atenção básica (TEIXEIRA e TEIXEIRA, 2003; FELICIANO *et al.*, 2019).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em suas decisões sobre as normas de financiamento para o CBAF preconiza que a responsabilidade deste é da União, dos estados e dos municípios, com composição de, no mínimo, cerca de 50% de recursos da União e 25% para estados e o mesmo para os municípios. Com isso, percebe-se que a falta de dados financeiros registrados no SIOPS, podem dificultar a verificação ou análises pelos meios de controle e fiscalização das contrapartidas estabelecidas pela legislação (BRASIL, 2013c; TCU, 2021).

Portanto, nesse sentido a informação é uma das bases para viabilizar recursos mais eficientes e que promovam adequadamente o uso racional de medicamentos essenciais do CBAF e mesmo os dados do SIOPS sendo confiáveis, como demonstra a literatura, é importante melhorar a completude dos registros no que tange ao quantitativo de municípios declarantes, especialmente em relação as receitas transferidas dos estados e próprias dos municípios para o CBAF, fazendo com que o processo de informação financeira não seja apenas uma tarefa técnica-administrativa, mas também de informação social (COSTA *et al.* 2017; SILVA, 2017).

Referências

AMORIM, A. C. F. O programa de capacitação de servidores públicos e de cidadãos do Tribunal de Contas da União: um exemplo de atuação estratégica das escolas de governo. **Revista do TCU**, n. 126, p. 22-35, 126-2013.

BRASIL, **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2015**. Brasília, Ministério da Saúde, 106p. 2015. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 14/06/2023.

BRASIL, **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2016**. Brasília, Ministério da Saúde, 106p. 2016. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 14/06/2023.

BRASIL, **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2017**. Brasília, Ministério da Saúde, 106p. 2017b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 14/06/2023.

BRASIL, **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018**. Brasília, Ministério da Saúde, 106p. 2018b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 14/06/2023.

BRASIL. **Cartilha de orientação SIOPS 2022**. Brasília, Ministério da Saúde, 231 p., 2022. Disponível em:<
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_orientacao_siops.pdf>. Acessado em: 30/05/2023.

BRASIL. Confederação Nacional dos Municípios. **Mudanças no financiamento da Saúde**. Brasília, 2018a. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudancas-no-Financiamento-da-Saude.pdf>>. Acessado em: 14/03/2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. **Coleção para entender a gestão do SUS**. Brasília, 186 p. 2011.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, Presidência da República, 2000. Disponível em: <
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acessado em: 23/05/2023.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; e dá outras providências. Brasília, Presidência da República, 2012. Disponível em: <
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acessado em: 20/04/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. **Série ECOS – Economia da Saúde para a Gestão do SUS**, Eixo 2, Brasília, v. 1, 140 p., 2013.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 529, de 30 de abril de 1999**. Implantação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos para Saúde – SIOPS, de abrangência para União, estados e municípios. Brasília, Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <
<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20529.pdf>>. Acessado em: 30/05/2023.

BRASIL. **Portaria n 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>.
Acessado em: 29/05/2023.

BRASIL. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Ministério da Saúde, 2013c.

Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>.

Acessado em: 14/01/2023.

BRASIL. Portaria nº 2.047 de 5 de novembro de 2002. Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2047_05_11_2002.html>.

Acessado em: 23/05/2023.

BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>.

Acessado em: 22/09/2022.

BRASIL. Portaria nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3237_24_12_2007_comp.html>.

Acessado em: 30/05/2023.

BRASIL. 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, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.

Acessado em: 12/03/2023.

BRASIL. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>.

Acessado em: 14/09/2022.

BRITO e SILVA, K. S.; BEZERRA, A. F. B.; SOUSA, I. M. C.; GONÇALVES, R. F. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 373-382, 2010.

CALVO, M. C. M.; LACERDA, J. T.; COLUSSI, C. F.; SCHNEIDER, I. J. C.; ROCHA, T. A. H. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 767-776, 2016.

CARDOSO JR, J. C. C. **Monitoramento estratégico de políticas públicas: requisitos tecnopolíticos, proposta metodológica e implicações práticas ara a alta administração pública brasileira.** Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 43p. 2015.

- COELHO, T.C.B.; SCATENA, J.H.G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, Cap. 20, p. 271-286, 2014.
- COSTA, E. A.; ARAÚJO, P. S.; PENAFORTE, T. R.; BARRETO, J. L.; JUNIOR, A. A. G.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ALVARES, J.; COSTA, K. S. KARNIKOWSKI, G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. L. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 51, supl. 2:5s, 2017.
- DAMÁZIO, S. L. C. **Financiamento da saúde no Brasil: uma análise da qualidade dos dados do Finanças do Brasil (FINBRA) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) no período de 2002 a 2020**. Tese (Doutorado), Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco, 189p. 2022.
- FALEIROS, D. R.; ACURCIO, F. A.; ÁLVARES, J.; NASCIMENTO, R. C. R. M.; COSTA, E. A.; GUIBU, I. A.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; COSTA, K. S.; JUNIOR, A. A. G. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2:14s, 2017.
- FELICIANO, M.; MEDEIROS, K. R.; DAMÁZIO, S. L.; ALENCAR, F. L.; BEZERRA, A. F. B. Avaliação da cobertura e completitude de variáveis de Sistemas de Informação sobre orçamentos públicos em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 341-353, 2019.
- FIGUEIREDO, V. S.; SANTOS, W. J. L. Transparência e controle social na administração pública. **Revista Temas da Administração Pública**, v. 8, n. 1, 2013.
- KLERING, L. R.; KRUEL, A. J.; STRANZ, E. Os pequenos municípios do Brasil – uma análise a partir de índices de gestão. **Revista de Administração da PUCRS**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 31-44, 2012.
- LIMA, C. R. A.; CARVALHO, M. S.; SCHRAMM, J. M. A. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais: um estudo dos anos de 2001 e 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1855-1864, 2006.
- MACHADO, C. S.; CATTAFESTA, M. Benefícios, dificuldades e desafios dos sistemas de informações para gestão no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 21, n. 1, p. 124-134, 2019.
- MEDEIROS, K. R.; ALBUQUERQUE, P. C.; DINIZ, G. T. N.; ALENCAR, F. L.; TAVARES, R. A. W. Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1113-1133, 2014.
- OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, supl. 3, p. 3561-3567, 2010.
- OLIVEIRA, L. C. P.; FALEIROS, S. M.; DINIZ, E. H. Sistemas de informação em políticas sociais descentralizadas: uma análise sobre a coordenação federativa e práticas de gestão. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, 2015.
- OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L.; CASTILHO, S. R.; OLIVEIRA, M. A.; JARAMILLO, N. M. **Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 460 p., 2014.

OSTROSKI, S. S. D. **Orçamento público**. 2. ed. – Florianópolis: publicações do IF-SC, 128 p. 2010.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, 2016.

PINHEIRO, A. L. S.; ANDRADE, K. T. S.; SILVA, D. O.; ZACHARIAS, F. C. M.; GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto Contexto Enferm.**, Santa Catarina, v. 25, n. 3, 2016.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, distrito federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da lei complementar nº 141/2012**. Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 50p. 2017.

SANTOS, M. A. B. Explorando novos paradigmas para agregar valor ao SUS. In: OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde**. Brasília, IPEA, CONASS, OPAS, cap. 4, p. 109-145, 2022.

SILVA, W. R. O. **Dissertação de mestrado gestão da assistência farmacêutica em regiões de saúde do Ceará: um recorte do projeto QualiSUS-Rede**. Dissertação (Mestrado), Universidade de Brasília (UNB), 2017.

SOUZA, A.; ANDRADE, M. V. Financiamento público da saúde nos municípios brasileiros: análise da qualidade dos registros declarados ao SIOPS de 2002 a 2014 para a atenção básica. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 56, p. 251-282, 2020.

SOUZA, E. D.; DIAS, E. J. W.; NASSIF, M. E. A gestão da informação e do conhecimento na ciência da informação: perspectivas teóricas e práticas organizacionais. **Inf. & Soc.**, João Pessoa, v. 21, n. 1, p.55-70, 2011.

TCU. **Tribunal de Contas da União**. Expediente encaminhado pelo procurador-geral da república, por meio do qual são formulados questionamentos quanto ao regime jurídico aplicável à transparência dos recursos vinculados a união e subrepassados pelos demais entes às organizações sociais e entidades congêneres. Tribunal de Contas da União. Brasília, 59p. 2021. Disponível em: <
https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/*/KEY:ACORDAO-COMPLETO-2465098/NUMACORDAOINT%20asc/0>. Acesso em: 13/06/23.

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

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 149–56, 2010.

Artigo 2

Evolução do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica dos municípios brasileiros: uma análise a partir do SIOPS, 2008 a 2017.

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por assegurar a assistência farmacêutica no Brasil, garantindo acesso a medicamentos para toda a população. O financiamento da assistência farmacêutica passou por diversas mudanças normativas, sendo a principal delas estabelecida pelo Pacto pela Saúde. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) é a parte responsável pelo acesso a medicamentos essenciais, e seu financiamento é tripartite, envolvendo o governo federal, estados e municípios. O objetivo desse estudo é analisar a evolução financeira dos municípios brasileiros para o CBAF, a partir do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo em que foram analisados os dados de receitas e despesas CBAF, a nível municipal, oriundos do SIOPS, nos anos de 2008 a 2017. Foram utilizados dados financeiros do SIOPS e do Siga Brasil, a natureza da despesa utilizada em ambos os sistemas foi a fase de execução despesa paga. Foram selecionados no SIOPS municípios que declararam ao longo do período dados de receitas e despesa para o CBAF diferente de zero. Foram utilizados dados populacionais do IBGE e os valores financeiros foram deflacionados pelo IPCA. Os dados do Siga Brasil, relacionados a totalidade dos gastos do governo federal com o CBAF nos municípios manteve-se praticamente constante até 2014, caindo em 2017. As transferências fundo a fundo da tiveram maior participação, enquanto as aplicações diretas do Ministério da Saúde, para o CBAF foram menores. O Programa Farmácia Popular (PFP) teve uma significativa evolução, aumentando cerca de 386% entre 2008 e 2017. No SIOPS, as outras fontes de financiamento aumentaram sua participação em relação ao total das receitas. As transferências federais para o CBAF em relação às despesas totais foram diminuindo ao longo do tempo, enquanto outras fontes tiveram maior influência. As despesas municipais agregadas para o CBAF no SIOPS aumentaram até 2012, quando houve uma diminuição de 9,13% em relação a 2017. As despesas *per capita* dos municípios para o CBAF aumentaram em média 29,84% no período, enquanto as transferências da União fundo a fundo diminuíram 16,75%. As transferências *per capita* da União para os municípios sempre estiveram acima do mínimo estabelecido na legislação, exceto em 2015 e 2017, de acordo com os dados analisados, enquanto outras fontes de financiamento superaram as contrapartidas mínimas a partir de 2009. O financiamento da assistência farmacêutica no SUS é caracterizado pela alternância de normativas no sentido de consolidar a descentralização governamental, e ganhou maior relevância a partir da criação dos blocos de financiamento, visando garantir a população o acesso a serviços farmacêuticos e aos medicamentos essenciais na atenção básica do SUS.

Palavras-chave: Financiamento. Componente Básico da Assistência Farmacêutica. SIOPS.

Abstract

The Unified Health System (*SUS*) is responsible for ensuring pharmaceutical assistance in Brazil, providing access to medicines and pharmaceutical services for the entire population. The financing of pharmaceutical assistance has undergone many regulatory changes, the main one being established by the Pact for Health. The Basic Component of Pharmaceutical Assistance (*CBAF*) is the part responsible for access to essential medicines, and its financing involves the federal government, states and municipalities. The objective of this study is to analyze the financial evolution of Brazilian municipalities for the *CBAF*, based on the Information System on Public Health Budgets (*SIOPS*). This is a descriptive, exploratory and retrospective study in which *CBAF* revenue and expenditure data, at the municipal level, from *SIOPS*, from 2008 to 2017, were analyzed. Financial data from *SIOPS* and *Siga Brasil* were used, the nature of the expense used in both systems was the expense paid execution phase. Municipalities were selected in the *SIOPS* that declared revenue and expenditure data for the *CBAF* different from zero over the period. Population data from the IBGE were used and the financial values were deflated by the IPCA. *Siga Brasil* data, related to the totality of federal government expenditures with the *CBAF* in the municipalities, remained practically constant until 2014, falling in 2017. Fund-to-fund transfers had a greater share, while direct investments from the Ministry of Health were smaller. The Popular Pharmacy Program (*PPF*) had a significant evolution, increasing about 386% between 2008 and 2017. In *SIOPS*, other funding sources increased their share of total revenues. Federal transfers to the *CBAF* in relation to total expenditures have been decreasing over time, while other sources have had greater influence. Aggregate municipal expenditures for the *CBAF* increased, until 2012, when there was a decrease of 9.13% compared to 2017. Municipal *per capita* expenditures for the *CBAF* increased by an average of 29.84% in the period, while fund-to-fund federal transfers decreased by 16.75%. Federal *per capita* transfers to municipalities were above the minimum established in the legislation, except in 2015 and 2017, while other sources of funding exceeded the minimum counterparts from 2009 onwards. The financing of pharmaceutical assistance in the *SUS* is characterized by the alternation of regulations in the sense of consolidating government decentralization, and gained greater relevance from the creation of financing blocks, aiming to guarantee the population access to pharmaceutical services and essential medicines in the primary care of the *SUS*.

Keywords: Financing. Basic Component of Pharmaceutical Assistance. *SIOPS*.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua institucionalização é responsável pela garantia da assistência farmacêutica no Brasil. Esta pode ser entendida como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo parte integrante da política nacional de saúde, na garantia do acesso a medicamentos e serviços farmacêuticos para toda população (BRASIL, 2004)

No campo das políticas farmacêuticas, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) tem fundamental importância na consolidação e no desenvolvimento da assistência farmacêutica no Brasil (BRASIL, 1998; 2004). De acordo com Bermudez, Oliveira e Luiza (2008), surgem como as primeiras políticas, dentro do SUS, para organizar o acesso aos medicamentos no país, especialmente pelo estabelecimento da reorientação do modelo de assistência farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos e a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), instrumento essencial de racionalização na aquisição e dispensação de medicamentos no âmbito do SUS.

O financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica, se estabeleceu através dos valores repassados aos municípios por habitante/ano de acordo com as regulamentações específicas. A primeira delas com intuito de traçar diretrizes para a Assistência Farmacêutica Básica (AFB) foi em 1999, estabelecendo um financiamento específico denominado de incentivo à AFB, que foi um avanço à época, pois abrangia a totalidade dos municípios, prevendo a participação dos gestores estaduais e municipais no financiamento, mediante pactuação bipartite (OLIVEIRA, ASSIS e BARBONI, 2010; FALEIROS *et al.*, 2017).

A descentralização da AFB vinculou o repasse financeiro à implementação de atividades relacionadas à reorientação nesta área, entre elas, de ampliar o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos essenciais. Para evitar impactos negativos no atendimento à saúde nos municípios, o Ministério da Saúde estabeleceu um elenco mínimo obrigatório de medicamentos a serem disponibilizados à população pelos municípios. Em 2001, estados e municípios encontravam-se na fase de estruturação da AFB, com adequação do elenco mínimo obrigatório nas suas unidades. Nesse contexto, as mudanças políticas ocorridas na esfera federal em 2003, levaram à alteração na estrutura do Ministério da Saúde e no financiamento da AFB. Em 2005, foi publicada a portaria nº 1.105/2005 que ampliou o valor mínimo do incentivo financeiro AFB,

propiciando melhorias no processo de descentralização da aquisição de medicamentos para a atenção básica. Essa portaria passou a regulamentar a AFB, onde, além de elevar o valor destinado à área, buscou tornar mais claras as fontes e responsabilidades pelo seu financiamento (BRASIL, 2005; MACHADO e MACHADO, 2023).

A fim de fortalecer o SUS, foi aprovado o Pacto pela Saúde em 2006, e como um dos seus elementos, o Pacto de Gestão, onde buscou-se implementar uma estratégia de prioridades nacionais para a saúde. Segundo Jaccoud e Meneses (2020), tal esforço mobilizou um conjunto de instrumentos de coordenação com vistas a ampliar a cooperação entre União, estados e municípios, estabelecendo responsabilidades de cada ente para a gestão colaborativa no âmbito SUS. Nesse sentido, o Pacto pela Gestão instituiu uma nova forma de financiamento para o SUS, com a criação dos blocos: da atenção básica, da média e alta complexidade, da vigilância em saúde, da gestão do SUS e da assistência farmacêutica (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, a assistência farmacêutica no SUS se organiza na forma de componentes, o Básico, o Estratégico e o Especializado. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) é composto pelos medicamentos essenciais, fitoterápicos e insumos referentes a assistência farmacêutica básica. O Estratégico disponibiliza medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico e o Especializado busca garantir a integralidade do tratamento cuja linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Ademais, ainda faz parte da assistência farmacêutica, o Programa Farmácia Popular (PFP), que se estabeleceu com o intuito de ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais prevalentes, disponibilizando aqueles que constam na RENAME, e partir de 2011, passou a disponibilizar os medicamentos para hipertensão, diabetes e asma gratuitamente, através do programa “saúde não tem preço” (PEREIRA, 2013; BRASIL, 2015).

Cerca de um ano após a criação dos blocos de financiamento do SUS em 2006, foi estabelecida a portaria pelo Ministério da Saúde nº 204 de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007a) que esteve em vigor até 2017, onde nesta se estabelece, entre outras, a organização do financiamento para aquisição de medicamentos do bloco da assistência farmacêutica e seus componentes. No que se refere ao CBAF, este promove o acesso a medicamentos e insumos para o tratamento dos principais problemas e condições de saúde da população no âmbito da atenção básica do SUS, seu financiamento é tripartite,

ou seja, pela União, estados e municípios, tendo este último a maior responsabilidade de dispensar os medicamentos e insumos deste componente (VIEIRA, MARQUES e JEREMIAS, 2014).

Os itens que compõe o CBAF estão listados nos anexos I e IV da RENAME e a aquisição destes ocorre de duas maneiras em geral, pela transferência direta fundo a fundo da União e estados aos municípios e pelas receitas próprias dos municípios e, por compra direta centralizada pelo Ministério da Saúde, sendo algumas delas, por exemplo, insulinas, itens relacionados ao programa saúde da mulher e kits de medicamentos e insumos para municípios atingidos por desastres (BRASIL, 2017a)

Com o estabelecimento do Pacto de Gestão, da portaria nº 204/2007 e após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi publicada a portaria nº 3.237/2007, que passou a regulamentar o financiamento do CBAF. Essa portaria foi um avanço, especialmente, na responsabilização dos gestores municipais pelo gerenciamento dos recursos, passando a compor um valor único de financiamento, na medida em que, segundo Oliveira, Assis e Barboni (2010) possibilitou mudanças na assistência farmacêutica dentro do SUS, de maneira a aumentar a cobertura de medicamentos e, ao mesmo tempo, minimizar custos.

Ademais, vale ressaltar, que ficou estabelecido que os municípios não mais eram obrigados a adquirir todos os medicamentos listados pelo Ministério da Saúde, passando então a seleção dos medicamentos serem de acordo com a RENAME e com à realidade epidemiológica de cada município. Assim, a execução financeira do CBAF avança na descentralização do SUS e no processo de reorientação da assistência farmacêutica, como preconizado pela PNM e PNAF (BRASIL, 2007a; 2007b)

Nos anos seguintes, a portaria nº 3.237/2007 foi sendo atualizada, e o financiamento do CBAF *per capita* foi se alterando. As portarias subsequentes que trataram do financiamento do CBAF foram a nº 2.982/2009, que foi revogada no ano seguinte pela nº 4.217/10 e por fim pela nº 1.555/2013, que vigorou até 2017, no mesmo período da revogação da portaria nº 204/2007 e a mudança no mecanismo de financiamento. Assim, no início desse novo modelo de financiamento estabelecido em 2007, o valor mínimo por habitante/ano para o CBAF recebido pelos municípios eram de R\$ 4,10, transferidos pelo governo federal, de R\$ 1,50 pelos estados e R\$ 1,50 do próprio município, chegando em 2017 nos valores de R\$ 5,10 da União, R\$ 2,36 dos estados e

R\$ 2,36 dos próprios municípios (BRASIL, 2007b; 2009; 2010; 2013). Nesse sentido, os avanços dessas portarias para o CBAF se deram, entre outros, em estabelecer um percentual de até 15% das contrapartidas estaduais e municipais para serem aplicados na estruturação da AFB dos municípios, a ampliação dos itens nas atualizações da RENAME, incluindo insumos para diabetes, por exemplo, e a inclusão de medicamentos fitoterápicos neste componente (COSTA, *et al.*, 2017a).

A partir de 2018, com a vigência da portaria do Ministério da Saúde nº 3.992 de 2017 fica criado os blocos de custeio e de investimento do SUS, extinguindo os blocos de financiamento criados pelo Pacto pela Saúde. No entanto, os componentes da Assistência Farmacêutica se mantêm. Assim, em relação ao financiamento do CBAF, o valor repassado da União aos municípios passou a ser baseado no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (BRASIL, 2017b)

A portaria nº 3.193 de 2019 do Ministério da Saúde, que definiu os valores da União a serem repassados para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do CBAF, instituiu para os municípios com IDHM muito baixo, o valor de R\$ 6,05 por habitante/ano, os de IDHM baixo R\$ 6,00, de IDHM médio, R\$ 5,95, de IDHM alto, R\$ 5,90 e os de IDHM muito alto recebiam R\$ 5,85 por habitante/ano.

O financiamento da assistência farmacêutica, em suas diversas esferas, tem sido uma preocupação de diversos estudos, em primeiro lugar, em decorrência da demanda por medicamentos, e em segundo, pelo seu alto valor agregado, o que tem levado a altas despesas do sistema de saúde (FALEIROS *et al.*, 2017). Vieira (2009) mostrou que, em 2007, o gasto do Ministério da Saúde com medicamentos foi cerca de três vezes maior em relação a 2002 e que, o gasto com medicamentos da atenção básica aumentou 75% nesse período. Em Vieira e Zucchi (2013), entre 2005 e 2009, as despesas financeiras da União com medicamentos cresceram em 65,3%, chegando em 2009 a um montante total de R\$ 8,9 bilhões, e o gasto federal com o PFP aumentou no período em cerca de 20 vezes. Já Silva e Caetano (2018), estimam que entre 2006 e 2014, a evolução dos gastos do governo federal com o CBAF ocorre de maneira muito inferior aos gastos com o PFP, mostrando que no ano de 2014, o gasto com o PFP foi mais que o dobro dos repasses para o CBAF.

A preocupação com o financiamento de medicamentos não é apenas brasileira. Entre 2010 e 2016 o gasto médio *per capita* com medicamentos pelos países membros da União Europeia (UE) foi de 417 euros, sendo que a Alemanha teve um gasto cerca de

40% maior que a média da UE, seguido por Irlanda e Bélgica, que gastaram quase 20% mais em medicamentos *per capita* do que a média da UE. Dados de 2020 mostram que o gasto médio *per capita* dos países da UE aumentaram, chegando a 462 euros, e que a Alemanha se manteve como o país de maior gasto por habitante (BELLONI, MORGAN e PARIS, 2016; OCDE, 2022).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi analisar a evolução financeira referente as receitas e despesas dos municípios brasileiros para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, a partir do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no período de vigência dos blocos de financiamento do SUS criados pelo Pacto de Gestão e com ele o modelo estabelecido em 2007, pela portaria nº 204/2007, a fim de contribuir para a discussão sobre o financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica do SUS, a nível municipal.

Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa sobre a evolução do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), a nível municipal, oriundos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), nos anos de 2008 a 2017.

A escolha por analisar o CBAF se deu pela importância estratégica deste componente para o SUS e pela disponibilidade de informações no SIOPS. O SIOPS, além de permitir obter as informações por município, é o principal sistema de informação relacionado aos recursos públicos em saúde, sendo uma ferramenta de gestão fundamental de acompanhamento das receitas e despesas no SUS. As informações contidas no SIOPS são de natureza declaratória, alimentados pela União, estados e municípios e buscam manter as informações contábeis declaradas em conformidade. O SIOPS reflete a responsabilidade do gestor declarante pela fidedignidade dos dados, disponibilizando informações essenciais para o monitoramento e a avaliação da aplicação de recursos em saúde (BRASIL, 2022).

Os anos de análise corresponderam ao período de vigência dos blocos de financiamento do SUS na forma instituída pelo Pacto de Gestão em 2006, dentre eles o bloco de financiamento da assistência farmacêutica, e regulamentados pela portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007, que vigorou até 2017, onde foi revogada pela portaria nº

3.992 de 28 de dezembro de 2017, que modifica a forma de financiamento a partir de dois blocos apenas, de custeio e de investimento (BRASIL, 2006; 2007a; 2017b).

Os dados utilizados são de acesso público e foram coletados em dois sistemas de informação. O principal deles, o SIOPS, para os dados referentes aos valores financeiros de receitas e despesas dos municípios para o CBAF. Os dados foram fornecidos pela Coordenação do SIOPS, sob gestão do Ministério da Saúde, em planilhas por município/ano, referentes a pasta por unidade executora, no entanto, as mesmas informações estão disponíveis e de acesso ao público no sítio: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>, através do seguinte percurso: (a) Demonstrativos e dados informados (b) → Dados informados (c) → Municípios (d) → Consulta por unidade executora (e) → Execução financeira por bloco (f) → Receitas e despesas por bloco de financiamento do SUS (g) → Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Para dados comparativos, foram coletados também no SIOPS os dados financeiros, a nível municipal, para o bloco da assistência farmacêutica e para a saúde.

O segundo, foi o sistema Siga Brasil, de responsabilidade do Senado Federal. Ressalta-se que, nesse sistema os dados financeiros coletados se referem a totalidade das despesas com a Assistência Farmacêutica Básica (AFB) da União com os municípios.

O percurso metodológico utilizado no sistema Siga Brasil foi o seguinte: (a) → <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil> (b) → acesso livre (c) → Pastas públicas (d) → ano (e) → despesa executada por função (f) → saúde. Para valores referentes ao CBAF foram selecionadas as ações orçamentárias: 20AE – promoção da assistência farmacêutica e insumos estratégicos na atenção básica em saúde e 20K5 – apoio ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS. Para os valores referentes ao Programa Farmácia Popular foram selecionadas as ações orçamentárias: 7660 – implantação de farmácias populares, 8415 – manutenção e funcionamento das farmácias populares, 20YR – manutenção e funcionamento do programa Farmácia Popular do Brasil pelo sistema de gratuidade e 20YS – manutenção e funcionamento do programa Farmácia Popular do Brasil pelo sistema de copagamento.

A natureza da despesa utilizada em ambos os sistemas foi a fase de execução despesa paga, que se refere à declaração da despesa paga pelo ente público ao prestador do bem ou serviço, ou seja, ocorre quando se efetiva, de fato, o pagamento de determinado valor financeiro, assim de refere ao gasto real (OSTROSKI, 2010). Ademais, destaca-se

que o conceito de gasto e despesa no setor público são utilizados como sinônimos, pois a administração pública não tem como finalidade principal a obtenção de receitas através da oferta de bens e serviços, assim a despesa pode ser entendida como a utilização de recursos pelo ente da Federação para custear bens, serviços, investimentos ou outras ações em prol da sociedade (VIEIRA, 2018).

Em relação as receitas municipais do CBAF obtidas no SIOPS, se referem as receitas transferidas fundo a fundo da União aos municípios para o CBAF, as receitas totais dos municípios disponíveis para do CBAF e as receitas de outras fontes de financiamento, que foi obtida pela subtração da receita total pelas receitas transferidas da União. As outras fontes, de acordo com o SIOPS, se referem as receitas transferidas pelos estados, por outros municípios, outras transferências e as receitas próprias do município.

A seleção dos municípios no SIOPS referentes ao financiamento do CBAF, se deu considerando aqueles que tinham dados de receitas e despesas declarados ao sistema. Após esse passo, optou-se pela exclusão do ano de 2007 devido ao baixo número de municípios com dados declarados ao SIOPS para o CBAF, apenas 449, enquanto a média para os outros anos é cerca de 3.085 municípios, o que se mostrou um viés considerável na análise da evolução financeira. Esse baixo número pode ter ocorrido em decorrência da mudança na estrutura do financiamento a partir da portaria nº 204 de 2007.

Foram utilizados dados populacionais estimados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para obter os valores financeiros *per capita*, para cada ano, a partir da divisão entre o montante de recursos para receitas e despesas, pela população estimada ano a ano. No caso dos dados do Siga Brasil a população utilizada foi a total brasileira e no caso dos dados do SIOPS foram utilizadas as populações correspondentes aos municípios, que posteriormente foram agregados, pela média, por ano. Ademais, foram utilizadas normativas ministeriais que estabeleciam valores mínimos *per capita* do financiamento tripartite para o CBAF, dentro do período do estudo, sendo elas, as portarias nº 3.237/07, nº 2.982/2009, nº 4.217/10 e nº 1.555/13 (BRASIL, 2007b; 2009; 2010; 2013)

Todos os valores financeiros foram atualizados para valores reais, ou seja, foram deflacionados, ano base 2017, pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo IBGE, eliminando, assim, os efeitos da inflação. A escolha pelo IPCA ocorreu por este ser o índice utilizado para fins de ajuste e definição de normas para regulação do setor farmacêutico, previsto na Lei nº 10.742 de 2003 (BRASIL, 2003).

Resultados

A evolução das despesas com a Assistência Farmacêutica Básica (AFB), pelo governo federal, a nível municipal, se mostrou ao longo de 2008 a 2017 de forma diferente entre os modos de aplicações realizadas (Tabela 1).

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), no total, se mostrou praticamente constante até 2014, chegando nesse ano a um montante de R\$ 1.135.481.059,51 e, caindo em 2017 para R\$ 976.518.921,00. Quando observado os diferentes modos de aplicação financeira para este componente, pela União, percebe-se que, a transferência fundo a fundo aos municípios (FAF-M) tem uma participação maior, em relação ao total do CBAF, que as aplicações diretas (AD) realizadas pelo Ministério da Saúde na aquisição de itens centralizados do CBAF a nível federal (tabela 1).

Tabela 1. Evolução das despesas da União a nível municipal com a Assistência Farmacêutica Básica (AFB), por modalidade de aplicação, 2008 a 2017. (R\$ em milhões)

Ano	CBAF			PFP	Total AFB	CBAF total/	PFP/ Total
	FAF-M	AD	Total			Total AFB	AFB
						%	%
2008	952,45	93,58	1.046,03	746,43	1.792,45	58,36	41,64
2009	939,08	84,54	1.023,63	784,54	1.808,16	56,61	43,39
2010	1.043,21	62,08	1.105,29	657,00	1.762,29	62,72	37,28
2011	1.098,28	46,79	1.145,07	1.224,19	2.369,26	48,33	51,67
2012	1.025,64	66,72	1.092,36	1.986,54	3.078,90	35,48	64,52
2013	1.042,82	115,58	1.158,40	2.065,12	3.223,52	35,94	64,06
2014	956,51	178,97	1.135,48	2.660,17	3.795,65	29,92	70,08
2015	818,45	77,62	896,08	3.154,54	4.050,62	22,12	77,88
2016	931,95	121,06	1.053,00	2.830,28	3.883,29	27,12	72,88
2017	898,25	78,26	976,52	2.880,27	3.856,79	25,32	74,68

Elaboração própria. Fonte: Siga Brasil

Nota: CBAF: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; FAF-M: Transferências da União fundo a fundo aos municípios; AD: Aplicação direta; PFP: Programa Farmácia Popular.

Valores financeiros corrigidos pelo IPCA.

O outro modo de aplicação dos recursos federais na AFB é através do Programa Farmácia Popular (PFP). Este teve uma significativa evolução ao longo de 2008 a 2017, tanto em termos de volume total, quanto em termos proporcionais ao financiamento como um todo da AFB pela União. Em 2008, a despesa paga com o PFP pelo Ministério da Saúde foi na ordem de R\$ 746.426.943,06, passando em 2017 para R\$ 2.880.266.585,00, um aumento de 386%, aproximadamente. Em relação a proporcionalidade da despesa do PFP com despesa total da AFB pelo ente federal nos municípios, variou de 41,64% em 2008, para 74,68% em 2017. Enquanto, considerando o total do CBAF para os

municípios, essa proporcionalidade em relação ao total da AFB, passou de 58,36% em 2008, para 25,32% em 2017 (tabela 1).

A tabela 2 mostra, em geral, que as despesas municipais agregadas para o CBAF, com dados declarados ao SIOPS, aumentaram entre 2008 e 2017, considerando que as despesas observadas aqui se referem aos recursos transferidos na modalidade fundo a fundo para os municípios. No entanto, apesar desse aumento em geral, observou-se que a partir de 2012 as despesas do CBAF na fase de execução despesa paga, sofrem uma diminuição de 9,13%, em relação a 2017, passando de R\$ 1.222.404.737,57 em 2012, para R\$ 1.110.797.784,97 em 2017.

Ao observar a evolução do financiamento do CBAF de acordo com os dados financeiros do SIOPS, percebeu-se que, as transferências da União aos municípios seguem uma evolução inversa em relação as transferências de outras fontes de financiamento do CBAF. As transferências da União para as despesas do CBAF pelos municípios, evoluem de forma crescente até 2011, de R\$ 501.256.162,95 em 2008, para R\$ 827.257.012,58 em 2011 e, posteriormente tem uma queda, para R\$ 546.014.717,93, em 2017, seguindo evolução semelhante a verificada nos registros do Siga Brasil. Já as outras fontes de financiamento, apesar de pequenas oscilações, tem um aumento significativo no período total, saindo de R\$ 238.960.554,69 em 2008, para R\$ 602.215.278,25 em 2017.

Tabela 2. Evolução das despesas dos municípios brasileiros para o CBAF, declaradas aos SIOPS, a partir das transferências de recursos dos entes da Federação, 2008 a 2017. (R\$ em milhões)

Ano	n	Por fonte de transferência aos municípios				Total
		União		Outras Fontes*		
		R\$	%	R\$	%	R\$
2008	2335	501,26	76,67	238,96	36,55	653,82
2009	2874	607,00	71,63	398,74	47,05	847,47
2010	2943	675,09	70,24	420,42	43,74	961,17
2011	3020	827,26	69,78	528,38	44,57	1.185,58
2012	3583	742,23	60,72	486,88	39,83	1.222,40
2013	3044	618,10	57,38	508,38	47,20	1.077,16
2014	3121	611,54	56,37	499,53	46,04	1.084,91
2015	3286	535,68	52,97	522,99	51,72	1.011,21
2016	3298	623,20	57,18	576,59	52,91	1.089,83
2017	3341	546,01	49,16	602,22	54,21	1.110,80

Elaboração própria. Fonte: SIOPS

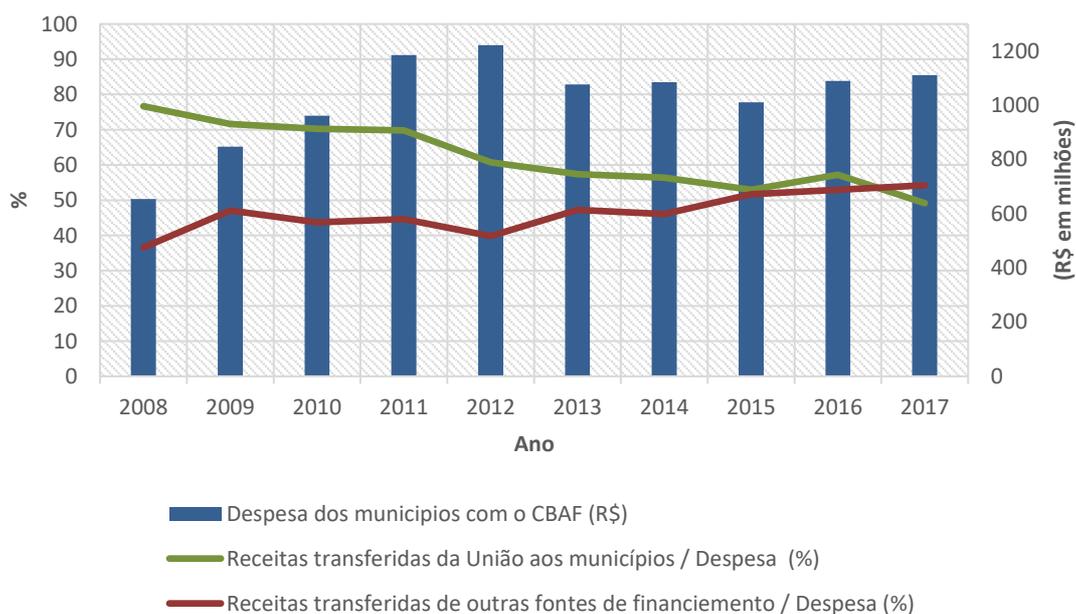
*Outras fontes se referem ao total de receitas (transferidas pelo estado, por outros municípios, por outras transferências e receitas próprias do município), que foi obtida subtraindo a receita total - receita transferida da União.

Nota: Os recursos transferidos pela União se referem as transferências fundo a fundo aos municípios, não estando neste montante as despesas na modalidade de aplicação direta com o CBAF pelo governo federal.

Valores financeiros corrigidos pelo IPCA.

Ao longo da vigência da portaria nº 204 de 2007, as receitas transferidas da União para o financiamento do CBAF, registradas no SIOPS, vão diminuindo de forma constante, proporcionalmente, em relação as despesas totais, assim, as transferências da União para financiar o CBAF, via fundo a fundo, representou em 2008, 76,67% das despesas, enquanto em 2017 passou a representar 49,16%, de acordo com os dados de execução financeira do SIOPS. E, as outras fontes de financiamento aumentaram ao longo do período, passando de 36,55% em 2008 para 54,21% em 2017 em relação as despesas totais do CBAF (tabela 2; figura 1). No que tange o ente federal, essa diminuição da proporcionalidade foi também observada na tabela 1, na medida em que a relação das despesas com o CBAF, considerando as transferências fundo a fundo e os gastos direto do Ministério da Saúde, diminuem ano a ano em relação aos gastos totais.

Figura 1. Evolução da despesa paga total pelos municípios brasileiros para o CBAF e sua relação entres as fontes de financiamento, registrados no SIOPS, 2008 a 2017.

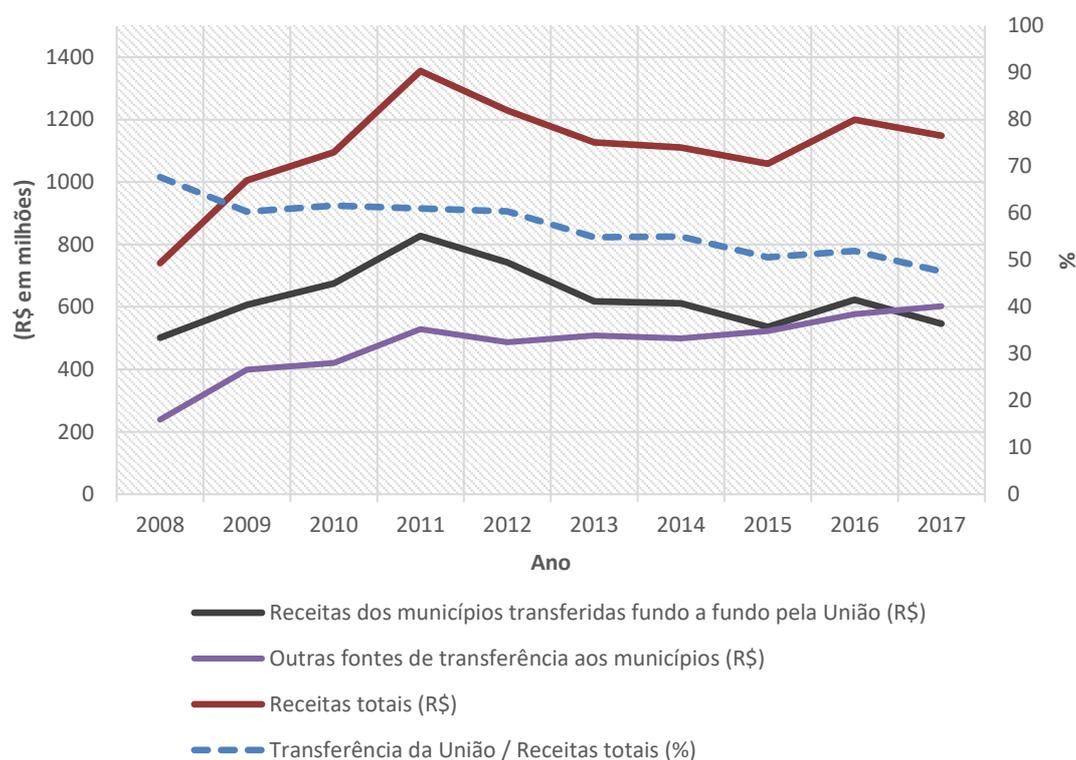


Elaboração própria. Fonte: SIOPS.

De acordo com os dados coletados no SIOPS, o volume financeiro das transferências totais do CBAF e as transferências da União aos municípios seguem a mesma evolução em linha (figura 2), mostrando que as receitas totais têm forte influência das transferências fundo a fundo da União. No entanto, pode ser observado, que à medida que o volume total das receitas transferidas para custear o CBAF evoluem ao longo do período, a relação percentual entre as transferências da União e a totais, diminuem. Em

2008, 67,72% das transferências totais para despesas dos municípios com o CBAF eram provenientes da União e, em 2017 essa relação passa para 47,55%, ou seja, com o passar dos anos, entre 2008 e 2017, o recurso federal no modo de aplicação fundo a fundo para financiar o CBAF tem menor influência sobre a totalidade disponível ao município, passando, as outras fontes de financiamento a terem um protagonismo maior sobre o volume total (figura 2).

Figura 2. Evolução das transferências por fonte de financiamento para o CBAF, declaradas ao SIOPS, pelos municípios brasileiros, 2008 a 2017.



Elaboração própria. Fonte: SIOPS.

Dessa maneira, a figura 1 e a figura 2 mostram que, apesar das transferências da União no modo fundo a fundo para os municípios, referentes ao CBAF, terem uma grande influência nos recursos totais disponíveis para os gastos do CBAF, as outras fontes de financiamento vão assumindo, ao longo da vigência da portaria nº 204 de 2007 maior protagonismo.

De acordo com os dados financeiros declarados ao SIOPS, pelos municípios, em valores *per capita*, mostrou que, para o CBAF a despesa passou de R\$ 7,75, em 2008, em média, para R\$ 10,06 em 2017, um aumento de 29,84%. Para a receitas dos municípios transferidas pela União fundo a fundo, passou de R\$ 5,94, em 2008, para R\$ 4,95, em 2017, em média, uma queda de 16,75%, já as receitas municipais de outras fontes de

financiamento, tiveram um aumento significativo, saiu de R\$ 2,83, em 2008, para R\$ 5,45, em 2017, uma variação positiva de 92,6% e as receitas totais passaram de R\$ 8,77 em 2008, para R\$ 10,40, em 2017, aumentando em 18,55% (tabela 3).

Tabela 3. Receitas e despesa paga do CBAF, do bloco da Assistência Farmacêutica e da Saúde, dos municípios brasileiros, declaradas aos SIOPS, em média, *per capita*, 2008, 2012 e 2017.

Variáveis	Ano			Variação 2008 e 2017 (%)
	2008	2012	2017	
Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF (R\$)				
Transferências fundo a fundo da União aos municípios	5,94	6,72	4,95	-16,75
Outras fontes de transferências aos municípios*	2,83	4,41	5,45	92,60
Receita total	8,77	11,12	10,40	18,55
Despesa paga	7,75	11,06	10,06	29,84
Bloco da Assistência Farmacêutica – AF (R\$)				
Transferências fundo a fundo da União aos municípios	6,36	7,26	5,24	-17,59
Outras fontes de transferências aos municípios*	4,34	5,80	6,84	57,38
Receita total	10,71	13,06	12,08	12,83
Despesa paga	10,07	12,78	11,35	12,62
Saúde (R\$)				
Receita total	369,91	515,67	504,12	36,28
Despesa paga	365,22	483,48	473,77	29,72
Receita total CBAF em relação a receita total AF (%)	81,95	85,16	86,10	5,06
Despesa CBAF em relação a despesa AF (%)	76,91	86,55	88,67	15,28
Receita total CBAF em relação a receita total Saúde (%)	2,37	2,16	2,06	-13,01
Despesa CBAF em relação a despesa Saúde (%)	2,12	2,29	2,12	0,09
n	2.335	3.583	3.341	-

Elaboração própria. Fonte: SIOPS e IBGE

*Outras fontes se referem ao total de receitas (transferidas pelo estado, por outros municípios, por outras transferências e receitas próprias do município), que foi obtida subtraindo a receita total da receita transferida da União.

Valores financeiros corrigidos pelo IPCA.

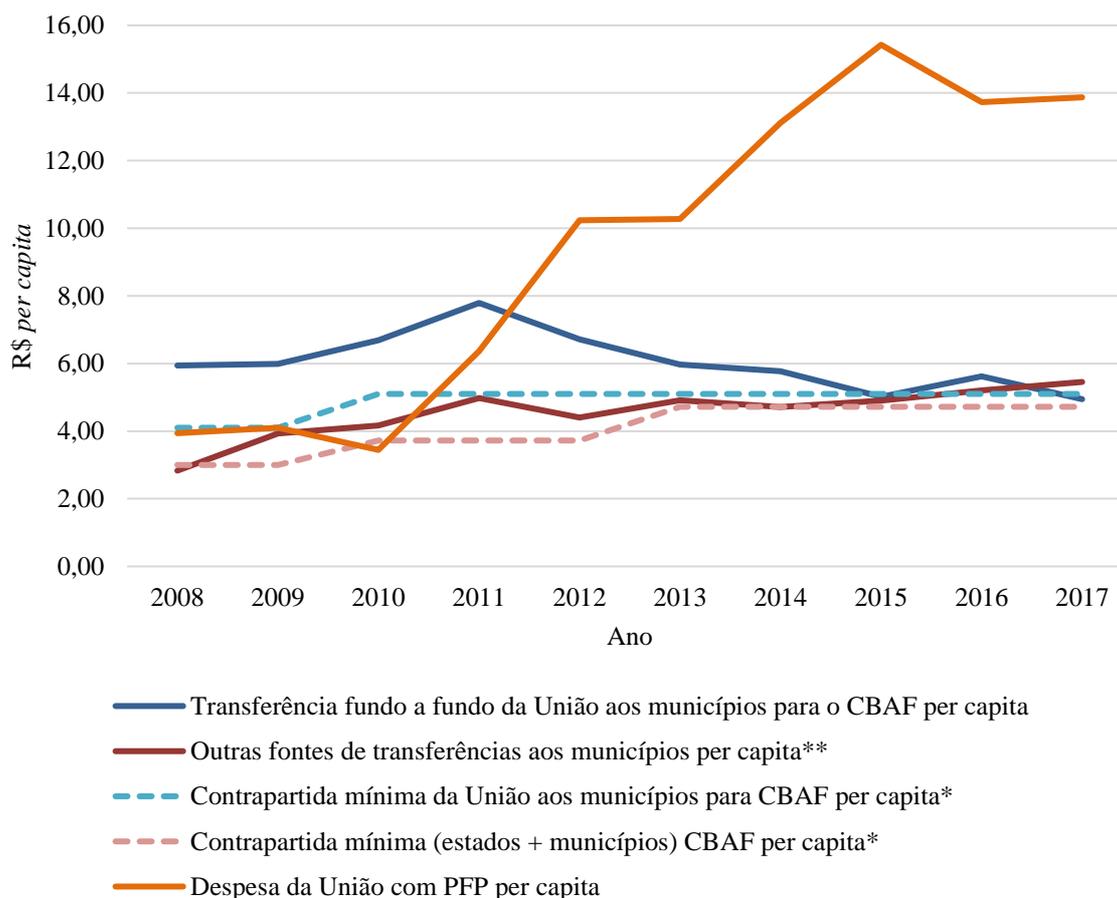
Em relação ao CBAF e os dados financeiros declarados ao SIOPS para o bloco da Assistência Farmacêutica (AF) a nível municipal, percebe-se que, em ambos, a evolução decrescente acontece apenas para as transferências fundo a fundo da União entre 2008 e 2017 por habitante/ano, sendo que, ao longo do período a despesa do CBAF vai se aproximando da despesa da AF, *per capita*, mostrando que os gastos municipais com o componente básico vão tomando cada vez mais espaço dentro do bloco da AF a nível municipal, assim, em 2008, das despesas com o bloco da AF pelos municípios, 76,91% foram relacionadas ao CBAF, chegando em 2017 a proporção de 88,67%. Ademais, o mesmo acontece para as outras fontes de receitas dos municípios para o bloco da AF, que também vão ganhando maior influência sobre as receitas totais. Ao longo do período, a proporção da despesa do CBAF em relação ao montante da saúde, declaradas ao SIOPS, não tem uma variação relevante, se mantendo em média, de 2%. No entanto, a relação

das receitas tem uma queda de 13,01%, ainda que, em média, no período essa relação se mantenha em cerca de 2% (tabela 3).

A figura 3 mostra a evolução das receitas *per capita* dos municípios para o CBAF, com dados declarados ao SIOPS, em relação as contrapartidas mínimas *per capita* para financiar o CBAF estabelecidas pelas portarias vigentes no período de 2008 a 2017 (BRASIL, 2007; 2009; 2010; 2013).

De acordo com os dados do SIOPS, as transferências *per capita* da União aos municípios esteve acima do mínimo descrito na legislação, com exceção dos anos de 2015 (R\$ 5,02) e 2017 (R\$ 4,95), onde o valor mínimo por habitante/ano era de R\$ 5,10 de acordo com a portaria nº 1.555 de 2013 (BRASIL, 2013) (figura 3).

Figura 3. Evolução das receitas dos municípios para o CBAF, declaradas ao SIOPS e do gasto da União com o Programa Farmácia Popular (PFP), *per capita*, 2008 a 2017.



Elaboração própria. Fonte: SIOPS, Siga Brasil e IBGE.

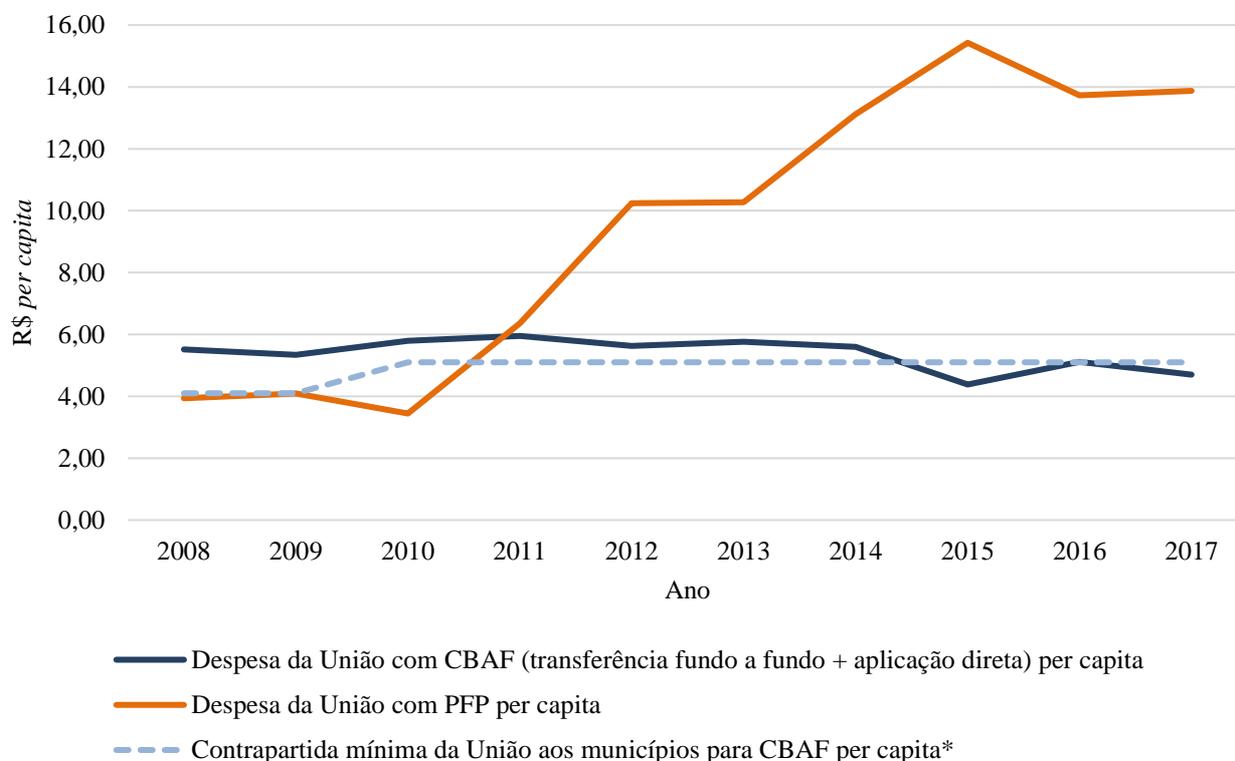
*Valores mínimos de financiamento tripartite para o CBAF previsto nas portarias nº 3.237/07, nº 2.982/2009, nº 4.217/10 e nº 1.555/13.

**Outras fontes se referem ao total de receitas (transferidas pelo estado, por outros municípios, por outras transferências e receitas próprias do município), que foi obtida subtraindo a receita total da receita transferida da União, do SIOPS.

Já em relação as outras fontes de financiamento, a partir de 2009 os valores observados *per capita* foram superiores as contrapartidas mínimas, chegando em 2017 a R\$ 5,54, sendo a contrapartida mínima, quando somadas de estados e municípios, de R\$ 4,72. Em termos de comparação, os gastos do PFP *per capita*, aumentam consideravelmente a partir de 2011, chegando a atingir R\$ 15,43, uma diferença cerca de 300% em comparação a valor mínimo estabelecido pela portaria nº 1.555 de 2013 (BRASIL, 2013), para o CBAF, de R\$ 5,10 por habitante/ano (figura 3).

Quando se verifica as despesas da União *per capita*, considerando o seu todo, pelos dados do Siga Brasil, ou seja, incluindo no CBAF além das transferências fundo a fundo aos municípios, também as aplicações diretas do Ministério da Saúde referentes aos itens do CBAF, observa-se que também, para os anos 2015 e 2017 tem-se um valor *per capita* aplicado pelo ente federal inferior ao mínimo estabelecido pela portaria nº 1.555 de 2013, de R\$ 4,38 e R\$ 4,70, por habitante/ano, para 2015 e 2017, respectivamente (Figura 4).

Figura 4. Evolução das despesas da União com o CBAF nos municípios e com o PFP, *per capita*, 2008 a 2017.



Elaboração própria. Fonte: SIGA Brasil e IBGE.

*Valores mínimos de financiamento tripartite para o CBAF previsto nas portarias nº 3.237/07, nº 2.982/2009, nº 4.217/10 e nº 1.555/13.

Discussão

Com a institucionalização do SUS, tornou-se necessário reorientar a assistência farmacêutica no Brasil, ampliando seu escopo para além do fornecimento de medicamentos, com a prestação de serviços farmacêuticos, infraestrutura adequada e ampliação dos recursos humanos na área farmacêutica no SUS. A ampliação da oferta de medicamentos, ao longo dos 30 anos do SUS, se estabeleceu principalmente pela consolidação das políticas farmacêuticas – Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) – e pelo aperfeiçoamento das políticas de financiamento, essencialmente na assistência farmacêutica a nível de atenção básica. (OLIVEIRA, BERMUDEZ e OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007; BRASIL, 1998, 2004; BERMUDEZ *et al.*, 2018).

O SIOPS, enquanto principal sistema de informação financeiro do SUS, mostra a distribuição de recursos, receitas e despesas, para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e como eles evoluem ao longo do tempo. Na esfera municipal, essas informações são fundamentais, pois auxiliam na fiscalização e no planejamento financeiro dos diversos blocos que compõem o SUS. No que diz respeito ao bloco da assistência farmacêutica, possibilita que as atividades relacionadas ao ciclo da assistência farmacêutica sejam executadas de forma mais eficiente e a distribuição de recursos mais adequadas de acordo com o que preconiza as políticas farmacêuticas (BRASIL, 2004; COSTA, *et al.*, 2017b).

Nesse sentido, o financiamento de um dos componentes do bloco da assistência farmacêutica, o CBAF, tem um protagonismo importante na atenção básica após a criação do SUS, pois a descentralização da assistência farmacêutica é uma das diretrizes da PNM, especialmente a nível municipal, na medida em que, o CBAF não se refere apenas a medicamentos, apesar de ser seu maior volume, mas também a insumos, serviços farmacêuticos e infraestrutura de farmácias das unidades básicas de saúde (VIEIRA, MARQUES e JEREMIAS, 2014)

As transferências fundo a fundo da União aos municípios, ainda que evoluam de forma decrescente ao longo da vigência da portaria nº 204 de 2007, tanto pelos dados do SIOPS quanto do Siga Brasil, ainda representaram maior influência para o financiamento do CBAF, mesmo considerando as aplicações diretas do Ministério da Saúde com itens referentes a este componente da assistência farmacêutica, como insulinas NPH e regular, contraceptivos orais e injetáveis e dispositivo intrauterino, por exemplo, de acordo com

a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Alguns municípios não registram os dados financeiros para o CBAF no SIOPS pois não recebem repasse direto da União, em decorrência das pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIB), ou seja, entre estados e municípios. De 2014 para 2015, outro fator que justifica a queda nos gastos federais com o CBAF pode ser a crise econômica brasileira vivenciada neste período, que atingiu diversos setores do SUS. Mas, o principal fator que explica a diminuição dos recursos da União aos municípios para o CBAF entre 2008 a 2017 pode estar no estabelecimento de uma das principais políticas farmacêuticas financiadas pelo governo federal, o Programa Farmácia Popular (PFP), especialmente a partir de 2011 com a gratuidade para os medicamentos de hipertensão, diabetes e asma, visto que o PFP tem em seu elenco, em significativa parte, os medicamentos dispensados pela rede básica de saúde. (BRASIL, 2007a; SANTOS-PINTO, COSTA e OSÓRIO DE CASTRO, 2011; CUNHA, 2014; PIOLA, 2017; VIEIRA, 2018).

Segundo Cunha (2014), é factível considerar que a maior evolução do financiamento federal para o PFP se deveu, entre outros fatores, que os recursos financeiros destinados ao PFP, especialmente via rede credenciada com as farmácias privadas, são disponibilizados de acordo com a demanda dos usuários, em contrapartida, a transferência federal aos municípios para o CBAF é *per capita*, o que corrobora o presente estudo, na medida em que, a partir de 2011 a despesa por habitante/ano com o PFP supera consideravelmente o valor *per capita* do CBAF em relação ao estabelecido pela contrapartida mínima do Ministério da Saúde. Adicionalmente a esse fator, outros estudos mostram que a maior demanda por medicamentos nas farmácias privadas via PFP, pela rede credenciada no sistema de copagamento, pode ter sido em decorrência do desabastecimento de medicamentos nas unidades básicas de saúde dos municípios brasileiros, justamente pelo fato do subfinanciamento do SUS e conseqüentemente da assistência farmacêutica básica (GONTIJO, 2012; BOING *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Ademais, segundo Vieira (2018), corroborando com os dados do presente estudo, mostra que houve uma redução de 25% das despesas da União com o CBAF e que o aumento exponencial do financiamento da federal com o PFP em grande parte se deve a dois fatores, o primeiro pela ampliação do credenciamento de estabelecimentos farmacêuticos privados, com a criação do programa Aqui Tem Farmácia Popular, a partir de 2006, o que Silva e Caetano (2018) complementam que contribuiu para maior

capilarização do programa, e o segundo, pelo estabelecimento da gratuidade na dispensação de medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, em 2011, pela política denominada de “saúde não tem preço” o que, segundo a autora, aumentou a consideravelmente a demanda pelo programa.

Apesar da efetividade e do impacto positivo comprovado do PFP, especialmente na diminuição das internações e mortalidade por diabetes e hipertensão, uma grande parte da população brasileira ainda depende exclusivamente do fornecimento de medicamentos e serviços farmacêuticos das unidades básicas de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2016; SILVA e CAETANO, 2018; ALMEIDA *et al.*, 2019; MIRANDA *et al.*, 2023).

Nesse sentido, segundo Yamauti e colaboradores (2015), o fato de boa parte dos medicamentos ofertados pelo PFP constarem no elenco de medicamentos do CBAF presentes na RENAME, pode ter levado os gestores municipais a diminuir os gastos especificamente com esses medicamentos, levando assim, a um desabastecimento das unidades de saúde desses princípios ativos para hipertensão e diabetes, principalmente, mesmo com o aumento proporcional dos outros entes da Federação nas despesas com o CBAF.

Desde a institucionalização do SUS, a despesa pública em saúde no Brasil sempre foi financiada de forma majoritária com recursos da União. Em 1990 a participação federal nas despesas com saúde chegou a cerca de 77%, nos anos 2000 em torno de 58% e na década seguinte, cerca de 45%. Apesar dessa diminuição, e das outras fontes de receitas ganharem maior protagonismo, como também verificadas para o CBAF, alguns estudos mostram que o governo federal ainda continua sendo quem mais influencia o financiamento dos blocos do SUS, sendo esta esfera de governo o principal agente definidor das políticas de saúde no território nacional (MENDES e MARQUES, 2014; PIOLA, 2017).

Nesse sentido, a diminuição do financiamento do CBAF em comparação com o PFP, evidenciado também por outros estudos, em períodos distintos (VIEIRA e ZUCCHI, 2013; VIEIRA, 2018; SILVA e CAETANO, 2018) mostram que além do descompasso na evolução das duas modalidades de aplicação financeira pelo Ministério da Saúde, é questionável o desabastecimento de medicamentos na rede básica referente ao CBAF e que essa diminuição levou, ainda, a um prejuízo nos investimentos relacionados aos serviços e estrutura das unidades farmacêuticas na rede básica de saúde, visto que parte dos recursos do CBAF devem ser aplicados pelos municípios nesses quesitos.

Mesmo com o financiamento do CBAF sendo tripartite, são os municípios tem a responsabilidade pelo montante de recursos destinados a este componente da assistência farmacêutica que integra a rede básica de saúde, recebidos através da modalidade fundo a fundo. O bloco da assistência farmacêutica exerce um papel fundamental na atenção básica do SUS, na medida em que, a nível municipal, este e o CBAF evoluem de forma bastante similar, tanto em termos de volume financeiro total, quanto *per capita* (PONTES *et al.*, 2017)

Na busca pela garantia do acesso aos medicamentos essenciais, por serviços farmacêuticos de qualidade e na promoção do uso racional de medicamentos, o CBAF no SUS deve atender as necessidades de saúde da população de forma integrada a atenção básica. No entanto, há alguns desafios nessa integração, para Álvares e colaboradores (2017), o acesso aos medicamentos essenciais ainda é um desafio para o SUS e é influenciado pela baixa disponibilidade desses medicamentos em unidades básicas de saúde, enfatizando que este ainda não ocorre de forma universal e resolutiva aos usuários. Pinto e Castro (2022) complementam que as iniciativas com o programa “saúde não tem preço” foram esforços para ampliação desse acesso e melhoria da assistência farmacêutica dos municípios brasileiros, apesar deste programa não fazer parte diretamente da despesa dos municípios com CBAF.

Com a criação do SUS a reorganização da atenção básica no Brasil, se deu a partir de estratégias de expansão, qualificação e mecanismos de financiamento. Sua importância estratégica no sistema de saúde está relacionada com diversas áreas programáticas do Ministério da Saúde, dentre elas a assistência farmacêutica. Nesse sentido, apesar de serem dois blocos de financiamento diferentes, assistência farmacêutica e atenção básica, dentro do que preconizava a portaria nº 204/2007, o CBAF está interrelacionado a ambos, ao primeiro por fazer parte diretamente como um dos três componentes que a compõe dentro da área farmacêutica, e ao segundo pelos serviços, infraestrutura e medicamentos serem ofertados no nível básico de saúde (SOUSA e MENDONÇA, 2014; LINS, MENEZES e CIRÍACO, 2020)

No caminho da consolidação do SUS, dos seus princípios e diretrizes, as esferas federal, estadual e municipal, tem estabelecido esforços no sentido de melhorar o modelo assistencial da saúde e as políticas e programas que compõe a atenção básica. No entanto, que tange ao governo federal, a destinação de recursos para o bloco de Média e Alta Complexidade (MAC) ainda consome a maior parte dos recursos financeiros, devido

entre outros fatores, ao seu inerente alto custo tecnológico e econômico, seguido pela própria atenção básica e depois pelos demais componentes, assistência farmacêutica, vigilância a saúde e gestão do SUS (MENDES e MARQUES, 2014; PIOLA, 2017; LINS, MENEZES e CIRÍACO, 2020).

No que tange ao bloco da assistência farmacêutica, Vieira (2018) mostra que entre os componentes do bloco – Básico, Estratégico e Especializado, a evolução do financiamento ocorre de forma diferente. Segundo a autora, enquanto as transferências da União aos municípios para o componente Básico reduziram, os outros dois componentes, aumentaram entre 2010 e 2016. Os recursos federais para o componente Estratégico aumentaram em 53% e o Especializado em 35% de 2010 a 2016. Esse maior crescimento percentual e de volume financeiro em relação ao componente básico, se explica por serem dois componentes que envolvem medicamentos com um custo maior, serviços mais especializados e com protocolos clínicos bem definidos e, além disso, uma parte robusta desse volume financeiro é utilizado para custear os medicamentos via demanda judicial, que em 2016 atingiu as cifras de R\$ 1,3 bilhão, especialmente os referentes ao componente especializado (BOING *et al.*, 2013; VIEIRA, 2018, ROVER *et al.*, 2021).

Estudos que analisam a assistência farmacêutica em outros países, ainda que ela não se organize como a brasileira em termos de componentes, mostram que, por exemplo, o valor de aquisição financeira de medicamentos para o sistema de saúde no Brasil, geral e *per capita*, está muito abaixo do valor disponibilizado pelos países considerados desenvolvidos. A maioria dos países tem adotado na última década políticas de saúde e econômicas para assegurar o acesso aos medicamentos numa época de maior rigidez orçamentária. A inquietação com as despesas de medicamentos é uma realidade de países no mundo todo, porém, por um lado, enquanto nos países desenvolvidos o desafio se dá em manter o amplo acesso aos medicamentos, num contexto de aumento crescente dos preços, especialmente os de alto custo, por outro, nos países subdesenvolvidos a maior dificuldade consiste na garantia do acesso aos medicamentos essenciais, ou seja, àqueles relacionados a atenção primária a saúde (BERMUDEZ *et al.*, 2016; VIEIRA, 2018; VIEIRA, 2022; OCDE, 2022).

Assim, a assistência farmacêutica ganhou maior protagonismo dentro do mecanismo de financiamento do SUS depois do estabelecimento das novas diretrizes financeiras pelo Pacto de Gestão em 2006 e da portaria nº 204 de 2007, que regulamentou

o financiamento e a transferência dos recursos federais, ambas com o intuito de superar a grande fragmentação nas formas de repasse vigentes até 2006, permitindo aos gestores municipais maior autonomia na aplicação dos recursos recebidos e visando, no caso da assistência farmacêutica básica, garantir a população um maior acesso aos medicamentos e serviços farmacêuticos essenciais (OLIVEIRA, ASSIS e BARBONI, 2010; JACCOUD e MENESES, 2020)

Além disso, o mecanismo de financiamento do SUS instituído a partir de 2006, estabelecendo formas pactuadas de financiamento para os componentes da assistência farmacêutica, foi essencial para a consolidação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e seu caráter amplo, de racionalidade das etapas do ciclo da assistência farmacêutica e com ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2004; FALEIROS *et al.*, 2017)

A mudança no mecanismo de financiamento do SUS a partir de 2018 com a publicação da portaria nº 3.992 de 2017 (BRASIL, 2017b), a forma do financiamento por blocos como preconizava a portaria nº 204 de 2007 deixa de existir, passando para apenas dois blocos, de custeio e de investimento. Por um lado, segundo Pereira e colaboradores (2019) a inovação desse novo mecanismo instituído está na possibilidade de flexibilizar o fluxo financeiro da gestão pública do SUS, permitindo aos gestores municipais maior autonomia no manejo dos recursos recebidos do governo federal.

Por outro, para Mendes, Carnut e Guerra (2018), a portaria nº 3.992/2017 apenas agregou os antigos blocos, com o intuito de facilitar para os gestores a alocação de recursos, sem estabelecer como principal critério a necessidade de saúde, ou seja, a nova portaria não acompanha a modificação dos critérios de divisão dos recursos federais a estados e municípios, como determina a LC nº 141 de 2012 (BRASIL, 2012). Portanto, recomenda-se estudos futuros para avaliar a evolução do financiamento da assistência farmacêutica básica a médio e longo prazo, dentro desse novo mecanismo de financiamento.

Referências

ALMEIDA, A. T. C.; SÁ, E. B.; VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 53, n. 20, 2019.

ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; ARAÚJO, V. E.; ALMEIDA, A. M.; DIAS, C. Z.; OLIVEIRA, B. A.; COSTA, E. A.; GUIBU, I. A.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; COSTA, K. S.; ACURCIO, F. A. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2:20s, 2017

BELLONI, A. D.; MORGAN D.; PARIS, V. Pharmaceutical Expenditure And Policies: Past Trends And Future Challenges. **OECD, Health Working Papers**, n. 87, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en>>. Acesso em: 21/07/2022.

BERMUDEZ, J. A. Z.; ESHER, A.; OSORIO-de-CASTRO, C. G. S.; VASCONCELOS, D. M. M.; CHAVES, G. C.; OLIVEIRA, M. A.; SILVA, R. M.; LUIZA, V. L. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2018.

BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; CHAVES, G. C. Novos medicamentos: quem poderá pagar? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2, 2016.

BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, cap. 21. p. 761-793. 2008

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; BOING, A. F.; BASTOS, J. LUIZ.; PERES, K. G. 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, 2013.

BRASIL. **Assistência Farmacêutica no SUS**. A Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília, 2011. Versão atualizada, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/Erick/Downloads/L07_Assis-Farmacêutica-no-SUS_jun2015.pdf>. Acesso em: 15/02/2020.

BRASIL. **Cartilha de orientação SIOPS 2022**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Brasília, 213p. 2023. Disponível em:http://bvsmms.saúde.gov.br/bvsm/publicacoes/cartilha_orientacao_siops.pdf. Acesso em: 20/07/23.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, Presidência da República, 2012. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acessado em: 20/04/2023.

BRASIL. **Lei nº 10.742 de 6 de outubro de 2003**. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Brasília, Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.742.htm>. Acessado em: 10/04/2021.

BRASIL. **Portaria GM nº 2.982, de 26 de novembro de 2009.** Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Diário Oficial da União, 30 nov. 2009.

BRASIL. **Portaria n 3.916 de 30 de outubro de 1998.** Política Nacional de Medicamentos, Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acessado em: 27/10/2022.

BRASIL. **Portaria n 3.992, de 28 de dezembro de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acessado em: 29/05/2023.

BRASIL. **Portaria nº 1.105 de 05 de julho 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 nesse nível de atenção à saúde. Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: <https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-1105-2005_193076.html>. Acesso em: 21/05/2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013.** Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 31 jul. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acessado em: 22/09/2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007.** Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Diário Oficial da União, 26 dez. 2007b.

BRASIL. **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, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acessado em: 12/03/2023.

BRASIL. **Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010.** Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, 29 dez. 2010.

BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**, Rename. Ministério da Saúde. 211p. 2017a. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf>. Acesso em: 15/02/2020.

BRASIL. **Resolução n 338, de 6 de maio de 2004**. Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Conselho Nacional de Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acessado em: 27/10/2022.

COSTA, E. A.; ARAÚJO, P. S.; PENAFORTE, T. R.; BARRETO, J. L.; JUNIOR, A. A. G.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ALVARES, J.; COSTA, K. S. KARNIKOWSKI, G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. L. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 51, supl. 2:5s, 2017b.

COSTA, K. S.; TAVARES, N. U. L.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M.; MENGUE, S. S.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; SOEIRO, O. M. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 51, supl 2:3s, 2017a.

CUNHA, R. C. O. Gastos governamentais com medicamentos nos municípios brasileiros no período de 2009 a 2012. **Dissertação (Mestrado)** – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

FALEIROS, D. R.; ACURCIO, F. A.; ÁLVARES, J.; NASCIMENTO, R. C. R. M.; COSTA, E. A.; GUIBU, I. A.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; COSTA, K. S.; JUNIOR, A. A. G. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2:14s, 2017.

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

JACCOUD, L.; MENESES, A. **Coordenação e relações intergovernamentais no SUS – o Pacto pela Saúde e o seu legado**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA, 28p. 2020.

LINS, J. G. M. G.; MENEZES, T. A.; CIRÍACO, J. S. O SUS e a atenção primária no Brasil: uma análise sobre o seu financiamento pelo piso da atenção básica fixo. **Planejamento e políticas públicas**, n. 55, 2020.

MACHADO, R. M. C.; MACHADO, J. A. **Coordenação e cooperação para a provisão da assistência farmacêutica básica nos estados brasileiros**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA, 31p. 2023infla.

MENDES, Á., MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, 2014.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, 2018.

MIRANDA, S.; SANTOS, K.; NATIVIDADE, M.; BERTOLDO, J.; DE ARAÚJO, M. V.; DE SOUZA, L.; DE ARAGÃO, E. Effect of the 'there's a people's pharmacy here' programme on hypertension and diabetes-related mortality. **Population Medicine**, v. 5, p. 280-281, 2023.

OECD. Pharmaceutical expenditure. In: **Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle**. OECD Publishing, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1787/53388b3d-en>>. Acesso em: 21/07/2022.

OLIEVIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 3, 2010.

OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; TAVARES, N. U. L.; MENGUE, S. S.; ARRAIS, P. S. D.; FARIAS, M. R.; PIZZOL, T. S. D.; RAMOS, L. R.; BERTOLDI, A. D. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Revista de Saúde Pública**. v. 50, supl. 2, 2016.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 2007. 112 p.

OSTROSKI, S. S. D. **Orçamento público**. 2. ed. – Florianópolis: publicações do IF-SC, 128 p. 2010.

PEREIRA, B. L. S.; OLIVEIRA JÚNIOR, A. C. R.; FALEIROS, D. R. Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 58, 2019.

PEREIRA, M. A. **Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal**. 2013. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

PINTO, R. S.; CASTRO, M. S. Caminhos da assistência farmacêutica na atenção básica: o desafio da garantia do acesso e do uso racional de medicamentos. **Revista Saúde em Redes**, v. 8, n. 2, 2022.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, distrito federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da lei complementar nº 141/2012**. Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 50p. 2017.

PONTES, M. A.; TAVARES, N. U. L.; FRANCISCO, P. M. S. B.; NAVES, J. O. S. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, 2017.

ROVER, M. R. M.; FARACO, E. B.; VARGAS-PELÁEZ, C. M.; COLUSSI, C. F.; STORPIRTIS, S.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. Acesso a medicamentos de alto preço: desigualdades na organização e resultados entre estados brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 11, 2021.

SANTOS-PINTO, C. B.; COSTA, N. R.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, 2011.

SILVA, R. M. S.; CAETANO, R. Gastos com pagamentos no Programa Aqui Tem Farmácia Popular: evolução entre 2006-2014. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, 2018.

SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A. V. M. Atenção Básica à saúde no SUS: uma herança com testamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 330-331, 2014.

VIEIRA, F. S. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 46p. 2018.

VIEIRA, F. S. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, 2009.

VIEIRA, F. S. **Modelos de organização da assistência farmacêutica na atenção laboratorial: uma análise comparada**. Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 74p. 2022.

VIEIRA, F. S.; MARQUES, D. C.; JEREMIAS, S. A. Assistência Farmacêutica no SUS. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L.; CASTILHO, S. R.; OLIVEIRA, M. A.; JARAMILHO, N. M. **Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Editora Fiocruz. Cap. 2, p. 39-51, 2014.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.1, 2013.

Artigo 3

Os reflexos da crise econômica de 2015 nas receitas e despesas do Componente Básico da Assistência Farmacêutica a nível municipal, 2009 a 2017.

Resumo

Uma crise econômica configura-se como um momento de escassez diante de uma estagnação econômica e isso se reflete em vários indicadores socioeconômicos, inclusive da área da saúde. A recente crise econômica brasileira se inicia em 2014 como consequência do cenário internacional e de outros fatores econômicos internos. A restrição orçamentária na saúde afeta a capacidade de resposta dos serviços e isso pode aumentar o impacto negativo da crise sobre a situação de saúde. A área da assistência farmacêutica, especialmente as despesas com medicamentos no SUS, nas três esferas de governo, tiveram reflexos de restrição orçamentária como reflexo da crise econômica e da opção pela austeridade fiscal como resposta à crise. O objetivo do presente estudo é compreender os efeitos da crise de 2014 e da austeridade sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no SUS a nível municipal. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa, no período de 2009 a 2017, tendo como unidade de análise os municípios brasileiros. Foram selecionados municípios que declararam ao SIOPS suas receitas próprias e as transferidas pela União e pelo estado, bem como suas despesas com o CBAF. Foram utilizados dados populacionais do IBGE, e calculada a variação média anual *per capita*, considerando dois períodos: pré-crise (2009-2014) e crise (2014-2017). Durante a crise, a variação média anual das receitas e despesas *per capita* diminuiu em relação ao período pré-crise. A receita do município *per capita* transferida pela União teve uma variação média anual de 0,44% no período pré-crise, caindo para -2,95% no período da crise. A variação média anual da parcela transferida pelos estados passou de -3,97% para -9,09% após a crise. As receitas próprias dos municípios, embora representem o maior valor *per capita*, também apresentaram uma tendência de queda com uma variação média anual de -1,78% durante o período de crise. A despesa *per capita* dos municípios com o CBAF, que era praticamente constante no período pré-crise, apresentou queda anual média de -3,85% a partir de 2014. No período da crise, a região Norte teve o maior crescimento médio anual de receitas estaduais transferidas aos municípios. Em relação às receitas da União transferidas aos municípios, todas as regiões tiveram redução durante a crise, com destaque para o Sudeste e o Nordeste. Os achados desse estudo corroboram os de vários outros, nacionais e internacionais, que mostram que as recessões econômicas e as políticas de austeridade têm efeitos negativos no financiamento público da saúde, incluindo o setor farmacêutico, comprometendo o exercício do direito à saúde. Esse acúmulo de achados permite afirmar que a associação entre crise, austeridade e restrição do acesso a medicamentos e, assim, do direito à saúde é uma evidência científica que deveria ser levada em conta pelos formuladores de políticas.

Palavras-chave: Crise econômica. Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Financiamento.

Abstract

Economic crisis is configured as a moment of scarcity in the face of economic stagnation and this is reflected in several socioeconomic indicators, including in the health area. The recent Brazilian economic crisis began in 2014 as a result of the international scenario and other internal economic factors. The budget constraint in health affects the responsiveness of services and this can increase the negative impact of the crisis on the health situation. The area of pharmaceutical assistance, especially expenses with medicines in the SUS, in the three spheres of government, had budget constraints as a reflection of the economic crisis and the option for fiscal austerity as a response to the crisis. The aim of this study is to discuss the effects of the 2014 crisis and austerity on the financing of the Basic Component of Pharmaceutical Assistance in the SUS at the municipal level. This is a retrospective, descriptive study, with a quantitative approach, from 2009 to 2017, with Brazilian municipalities as the unit of analysis. Municipalities that declared their own revenues and those transferred by the federal and state governments to SIOPS, as well as their expenses with the CBAF, were selected. Population data from the IBGE were used, and the average annual variation *per capita* was calculated, considering two periods: pre-crisis (2009-2014) and crisis (2014-2017). During the crisis, the average annual change in *per capita* income and expenditure decreased in relation to the pre-crisis period. The *per capita* municipal revenue transferred by the federal government had an average annual variation of 0.44% in the pre-crisis period, falling to -2.95% in the crisis period. The average annual variation of the portion transferred by the states went from -3.97% to -9.09% after the crisis. The municipalities' own revenues, although representing the highest *per capita* value, also showed a downward trend with an average annual variation of -1.78% during the crisis period. The *per capita* expenditure of municipalities with the CBAF, which was practically constant in the pre-crisis period, presented an average annual decrease of -3.85% from 2014. During the crisis period, the North region had the highest average annual growth of state revenues transferred to municipalities. Regarding federal revenues transferred to municipalities, all regions had a reduction during the crisis, with emphasis on the Southeast and Northeast. The findings of this study corroborate those of several others, national and international, which show that economic recessions and austerity policies have negative effects on public health financing, including the pharmaceutical sector, compromising the exercise of the right to health. This accumulation of findings allows us to state that the association between crisis, austerity and restriction of access to medication and, therefore, the right to health is scientific evidence that should be taken into account by policy makers.

Keywords: Economic crisis. Basic Component of Pharmaceutical Assistance. Financing.

Introdução

Uma crise econômica pode ser entendida, num sistema capitalista, como uma cessação do movimento de acúmulo de capital. Em um momento de escassez diante de uma recessão econômica, a produção declina, o desemprego aumenta, a renda familiar diminui e tudo isso se reflete em vários indicadores socioeconômicos, inclusive da área da saúde (O'CONNOR, 1988; PALUDETO, 2012).

A crise representa a incapacidade de continuar o movimento de expansão econômica, que usualmente se reflete no crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e no aumento da renda real das pessoas (ANTUNES, 2011). As crises econômicas podem ser caracterizadas como recessão ou depressão econômica. Segundo Haw e colaboradores (2015), uma recessão econômica é um período de declínio na economia definido como duas quedas trimestrais sucessivas do PIB. Uma depressão econômica, por sua vez, é consequência da recessão e acontece quando a queda trimestral do PIB é superior a 10%, sendo assim, a depressão é uma crise mais profunda.

Segundo alguns autores, a grande crise econômica internacional de 2008 foi a mais longa desde a Segunda Guerra Mundial. Entre 2008 e 2010, a maior parte do mundo capitalista experimentou uma recessão econômica grave. Muitos países tiveram aumentos significativos no desemprego, na falta de moradia, na piora dos indicadores sociais, acompanhados, em muitos deles, de maior instabilidade política (PALUDETO, 2012; KONDILIS *et al.*, 2013).

A vasta literatura internacional sobre o impacto das crises econômicas na saúde, especialmente nos países europeus após a crise de 2008, traz elementos importantes que demonstram que as recessões econômicas têm grande impacto negativo na saúde das pessoas. Na União Europeia, observou-se, por exemplo, um aumento considerável do número de pessoas que não tiveram suas necessidades médicas atendidas devido à crise e à austeridade fiscal adotada para enfrentá-la (REEVES, McKEE e STUCKLER, 2015; STUCKLER e BASU, 2013).

Stuckler e colaboradores (2009) demonstram a existência de uma associação forte entre desemprego e suicídio. Ao analisarem os indicadores de 26 países europeus, chegaram à conclusão que à medida que o desemprego aumentou, os casos de suicídio também aumentaram. O caso da Grécia foi apontado como o grande exemplo dos danos causados à saúde das pessoas em decorrência da crise, com colapso no sistema de saúde,

fechamento de centros de atendimento e piora expressiva na saúde mental da população grega com um aumento de 20% na taxa de suicídio entre 2007-2009. (KENTIKELINIS, 2015; KARANIKOLOS E KENTIKELINIS, 2016).

O Brasil não foi gravemente afetado de forma imediata pela grande crise internacional de 2008. Somente em 2014, inicia-se a crise no Brasil como consequência do cenário internacional restritivo, com a desaceleração da economia chinesa, e das opções de políticas econômicas adotadas entre 2011 e 2012, resultando em quedas sucessivas do PIB, grave recessão, inflação elevada, aumento do desemprego, dívida elevada, entre outros aspectos (BARBOSA FILHO, 2017; OREIRO, 2017).

As causas dessa recessão estão ligadas a um conjunto de choques de oferta e demanda que atingiram a economia brasileira. Um deles relacionado à chamada “Nova Matriz Econômica”, adotada a partir de 2011, que recomendava forte intervenção governamental na economia, combinando redução da taxa de juros, elevação de gastos, concessões de subsídios, entre outros, o que adiou, mas não evitou que o país sentisse a crise mundial de 2008. O outro fator foi a desaceleração da economia chinesa e a queda no preço das commodities, que diminuiriam consideravelmente o valor das exportações brasileiras após 2012. Este cenário levou o governo federal a adotar medidas de corte e contenção de gastos públicos, principalmente nas áreas sociais, como previdência, educação e saúde (BARBOSA FILHO, 2017).

No intuito de reverter a crise econômica estabelecida no Brasil a partir de 2014, o governo Temer que sucedeu o impeachment da presidente Dilma Rousseff, propôs e o Congresso Nacional aprovou, em dezembro de 2016, a Emenda Constitucional 95 (EC-95). Chamada de “novo regime fiscal” (BRASIL, 2016), a EC-95 congelou todos os gastos governamentais, exceto o serviço da dívida, por vinte anos. A emenda visava reverter uma trajetória de crescimento real do gasto público, ainda que levando ao retrocesso das conquistas sociais. A EC-95 foi a principal medida de austeridade fiscal já implantada no Brasil e parte da premissa de que a raiz do problema fiscal do governo federal está no crescimento da despesa pública primária (saúde, educação, previdência, assistência social, cultura, etc.), sendo necessário, portanto, estabilizá-la para conter o avanço da dívida pública (VIEIRA e BENEVIDES, 2016; PAIVA *et al.*, 2016).

Esse novo regime fiscal, de acordo com Mendes (2016), foi a expressão mais recente do caráter do capitalismo contemporâneo. Estudos tanto da área econômica quanto da saúde mostraram que as políticas adotadas após a crise de 2014 poderiam ter

um impacto negativo no financiamento e na garantia do direito à saúde no Brasil, reduzindo o acesso e a qualidade dos bens e serviços prestados à população brasileira ao longo desse período, considerando, inclusive, que a população crescerá e envelhecerá de forma acelerada. Assim, o número de idosos terá dobrado em vinte anos, o que ampliará a demanda e os custos do SUS. Ademais, como o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, a redução do gasto com saúde e com políticas sociais, de uma forma geral, afetará os grupos sociais mais vulneráveis, contribuindo para o aumento das desigualdades sociais e para a não efetivação do direito à saúde no país (VIEIRA e BENEVIDES, 2016; PAIVA *et al.*, 2016; COSTA, 2017).

Partindo-se de estudos internacionais publicados, em relação ao sistema de saúde, verificou-se que o corte no orçamento da saúde afeta a capacidade de resposta dos serviços, o que aumenta o impacto negativo da crise sobre a situação de saúde (KENTIKELIS, 2015; KARANIKOLOS e KENTIKELIS, 2016; REEVES, McKEE e STUCKLER, 2015; STUCKLER e BASU, 2013; STUCKLER *et al.* (2009). Nesse contexto, no Brasil, alguns estudos têm evidenciado as relações e impactos da crise econômica e das políticas de austeridade fiscal no SUS.

No estado do Rio de Janeiro, diante da crise econômica, o posicionamento da gestão local foi de reduzir o número de equipes de saúde da família. Na saúde bucal, foi evidenciado que o repasse federal se manteve estável de 2010 a 2018, no entanto, no período da crise houve uma redução da cobertura das primeiras consultas odontológicas na atenção básica. Outro estudo revelou ainda que, no período da crise brasileira, houve redução de recursos federais nas redes regionais de atenção, aumento das ações judiciais e mudanças nas diretrizes de regionalização do SUS, mostrando que a resposta à crise pelo governo federal fragilizou a governança regional federativa do SUS. No que tange à área farmacêutica, os gastos no setor público têm variado ao longo dos anos. As despesas com medicamentos no SUS, nas três esferas de governo, aumentaram em torno de 40% entre 2010 e 2015. No entanto, decresceram 7% no ano de 2016 como possíveis reflexos da crise econômica (VIEIRA, 2018; MELO, MAGALHÃES e TEIXEIRA, 2019; ROSSI *et al.*, 2019; PADILHA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, é importante trazer à luz estudos que mostrem os possíveis efeitos da grave crise econômica brasileira e das políticas de austeridade sobre o financiamento da assistência farmacêutica, especialmente sobre os componentes que a estruturam. Assim, o objetivo do presente estudo é, exatamente, compreender os possíveis reflexos

da crise iniciada em 2014 e acentuada em 2015 e da austeridade fiscal sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no SUS a nível municipal, analisando os repasses financeiros da União e dos estados para os municípios, bem como as despesas municipais com este componente.

Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa sobre os efeitos da crise econômica e da austeridade fiscal no financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), no período de 2009 a 2017, tendo como unidade de análise os municípios brasileiros.

Alguns estudos, especialmente da literatura econômica, consideram como período da crise brasileira os anos de 2014 a 2016, outros até 2017 e, que o Brasil entrou em recessão no segundo trimestre de 2014 e seus efeitos foram sentidos de forma mais aguda em 2015 e 2016. Nesse sentido, este estudo considerou o ano de 2014 como o ano de transição entre o que se considera um período pré-crise (2009-2014) e o período de crise (2014-2017) (BARSOSA FILHO, 2017; OREIRO, 2017; DWECK e TEIXEIRA, 2017; COSTA *et al.*, 2022).

Os dados sobre os montantes financeiros municipais referentes às receitas e despesas do CBAF foram oriundos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), tendo sido fornecidos consolidados pela Coordenação do SIOPS, sob gestão do Ministério da Saúde, em planilhas por município/ano, a partir da pasta *por unidade executora*. No entanto, as mesmas informações estão disponíveis e de acesso ao público no sítio: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>, através do seguinte percurso: (a) → Demonstrativos e dados informados (b) → Dados informados (c) → Municípios (d) → Consulta por unidade executora (e) → Execução financeira por bloco (f) → Receitas e despesas por bloco de financiamento do SUS (g) → Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

A escolha por analisar especificamente o CBAF se justifica pela importância estratégica deste componente para o SUS e pela disponibilidade de informações no SIOPS. Esse sistema, além de permitir obter as informações por município, é o principal sistema de informação relacionado aos recursos públicos em saúde, sendo uma ferramenta de gestão fundamental de acompanhamento das receitas e despesas no SUS.

As informações contidas no SIOPS são de natureza declaratória, alimentados pela União, estados e municípios e buscam manter as informações contábeis declaradas em conformidade. O SIOPS reflete a responsabilidade do gestor declarante pela fidedignidade dos dados, disponibilizando informações essenciais para o monitoramento e a avaliação da aplicação de recursos em saúde (BRASIL, 2022).

O período de análise considerou a vigência dos blocos de financiamento do SUS na forma instituída pelo Pacto de Gestão em 2006, dentre eles o bloco de financiamento da assistência farmacêutica. Regulamentados pela portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007, os blocos de financiamento do SUS vigoraram até 2017, quanto a portaria nº 204/2017 foi substituída pela de nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017, que estabelece apenas dois blocos de financiamento: custeio e investimento (BRASIL, 2006; 2007; 2017).

Para este estudo, foram selecionados os municípios que declararam ao SIOPS informações de receitas transferidas pela União, transferidas pelo estado, suas receitas próprias e suas despesas com o CBAF, no período selecionado. Os anos de 2007 a 2008, que são os anos iniciais da regulamentação do financiamento pela portaria nº 204/2007, foram excluídos, pois não foi registrada nenhuma informação dos municípios referentes às suas receitas próprias do CBAF. Assim, foram selecionados os seguintes números de municípios entre 2009 e 2017: 242 (2009), 246 (2010), 269 (2011), 273 (2012), 354 (2013), 377 (2014), 395 (2015), 438 (2016) e 452 (2017).

A natureza da despesa utilizada foi a fase de execução paga, que se refere à declaração da despesa paga pelo ente público ao prestador do bem ou serviço, ou seja, ocorre quando se efetiva o pagamento de determinado valor ao vendedor ou prestador de serviço contratado. Vale lembrar que o conceito de gasto e despesa no setor público são utilizados como sinônimos, pois a administração pública não tem como finalidade principal a obtenção de receitas através da oferta de bens e serviços, assim a despesa pode ser entendida como a utilização de recursos pelo ente da Federação para custear bens, serviços, investimentos ou outras ações em prol da sociedade (OSTROSKI, 2010; VIEIRA, 2018).

Em relação às receitas alocadas no CBAF dos municípios, cujos montantes foram obtidos no SIOPS, é importante dizer que se referem às receitas transferidas fundo a fundo pela União e pelos estados aos municípios, às receitas próprias dos municípios e às receitas totais dos municípios disponíveis para o CBAF. As receitas de outras fontes de

financiamento, que representam uma pequena parcela, foram obtidas pela subtração da receita total pelas receitas próprias e transferidas pela União e pelos estados. As outras fontes incluem as receitas transferidas por outros municípios, por outras transferências ou saldo financeiro do ano anterior, de acordo com o SIOPS.

Foram utilizados dados populacionais dos municípios, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para obter os valores financeiros *per capita*, para cada ano, a partir da divisão entre o montante de recursos para receitas e despesas dos municípios, pela população estimada ano a ano. Os municípios, ainda, foram agregados por regiões brasileiras a fim de identificar as diferenças regionais *per capita* entre os municípios selecionados em relação ao financiamento do CBAF no período pré-crise e de crise.

Foi calculada a média anual *per capita* referente às receitas alocadas ao CBAF, para todas as fontes de receitas, União, estados e municípios, e à despesa municipal com o CBAF, com seus respectivos desvios padrão e coeficiente de variação, considerando intervalo de confiança de 95%. Posteriormente, foi estimada a variação média anual dos valores financeiros *per capita*, considerando dois períodos, pré-crise (2009-2014) e crise (2014-2017).

Todos os valores financeiros foram atualizados para valores reais, ou seja, foram deflacionados, ano base 2017, pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo IBGE, eliminando, assim, os efeitos da inflação. A escolha pelo IPCA ocorreu por este ser o índice utilizado para fins de ajuste e definição de normas para regulação do setor farmacêutico, previsto na Lei nº 10.742 de 2003 (BRASIL, 2003).

Resultados

De acordo com os dados do SIOPS por unidade executora, para os municípios selecionados, o volume de recursos repassado pela União para financiar o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) aumentou ao longo dos anos do período pré-crise, passando de R\$ 78.428.482,49, em 2009, para R\$ 89.393.694,65 em 2014, um aumento cerca de 14%. No período da crise econômica, esse volume chegou em 2017 ao total de R\$ 109.835.545,73, um aumento cerca de 23% em relação a 2014.

No caso das transferências estaduais, o volume de recursos repassado pelos estados aos municípios selecionados para financiar o CBAF, saiu de R\$ 36.860.404,80

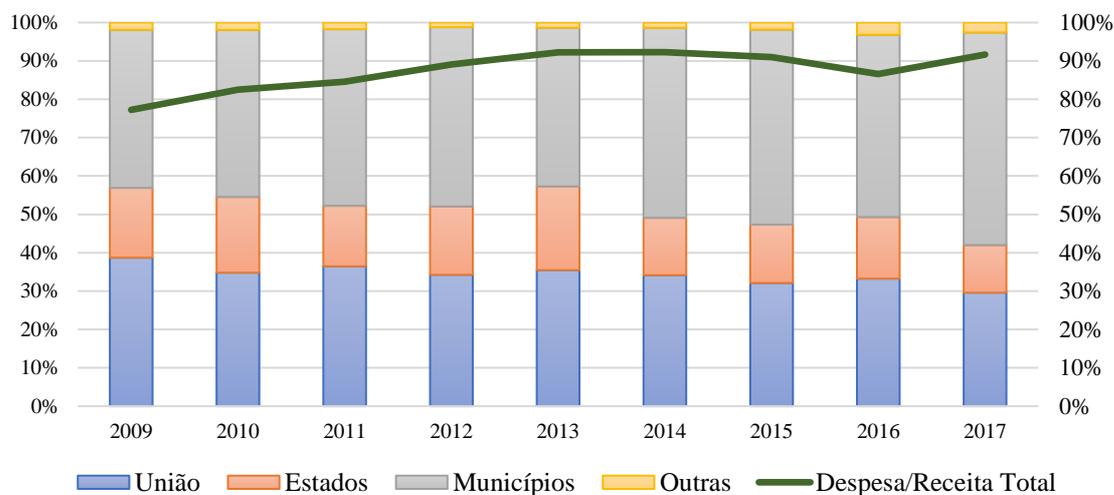
em 2009, para R\$ 39.128.674,57 em 2014, chegando a R\$ 46.025.266,05 em 2017, representando um aumento de 6,15% de 2009 para 2014 e deste para 2017, um aumento de 17,63%. No que tange aos recursos próprios dos municípios, os montantes totais disponibilizados para financiar o CBAF, foram de R\$ 83.395.824,51, R\$ 129.554.419,74 e R\$ 205.452.971,21, em 2009, 2014 e 2017, respectivamente, um aumento de 55,34% de 2009 em relação a 2014 e deste para 2017, um aumento de 58,58%.

Quando verificada a participação de cada ente da Federação no volume da receita total dos municípios alocada no CBAF, percebeu-se que, em relação aos repasses da União e dos estados aos municípios, esses tiveram uma queda no período da crise econômica, de acordo com os municípios selecionados no SIOPS quanto a execução financeira por bloco. Enquanto, em 2014, cerca de 34% das receitas totais dos municípios foram oriundas das transferências fundo a fundo da União, em 2017 esse percentual caiu para 29,6%. Quanto aos estados, em 2014, os repasses somavam 15% do total da receita, passando para 12,4% em 2017. Em contrapartida, as receitas próprias dos municípios passaram a compor as receitas totais em proporções mais significativas, independentemente do período. Em 2009, era de 41,1%; em 2014 passou a 49,5%; e em 2017 chegou a 55,4%. A mesma relação, de aumento ano a ano, pode ser visualizada para as outras receitas, que no montante total têm menor proporção (figura 1).

Em relação ao volume absoluto das despesas, verificou-se um aumento nos dois períodos, pré-crise e de crise. Em 2009, a despesa paga pelos municípios selecionados foi da ordem de R\$ 156.465.140,60; em 2014 passou a R\$ 241.476.898,20; e em 2017 atingiu R\$ 339.870.293,63. No entanto, apesar desse aumento, as receitas não foram gastas em sua totalidade. Em 2009, apenas 77,2% das receitas disponíveis se transformaram em despesas. Em 2014, essa proporção chegou a 92,3%, mas, em 2017, diminuiu para cerca de 91%. Com destaque para o período entre 2014 a 2016, que teve uma diminuição mais acentuada, atingindo em 2016, 86,5% na relação entre despesa e receita total (figura 1).

Assim, no período pré-crise econômica, os municípios estavam gastando mais com o CBAF de acordo com o montante total que tinham disponíveis nas suas receitas, enquanto no período de crise, passaram a gastar menos em relação à disponibilidade total de recursos.

Figura 1. Composição das receitas totais dos municípios por entes da Federação e relação da despesa com a receita total dos municípios brasileiros, para o CBAF, 2009 a 2017.



Elaboração própria. Fonte: SIOPS.

A tabela 1 apresenta as receitas *per capita*, transferidas aos municípios para aplicação no CBAF, e a despesa *per capita*, no período pré-crise (2009-2014) e no de crise econômica (2014-2017). A receita da União para financiar o CBAF *per capita*, segundo dados de execução financeira por bloco no SIOPS, apresentou uma variação média anual de 0,44% no período pré-crise e a partir da crise, o repasse da federal teve uma variação média anual de -2,95%, representando assim, uma queda no valor médio *per capita* transferido aos municípios no período da crise em relação ao período pré-crise.

A parcela transferida pelos estados no período de 2009-2014 teve uma variação média anual de -3,97%, passando no período seguinte (2014-2017) para -9,09%, ou seja, uma queda ainda mais acentuada a partir da crise. As receitas próprias dos municípios, apesar de representarem o maior valor *per capita*, R\$ 14,23, R\$ 13,70 e R\$ 14,10, para os anos de 2009, 2014 e 2017, respectivamente, tiveram uma tendência de queda no período de crise, com uma variação média anual de -1,78%, quando no período pré-crise, a variação média anual foi de -0,48% (tabela 1).

Tabela 1. Despesa e Receitas transferidas da União e estados aos municípios, receitas próprias dos municípios e outras receitas, para o CBAF, dos municípios, declaradas ao SIOPS, e a variação média anual pré-crise e crise econômica, *per capita*, 2009, 2014 e 2017.

Variáveis	Pré-crise		Crise		Variação média anual			
	2009	2014	2017	2009-2014	2014-2017			
	Média (R\$)	DP/CV*	Média (R\$)	DP/CV*	Média (R\$)	DP/CV*	%	
Receitas municipais CBAF <i>per capita</i>								
Transferida da União	6,36	0,55/0,87	6,29	1,54/0,24	5,43	2,4/0,44	0,44	-2,95
Transferida dos Estados	3,68	3,04/0,82	2,57	4,01/1,56	2,65	2,51/0,94	-3,97	-9,09
Próprias do Município	14,23	22,3/1,57	13,7	19,2/1,40	14,1	19,0/1,35	-0,48	-1,78
Outras	0,14	0,43/3,21	0,22	0,50/2,26	0,16	0,36/2,25	14,42	1,08
Total	24,41	23,1/0,94	22,78	20,3/0,89	22,34	19,6/0,87	-1,04	-3,61
Despesa municipal CBAF <i>per capita</i>								
	22,4	23,4/1,04	21,96	19,3/0,87	21,12	1,5/0,92	-0,20	-3,85
Participação dos entes da Federação na Receita total								
	%		%		%			
União	26,05	-	27,61	-	24,31	-	-	-
Estados	15,08	-	11,28	-	11,86	-	-	-
Município	58,30	-	60,14	-	63,12	-	-	-
Outras	0,57	-	0,97	-	0,72	-	-	-
Participação dos entes da Federação na Despesa								
	%		%		%			
União	28,39	-	28,64	-	25,71	-	-	-
Estados	16,43	-	11,70	-	12,55	-	-	-
Município	63,53	-	62,39	-	66,76	-	-	-
Outras	0,63	-	1,00	-	0,76	-	-	-
n	242		377		452		-	

Elaboração própria. Fonte: SIOPS e IBGE

*DP: Desvio Padrão; CV: Coeficiente de Variação

Outras receitas se referem a receitas transferidas por outros municípios, por outras transferências ou saldo financeiro do ano anterior, de acordo com o SIOPS. Variação média anual foi calculada a partir da variação *per capita* ano a ano.

Em relação a despesa *per capita* dos municípios com o CBAF, apresentou uma taxa média anual de -0,20% no período pré-crise econômica, ou seja, praticamente constante, e no período a partir da crise econômica uma tendência de queda de -3,85% (tabela 1).

Ainda na tabela 1, observa-se que a participação da União, em termos *per capita*, no financiamento do CBAF, foi reduzida no período de crise, de acordo com os dados do SIOPS. De fato, no período pré-crise, a União tinha uma participação maior, tanto em relação às receitas totais, quanto em relação à despesa. Nas receitas, a participação da União passou de 26,05%, em 2009, a 27,61% em 2014, reduzindo-se a 24,31% em 2017. Na despesa, aumentou de 28,39% em 2009 para 28,64% em 2014, mas diminuiu para a 25,71% em 2017. A parcela dos estados se manteve praticamente constante no período

de crise em relação às receitas totais e teve um pequeno aumento no período de crise em relação à despesa, enquanto as receitas próprias dos municípios mantiveram, em média, em cerca de 60% da despesa e das receitas totais, aumentando, em ambas, sua participação *per capita* no período de crise.

A tabela 2 mostra a variação anual média das receitas e despesas, *per capita*, do CBAF para os municípios agregados por região. Percebe-se que, em geral, as receitas totais e as despesas tiveram crescimento no período pré-crise, com exceção dos municípios da região Sul, com decréscimo de -2,23% para receitas totais e -1,26% para despesas. Já no período de crise, quatro regiões apresentaram tendência decrescente, quando comparada ao período anterior, sendo exceção a região Centro-Oeste que apresentou uma variação anual média positiva no período da crise, ainda que menor do que no período pré-crise.

No período anterior à crise (2009-2014), as receitas transferidas pelos estados da região Norte aos seus municípios exibiram a menor variação média anual, de -10,60%, entre as regiões, enquanto que as outras receitas tiveram um significativo aumento. Ressalta-se, porém, que a representatividade das outras receitas diante das receitas totais é muito baixa: em 2009, o valor por habitante/ano das outras receitas foi, em média, R\$ 0,01, enquanto, em 2014, foi de R\$ 0,09, na região Norte. A mesma região apresentou a maior variação média anual para as transferências da União aos municípios. Entre 2009-2014, a variação foi de 2,51%, enquanto as demais regiões ficaram mais próximas do coeficiente de variação médio nacional, de menos de 1%. No período pré-crise, as receitas próprias dos municípios para financiar o CBAF apresentaram sua maior taxa de crescimento médio anual no Centro-Oeste (18,77%), no Nordeste (11,91%) e no Norte (11,11%). No mesmo período, também na região Centro-Oeste, as despesas com CBAF, apresentaram maior crescimento médio anual, de 10,91%, seguido pelo Sudeste (8,14%) e Nordeste (5,10%) (tabela 2).

Ainda na tabela 2, no período de crise econômica, vê-se que as receitas e despesas passaram a apresentar um quadro diferente. Na região Norte, que tinha apresentado menor crescimento médio anual pré-crise das receitas estaduais transferidas aos municípios, registrou-se, no período de crise, uma alta taxa de crescimento para a mesma fonte de receita (37,42%), enquanto as demais regiões apresentaram variações negativas, com destaque para a região Nordeste (-19,70%).

Tabela 2. Variação média anual das receitas dos entes da Federação repassadas aos municípios e despesa para o CBAF dos municípios brasileiros, declaradas ao SIOPS, *per capita*, por região, 2009-2014 e 2014-2017.

Período/Região	Receitas municipais para o CBAF (%)					Despesa (%)
	União	Estados	Municípios	Outras	Total	
2009-2014 (pré-crise)						
Norte	2,51	-10,60	11,11	161,05	0,27	2,35
Nordeste	0,94	3,15	11,91	102,37	3,87	5,10
Sudeste	0,92	0,27	8,85	-2,43	3,83	8,14
Sul	-0,24	-0,25	-2,36	33,44	-2,23	-1,26
Centro-oeste	0,42	-2,13	18,77	100,70	8,72	10,91
Brasil	0,44	-3,97	-0,48	14,42	-1,04	-0,20
2014-2017 (crise)						
Norte	-1,15	37,42	1,73	30,06	-0,31	-0,70
Nordeste	-3,23	-19,70	-1,73	25,78	-7,37	-7,31
Sudeste	-5,14	-8,01	5,09	-20,09	0,36	-1,00
Sul	-0,71	-6,19	-5,32	7,11	-5,42	-6,01
Centro-oeste	-3,13	-7,11	13,31	46,94	5,39	6,70
Brasil	-2,95	-9,09	-1,78	1,08	-3,61	-3,85

Elaboração própria. Fonte: SIOPS e IBGE.

Outras receitas se referem a receitas transferidas por outros municípios, por outras transferências ou saldo financeiro do ano anterior, de acordo com o SIOPS.

Variação média anual foi calculada a partir da variação *per capita* ano a ano.

Em relação às receitas da União transferidas aos municípios, no período da crise, segundo a pasta por unidade executora no SIOPS, todas as regiões apresentaram variações negativas, com destaque para as regiões Sudeste (-5,14%) e Nordeste (-3,23%). As regiões Nordeste e Sul apresentaram as variações mais negativas para as receitas totais, -7,37% e -5,42%, respectivamente. A primeira teve suas receitas totais alocadas no CBAF mais impactada negativamente pelas transferências da União e dos estados, e a segunda, pelas transferências estaduais e pelas receitas próprias, de acordo com os dados do SIOPS (tabela 2).

Em relação às despesas com o CBAF, no período de crise, todas as regiões apresentaram variações médias anuais menores em relação a 2009-2014, com destaques para o Nordeste, que passou de uma taxa média anual de crescimento de 5,10% no período pré-crise, para um decréscimo de -7,31% no período da crise econômica e para a região Sudeste, que passou de 8,14% para -1,0%.

Quando verificada a participação da União em relação às receitas totais dos municípios e às despesas declaradas por eles, relativas ao CBAF, no SIOPS na pasta por unidade executora, por região brasileira, percebe-se que, as transferências federais para os municípios das regiões Norte e Nordeste tiveram maior participação *per capita* em relação às receitas totais no período pré-crise, 41,41% e 40,54%, respectivamente, e

também no período de crise, com 39,39% para a região Norte e 41,40% para Nordeste, com a diferença que, no período da crise econômica a participação da União *per capita* nas receitas alocadas no CBAF aumentou em relação ao período anterior, enquanto que, na região Norte, diminuiu (Tabela 3).

Tabela 3. Percentual médio da participação da União, estados, municípios e outras fontes, em relação a receita total e a despesa, para o CBAF dos municípios brasileiros, declaradas ao SIOPS, por região, *per capita*, 2009-2014 e 2014-2017.

Período/Região	Participação dos entes da Federação (%)							
	Receita Total do CBAF				Despesa paga do CBAF			
	União	Estados	Municípios	Outras	União	Estados	Municípios	Outras
2009-2014 (pré-crise)								
Norte	41,41	14,86	43,35	0,38	43,40	15,60	45,05	0,39
Nordeste	40,54	16,14	42,51	0,81	46,79	18,38	48,58	0,93
Sudeste	28,89	14,91	53,61	2,58	33,78	17,46	62,37	3,04
Sul	21,88	16,06	61,43	0,62	22,73	16,71	63,87	0,65
Centro-oeste	28,26	11,83	59,56	0,36	29,95	12,48	62,87	0,38
Brasil	26,70	14,93	57,60	0,77	28,35	15,86	61,12	0,82
2014-2017 (crise)								
Norte	39,69	17,40	41,91	1,00	43,49	19,24	45,75	1,10
Nordeste	41,40	12,12	44,89	1,58	44,89	13,15	48,74	1,72
Sudeste	20,42	9,39	68,58	1,60	22,56	10,37	75,75	1,77
Sul	21,91	15,16	61,93	1,00	22,54	15,67	63,83	1,03
Centro-oeste	24,16	8,90	66,60	0,33	25,47	9,38	70,12	0,35
Brasil	25,55	12,50	60,95	0,99	27,03	13,25	64,50	1,05

Elaboração própria. Fonte: SIOPS e IBGE.

Outras receitas se referem a receitas transferidas por outros municípios, por outras transferências ou saldo financeiro do ano anterior, de acordo com o SIOPS.

Em relação às transferências estaduais, em termos *per capita*, para os municípios, as regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste tiveram, em média, menor participação do ente estadual nas suas receitas totais no período de crise em relação ao período pré-crise, destacando os municípios da região Sudeste, que tiveram a maior queda percentual, de 14,91% para 9,39%. Já as receitas próprias dos municípios aumentaram sua participação nas receitas totais em todas as regiões, quando comparados os dois períodos, sendo os municípios da região Sudeste com maior percentual, 68,58%, destacando-se que os municípios das regiões Norte (41,91%) e Nordeste (44,89%) ficaram abaixo da média nacional (60,95%) (Tabela 3).

Em relação às despesas com o CBAF, realizadas pelos municípios, em termos *per capita*, no período pré-crise econômica, as maiores participações foram de recursos transferidos pela União nas regiões Norte (43,40%) e Nordeste (46,76%) e de receitas próprias nas regiões Sudeste (62,37%), Sul (63,86%) e Centro-oeste (62,87%), as três acima da média nacional (61,12%). Durante a crise, 2014-2017, os recursos próprios dos

municípios tiveram ainda maior participação nessas três regiões, chegando a mais de 70% nas regiões Sudeste e Sul, enquanto nas regiões Norte e Nordeste não houve praticamente alteração no percentual médio entre os períodos.

Discussão

Os reflexos da crise econômica brasileira iniciada em 2014 foram sentidos em todo Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no seu financiamento. Seus principais efeitos foram desde a estagnação das despesas públicas e diminuição no acesso a serviços públicos de saúde, até o aumento dos gastos diretos (*out-of-pocket*) da população no pagamento pelos serviços de saúde utilizados por suas famílias (BERMUDEZ, LUIZA e SILVA, 2020).

De acordo com Massuda e colaboradores (2018), os gastos municipais com saúde *per capita*, de um modo geral, de 2003 até 2014, cresceram 226%, passando de R\$ 315,7 para R\$ 716,5. Em 2016, no entanto, os gastos caíram em 6,3% (R\$ 617,1), como reflexo da crise econômica que atingiu o Brasil a partir de 2014.

Um dos principais avanços do SUS foi, ao longo da sua história, a descentralização das ações e serviços de saúde, principalmente para o nível municipal. A municipalização é uma diretriz importante das políticas farmacêuticas e foi se consolidando na medida em que essas políticas foram sendo desenvolvidas. As receitas próprias dos municípios, como verificado neste estudo, representam grande parte das receitas totais disponíveis para o CBAF, tendo aumentado, ao longo do período, sua participação no volume total de recursos. Acrescente-se quem embora no período da crise econômica tenham sofrido uma variação média descendente, *per capita*, ainda assim, por ser em maior valor, as receitas próprias dos municípios puderam atenuar as quedas das receitas totais. Todavia, há que se reconhecer que, apesar da importância da esfera municipal no financiamento e na oferta dos bens e serviços farmacêuticos do CBAF, este ente ainda permanece com limitada capacidade de arrecadação e dependentes das receitas federais, principalmente (FELICIANO, BEZERRA e ESPÍRITO SANTO, 2017; PERES, 2020).

No que tange aos estados, de maneira geral, alguns estudos já evidenciaram a falta de apoio das secretarias estaduais de saúde à assistência farmacêutica básica dos municípios (BARRETO e GUIMARÃES, 2010; FALEIROS et al., 2017). Segundo Silva

e colaboradores (2021), a diminuição dos recursos estaduais para aquisição de medicamentos em geral entre 2010 e 2014, foi de cerca de 25% e, de 2014 a 2017, chegou a 56%, ou seja, houve uma queda mais acentuada no período da crise econômica, o que é corroborado pelo presente estudo.

As despesas com o SUS sofreram os efeitos imediatos da crise, com redução aguda do financiamento por dois anos consecutivos, 2015 e 2016. Ademais, a variação média anual do gasto público com saúde passou de um crescimento de 4,3% no período de 2011-2014, para 0,7% entre 2014-2019, mostrando um declínio a partir da crise econômica. Ao considerar a despesa *per capita*, alguns estudos mostram a permanência decrescente para os gastos com o SUS no período de crise, tendo em vista, além do crescimento populacional ao longo dos anos, as políticas de austeridade adotadas à época pelo governo brasileiro. De fato, no período de crise (2014-2017), as despesas *per capita* com o CBAF se reduziram (COSTA *et al.*, 2022; TEJADA *et al.*, 2019; VIEIRA, 2018).

Em relação às despesas com o CBAF, considerando o volume total, destaca-se o fato de que, no período pré-crise, os municípios estavam, proporcionalmente, gastando mais com o CBAF em relação ao volume total que tinham disponíveis nas suas receitas, enquanto, no período de crise, passaram a gastar menos em relação à disponibilidade total de recursos, especificamente entre os anos 2014 a 2016. Segundo alguns autores, muitos municípios utilizam recursos do CBAF para cobrir demandas de medicamentos não pertencentes a esse componente, ou para financiar ações ou serviços não pactuados entre as instâncias do SUS, ou ainda para cumprir demandas judiciais para aquisição de medicamentos. Portanto, essa relação menor da despesa em relação às receitas totais no período de 2014 a 2016, fase mais aguda da crise, não representa necessariamente um saldo. Essa parte das receitas pode ter sido utilizada em outra atividade, a depender da necessidade gerada no período da crise econômica, e registrado no SIOPS em outra subfunção ou em outro sistema do SUS (FALEIROS *et al.*, 2017; PONTES *et al.*, 2017; VIEIRA, 2018).

Segundo Vieira (2019), houve uma redução do gasto total com medicamentos dos municípios no período de 2010 a 2017, sendo a maior queda no período da crise econômica (2014-2017). Essa redução, segundo a autora, pode ser explicada pelas finanças dos três entes da Federação, que foram drasticamente afetadas com a queda na arrecadação de impostos em decorrência da recessão econômica iniciada em 2014. Costa e colaboradores (2022) complementam que, em geral, os municípios têm suas receitas,

proporcionalmente, mais afetadas e sensíveis em períodos recessivos, por questões tributárias e orçamentárias. Contudo, esses autores ressaltam que o esforço de disponibilizar mais recursos e, conseqüentemente, aumentar as despesas, para alguns setores da saúde, pode ser explicado pelo processo político local, onde a demanda por bens e serviços de saúde – neste caso, o CBAF –, pode ter maior proeminência.

Ademais, o estudo de Faleiros e colaboradores (2017), com dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) para dados de 2015, ano incluído no período da crise econômica, que discute os fatores relacionados ao financiamento do CBAF, mostra que apenas 9,7% dos secretários de saúde relataram que os recursos financeiros destinados ao CBAF são suficientes para atender as demandas dos municípios. De acordo com os autores desse estudo, os valores destinados ao CBAF estavam defasados, principalmente os da União. Essa defasagem obrigou os municípios a aumentarem o volume de receitas próprias destinadas a fornecer medicamentos do componente básico, ultrapassando em 50%, em valores reais, a proporção de recursos próprios nas receitas totais. Os achados do presente estudo corroboram os resultados dessas pesquisas anteriores: há uma participação maior das receitas próprias dos municípios, tanto no volume total de recursos quanto *per capita*, no caso do CBAF.

O principal reflexo do financiamento da assistência farmacêutica no SUS é sentido na oferta e na dispensação dos medicamentos à população. Vieira e Santos (2020) considerando a soma geral dos gastos de medicamentos no Brasil, o gasto privado e o gasto público, observaram que, no período pré-crise, entre 2010 a 2014, a proporção se manteve constante, mas, no período da crise econômica (2014 a 2017), o gasto do SUS com medicamentos diminuiu, passando de 10% em 2014, para 8% em 2017 em relação à soma geral. Em contrapartida, os gastos privados aumentaram de 90% em 2014, para 92% em 2017.

Isso mostra que a despesa para a aquisição de medicamentos nas farmácias privadas aumentou no período da crise econômica e, conseqüentemente, a despesa pública com medicamentos distribuídos pelo SUS diminuiu em relação ao total. Assim, num contexto de crise e economia fragilizada, isso afeta ainda mais a renda da população, especialmente das famílias mais pobres (BOING *et al.*, 2014; ZACCOLO, 2015; VIEIRA e SANTOS, 2020).

Nesse contexto, as responsabilidades compartilhadas entre União, estados e municípios são ainda mais fundamentais para amenizar os efeitos da crise e devem levar em conta as características regionais (TEJADA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, segundo Leite e colaboradores (2017), ao caracterizar as farmácias na atenção básica do SUS em 2015, ano agudo da crise, a região Nordeste apresentou condições menos favoráveis ao desenvolvimento de serviços de dispensação de medicamentos adequados, com estruturas físicas para a assistência farmacêutica básica deficientes. Ademais, de acordo com Faleiros e colaboradores (2017), gestores da assistência farmacêutica no nível de atenção básica, de municípios das regiões Norte e Nordeste brasileira, consideram que os recursos para atender a demanda não foram suficientes entre os anos de 2014 e 2015, enquanto gestores das regiões Sul e Centro-Oeste demonstraram satisfação melhor.

Essas diferenças regionais vêm sendo objeto de estudos e o financiamento assimétrico se reflete no acesso a medicamentos e serviços farmacêuticos. No ano mais severo da crise econômica brasileira, 2015, a maior proporção de pacientes que declarou o recebimento de todos os medicamentos prescritos foi registrada na região Sul e a menor, na região Norte. Entre 2010 e 2019, para aquisição de medicamentos em geral, os municípios das regiões Nordeste e Norte foram os que apresentaram menores valores *per capita*. Considerando o período da crise econômica, a região Nordeste apresentou uma queda acentuada, passando de R\$ 23 *per capita*, para R\$ 18 em 2016. Em contrapartida, a região Sul passou cerca de R\$ 42 em 2014, para R\$ 47 em 2016 (ÁLVARES *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2021).

Nesse contexto, é necessário não apenas aumentar os recursos públicos destinados à aquisição e dispensação de medicamentos nos períodos econômicos mais restritivos, mas também em aprimorar a distribuição desses recursos, adotando-se critérios que amenizem as desigualdades regionais. A maior parte da população brasileira precisa do SUS para obtenção de medicamentos, especialmente daquelas regiões mais vulneráveis, a exemplo de Norte e Nordeste. Nesse sentido, em períodos de crises econômicas, o papel do SUS se torna ainda mais importante na promoção da equidade de recursos (BOING *et al.*, 2022).

A literatura internacional demonstra os significativos efeitos das crises econômicas, especialmente a de 2008, sobre o financiamento de medicamentos pelos governos. De um modo geral, os gastos com medicamentos tinham uma tendência

crecente ano a ano, até 2008, mas a severa crise econômica que atingiu grande parte dos países reduziu os gastos com medicamentos. A variação média anual entre 2009 e 2011 foi de -0,9% nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). A redução foi especialmente acentuada nos países mais atingidos pela recessão. Na Grécia, por exemplo, os gastos farmacêuticos *per capita* diminuíram 10% entre 2010 e 2011, seguido por Estônia -7,2% e Portugal -5,9%. Os países de maiores economias, entre os da OCDE, também tiveram uma redução na taxa média anual nos gastos com medicamentos no período mais agudo da crise: a Alemanha caiu em -0,7%, França -0,6%, Estados Unidos -0,5% e Canadá -0,3% entre 2009 e 2011 (OCDE, 2013; GOOL e PEARSON, 2014; OCDE, 2015).

Assim, apesar da limitação do uso do relatório por unidade executora por bloco de financiamento do SIOPS, os achados desse estudo para o CBAF, corroboram evidências da literatura nacional e internacional, na medida em que mostram que a crise econômica brasileira de 2014-2016 teve reflexos no financiamento público do setor farmacêutico. E contribui, portanto, para trazer a luz a discussão sobre os efeitos entre crise, austeridade e redução do financiamento da assistência farmacêutica no SUS e no acesso a medicamentos essenciais. Em regimes democráticos, esse debate e as consequências da crise econômica e da austeridade fiscal sobre o sistema de saúde deveria ser suficiente para que os formuladores de políticas ficassem atentos e levassem em conta os efeitos sociais de políticas econômicas de modo a não comprometer a saúde e o bem-estar de todos, especialmente, daqueles em situação de vulnerabilidade social.

Referências

ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; ARAÚJO, V. E.; ALMEIDA, A. M.; DIAS, C. Z.; OLIVEIRA, B. A.; COSTA, E. A.; GUIBU, I. A.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; COSTA, K. S.; ACURCIO, F. A. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2:20s, 2017.

ANTUNES, J. Marx diante da crise do capital. **Rev. Filos.**, v. 23, n. 33, jul./dez. 2011.

BARBOSA FILHO, F. H. A crise econômica de 2014/2017. **Estudos Avançados**, vol. 31, n. 89, 2017.

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

BERMUDEZ, J. A. Z.; LUIZA, V. L.; SILVA, R. M. Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos: superando a utopia. In: BERMUDEZ, J. A.; COSTA, C. S.; NORONHA, J. C. **Desafios do acesso a medicamentos no Brasil**. Rio de Janeiro, cap 1, p.19-63, 2020.

BOING, A. C.; ANDRADE, F. B.; BERTOLDI, A. D.; PERES, K. G. A.; MASSUDA, A. BOING, A. F. Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, 2022.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; POSENATO, L. G.; PERES, K. G. Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, 2014.

BRASIL. **Cartilha de orientação SIOPS 2022**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Brasília, 213p. 2023. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_orientacao_siops.pdf. Acesso em: 20/07/23.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. **Lei nº 10.742 de 6 de outubro de 2003**. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Brasília, Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.742.htm>. Acessado em: 10/04/2021.

BRASIL. **Portaria n 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acessado em: 29/05/2023.

BRASIL. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acessado em: 22/09/2022.

BRASIL. **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, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acessado em: 12/03/2023.

COSTA, D. C. A. R.; MOREIRA, J. P. L.; CARDOSO, A. M.; MATTOS, L. V.; ANDRIETTA, L. S.; BAHIA, L. Crise econômica e disparidades no gasto, oferta e

utilização de serviços públicos e privados de saúde no Brasil no período entre 2011 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, 2022.

COSTA, N.R. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4):1065-1074, 2017.

DWECK, E.; TEIXEIRA, R. A. **A política fiscal do governo Dilma e a crise econômica**. Texto para Discussão. Unicamp. IE, Campinas, n. 303, jun. 2017.

FALEIROS, D. R.; ACURCIO, F. A.; ÁLVARES, J.; NASCIMENTO, R. C. R. M.; COSTA, E. A.; GUIBU, I. A.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; COSTA, K. S.; JUNIOR, A. A. G. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2:14s, 2017.

FELICIANO, M.; BEZERRA, A. F. B.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G. Crescimento econômico e taxa de inflação: implicações na receita municipal e na despesa com saúde dos municípios de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2017.

GOOL, K. V.; PEARSON, M. Health, austerity and economic crisis: assessing the short-term impact in OECD countries. **OECD Health Working Paper**, n. 76, 2014.

HAW, C.; HAWTON, K.; GUNNELL, D.; PLATT, S. Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. **Int J Soc Psychiatry**, v. 61, n. 1, p. 73-81, 2015.

KARANILOLOS, M.; KENTIKELLENIS, A. Health inequalities after austerity in Greece. **International Journal of Equity in Health**, v. 15, n. 83, 1-3. 2016.

KENTIKELLENIS, A. Bailouts, austerity and the erosion of health coverage in Southern Europe and Ireland. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 3, p. 366-67, 2015.

KONDILLIS, E. GIANNAKOPOULOS, S.; GAVANA, M.; IERODIAKONOU, I.; WAITZKIN, H.; BENOS, A.. Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case. **American Journal of Public Health**, vol. 103, n.6, 2013.

LEITE, S. N.; MANZINI, F.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; COSTA, E. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; FARIAS, M. R. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 51, supl. 2:13s, 2017.

MASSUDA, A.; HONE, T.; LELES, F. A. G.; CASTRO, M. C.; ATUN, R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, 2018. doi:10.1136/bmjgh-2018-000829.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 2019.

MENDES, A. N. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. **Cad. Saúde Pública**, 32(12), 2016.

O'CONNOR, J. Capitalism, Nature, Socialism a theoretical introduction. **CNS**, vol. 1, p.11-38, 1988. Disponível em: <http://www.vedegylet.hu/okopolitika/O'Connor%20-%20Capitalism,%20Nature,%20Socialim.pdf>. Acesso em: 20 de jan. 2018.

OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. **Pharmaceutical spending trends and future challenges**, in Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. 2015. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/pharmaceutical-spending-trends-and-future-challenges_5jrrv1nczjtk.pdf>. Acesso em: 15/04/23.

OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. **Pharmaceutical expenditure**, in Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. 2013. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/pharmaceutical-expenditure_health_glance-2013-67-en>. Acesso em: 15/04/23.

OREIRO, J. L. A grande recessão brasileira: diagnóstico e uma agenda de política econômica. **Estudos Avançados**, v. 31, n. 89, 2017.

OSTROSKI, S. S. D. **Orçamento público**. 2. ed. – Florianópolis: publicações do IF-SC, 128 p. 2010.

PADILHA, A.; OLIVEIRA, D. C.; ALVES, T. A.; CAMPOS, G. W. S. Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 2019.

PAIVA, A.B.; MESQUITA, A.C.S.; JACCOUD, L.; PASSOS, L.O novo regime fiscal e suas implicações para a política de assistência social no Brasil. IPEA. **Nota Técnica 27**, Brasília, set. 2016.

PALLUDETTO, A. W. A. **Crise e capitalismo contemporâneo: uma revisão das interpretações marxistas da grande recessão (2007-2009)**. Tese (Doutorado). Unicamp, Campinas, 2012.

PERES, U. D. Dificuldades institucionais e econômicas para o orçamento participativo em municípios brasileiros. **Caderno CrH**, Salvador, v. 33, p. 01-20, 2020.

PONTES, M. A.; TAVARES, N. U. L.; FRANCISCO, P. M. S. B.; NAVES, J. O. S. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, 2017.

REEVES, A.; MCKEE, M.; STUKLER, D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 3, p. 364-65, 2015.

ROSSI, T. R. A.; SOBRINHO, J. E. L.; CHAVES, S. C. L.; MARTEELLI, P. J. L. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 2019.

SILVA, W. R. O.; SANTANA, R. S.; EDUARDO, A. M. L. N.; MARTINS, R. S. F.; LEITE, S. N. Equidade ameaçada: Assimetrias regionais nos investimentos em medicamentos no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, 2021.

STUCKLER, D.; BASU, S.; SUHRCKE, M.; COUTTS, A.; MCKEE, M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. **Lancet**, v. 374, p. 315-23, 2009.

STUCKLER, David; BASU, Sanjay. **The Body Economic: Why Austerity**. Penguin Group, Londres, 302p. 2013.

TEJADA, C. A. O.; TRIACA, L. M.; LIERMANN, N. H.; EWERLING, F.; COSTA, J. C. Crises econômicas, mortalidade de crianças e o papel protetor do gasto público em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 2019.

VIEIRA, F. S. **Desafios do Estado quanto à incorporação de medicamentos no Sistema Único de Saúde**. Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 44p. 2019.

VIEIRA, F. S. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 46p. 2018.

VIEIRA, F. S.; SANTOS, M. A. B. **O setor farmacêutico no Brasil sob as lentes da conta-satélite de saúde**. Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 74p. 2020.

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. IPEA. Nota Técnica 28, Brasília, set. 2016.

ZACOLLO, A. V. **Consumo de medicamentos pela população brasileira: seu impacto econômico, fontes de obtenção e o papel do SUS**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estabelecimento do Pacto pela Saúde em 2006, por meio da portaria nº 204 de 2007, foi um marco no financiamento do SUS e na assistência farmacêutica no Brasil. O financiamento compartilhado entre a União, os estados e os municípios do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) teve importância fundamental na descentralização e no aprimoramento da gestão e do financiamento deste componente da assistência farmacêutica ao longo dos 11 anos da vigência desse mecanismo.

Nesse período, houve distintos estágios de desenvolvimento da assistência farmacêutica básica a nível municipal. O papel do SIOPS foi fundamental para a gestão do financiamento pelos municípios das funções e subfunções do SUS, como do CBAF, possibilitando aperfeiçoamentos nas políticas de financiamento e nos mecanismos normativos, como o estabelecimento da Lei Complementar nº 141 de 2012.

A complexidade da administração pública e do principal sistema de informação financeira do SUS – SIOPS – tornou o processo de desenvolvimento deste trabalho bastante desafiador. Ainda existem desafios importantes para aprimoramento dessa ferramenta de gestão, especificamente em relação ao CBAF, pois apesar de ter sido utilizado a pasta de unidade executora, por bloco de financiamento do SUS do SIOPS, como fonte de informação, a incompletude observada em relação ao registro para este componente, podem ser atribuídas a diferentes fatores, como alternância constante de normativas, mecanismos contábeis complexos, desconhecimento pelos gestores das nuances do sistema, terceirização a escritórios de contabilidade dos registros pela gestão municipal e não obrigatoriedade dos registros antes da LC nº 141/2012.

O uso, pelos gestores, de ferramentas disponíveis no sistema público de saúde, como o SIOPS, pode fortalecer a transparência e o controle das informações no âmbito da assistência farmacêutica, contribuindo para melhoria da oferta e do acesso aos medicamentos essenciais.

Verificar a completude dos registros do SIOPS para o CBAF pelos municípios brasileiros e descrever a evolução de seu financiamento mostraram que diversos fatores podem influenciar a oferta e o acesso a medicamentos, inclusive uma crise econômica, como o Brasil viveu, de forma mais aguda, entre 2014 e 2016.

Dessa maneira, a ausência de registros por uma parcela de municípios no SIOPS, no relatório por unidade executora, ainda que não fosse obrigatório em determinado

período de tempo, é uma questão complexa e multifacetada, que envolve aspectos relacionados ao financiamento, a gestão, a descentralização e a transparência dos recursos públicos. Nesse sentido, a completude dos registros no sistema de informação é fundamental para fortalecer o controle social e garantir a efetividade dos recursos públicos.

A Lei Complementar nº 141 de 2012 teve uma influência positiva nos registros financeiros pelos municípios de suas receitas e despesas no SIOPS. Apesar dessa Lei obrigar os entes da Federação a reportarem regularmente dados financeiros relacionados à saúde pública, muitos municípios ainda não cumpriram essa exigência, pelo menos para o CBAF, mesmo com possíveis sanções administrativas e suspensão de transferências, conforme previsto na referida Lei sendo, inclusive uma preocupação demonstrada pelo Tribunal de Contas da União.

Ao analisar a evolução do financiamento do CBAF no nível municipal foi fundamental para compreender melhor a dinâmica dos recursos da assistência farmacêutica básica do SUS em um período importante para as políticas de assistência farmacêutica, em decorrência da ampliação do processo de descentralização e do avanço do mecanismo de financiamento com o Pacto pela Saúde, e também de um período onde vários setores do SUS, inclusive a assistência farmacêutica, foram afetados pela crise econômica.

Observou-se, assim, que nos anos de 2008 a 2017, as despesas municipais com o CBAF, com base nos dados registrados no relatório por unidade executora do SIOPS, apresentaram um aumento geral e que, a partir de 2012, as despesas na fase de execução despesa paga sofreram uma redução. No entanto, essas despesas correspondem a transferências aos municípios na modalidade fundo a fundo, e que essas transferências da União para os municípios seguiram uma trajetória inversa em relação às transferências de outras fontes de financiamento do CBAF, ou seja, mostrando que os repasses no formato fundo a fundo do governo federal aos municípios cresceram até 2011 e depois tiveram uma queda, enquanto outras fontes de financiamento apresentaram aumento ente 2008 a 2017, segundo dados registrados no SIOPS para o CBAF. Ressalta-se que, a opção de analisar os dados financeiros do SIOPS através do relatório de unidade executora por bloco de financiamento foi uma limitação assumida por esse estudo, visando observar a evolução financeira a partir dos registros municipais no SIOPS, tendo como fonte comparativa, os dados do Siga Brasil.

Verificou-se ainda, que a proporção das transferências federais em relação às despesas diminuíram constantemente, para os registros verificados no SIOPS, enquanto as outras fontes de financiamento aumentaram sua participação. Essa observação é importante, pois mostra que, ainda que o governo federal continue sendo uma fonte importante de recursos para a assistência farmacêutica básica, incluindo os gastos diretos e o Programa Farmácia Popular, um maior protagonismo tem sido assumido pelas outras fontes de financiamento, notadamente os recursos próprios dos municípios. Isso reforça a importância da descentralização da gestão do SUS e da assistência farmacêutica, no período de vigência da portaria nº 204 de 2007, e o papel significativo das normativas que estabelecem valores mínimos de contrapartidas entre os entes federados, definidos por meio de pactuação tripartite, dando ainda mais musculatura para as políticas farmacêuticas no SUS.

Dentro desse contexto da evolução do financiamento, foi observado para uma amostra de municípios no SIOPS, que durante a crise econômica (2014-2017), a variação média anual foi decrescente para as receitas *per capita* transferidas pela União e pelos estados aos municípios para financiar o CBAF, assim como das receitas próprias dos municípios. Ademais, observou-se que as despesas *per capita* dos municípios para o CBAF diminuíram no período pós-crise. Verificou-se ainda que a participação do governo federal no financiamento *per capita* para o CBAF foi reduzida durante a crise, enquanto a parcela dos estados manteve-se relativamente constante, para os registros no SIOPS. Assim, apesar da seleção de municípios não representar a totalidade brasileira, pode-se sugerir, para a amostra selecionada, que os reflexos da crise econômica brasileira de 2014 a 2016 atingiu também o financiamento do CBAF a nível municipal.

Foi importante observar também, para essa amostra no SIOPS, o comportamento do financiamento dos municípios por regiões brasileiras no período de crise econômica, pois as regiões brasileiras apresentam especificidades e características distintas, tanto geográficas como sociais. Nesse sentido, em geral, percebeu-se que todas as regiões apresentaram crescimento médio das receitas e despesas *per capita* no período pré-crise, exceto os municípios da região Sul, que mostraram declínio. Diferentemente, no período de crise, quatro regiões apresentaram uma tendência decrescente, sendo exceção a região Centro-Oeste que teve aumentos médios anuais positivos, ainda que menores do que no período pré-crise.

Ademais, foi importante observar que as receitas próprias dos municípios para financiar o CBAF apresentaram um maior crescimento médio anual nos municípios presentes nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte no período pré-crise, enquanto as despesas com o CBAF tiveram maior crescimento médio anual nos municípios do Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste, nesse mesmo período. Assim, podemos constatar que, em termos de recursos *per capita*, dentre os municípios selecionados no SIOPS, o período de crise econômica reduziu o financiamento do CBAF nos municípios brasileiros como um todo, especialmente nas despesas, cuja variação média anual negativa foi mais proeminente do que nas receitas totais.

Portanto, esse estudo contribui para o campo da Saúde Coletiva, trazendo para a discussão o financiamento de um componente da assistência farmacêutica essencial para a atenção básica, onde grande parte da população brasileira depende exclusivamente da oferta de medicamentos por essa via de acesso, sendo, portanto, uma área de fundamental importância a ser explorada para o avanço do Saúde Coletiva e da Assistência Farmacêutica no SUS. Assim, estudos futuros poderão avaliar a evolução mais recente do financiamento da assistência farmacêutica básica para os municípios brasileiros, dentro do novo mecanismo de financiamento estabelecido pela portaria nº 3.992 de 2017, levando em consideração outro período de crise econômica, esse associado à crise sanitária, desencadeada pela pandemia de Covid-19.

LIMITAÇÕES

Como limitação deste estudo, é preciso mencionar que o sistema de informação a que se recorreu, o SIOPS, não possuía obrigatoriedade de registro dos dados sobre receitas e despesas para os três entes da Federação até a publicação da LC nº 141 de 2012, sendo, portanto, essa exigência de registro sendo obrigatória a partir do exercício de 2013. Outro ponto de destaque, é o uso dos dados financeiros a partir do relatório por unidade executora/por bloco de financiamento e não por natureza de despesa no SIOPS (anexo 1), o que pode gerar visões nos valores financeiros do CBAF, no entanto, para verificação desses valores, por unidade de análise (municípios), para o CBAF, o percurso optado trouxe maior clareza nos dados para esse componente da assistência farmacêutica a nível municipal. E para fins comparativos com os dados selecionados do SIOPS, foi utilizada informação do Fundo Nacional de Saúde e do Siga Brasil, especialmente para os dados da União.

Nesse sentido, é importante destacar que os dados de evolução financeira discutidos nesse estudo referente a União leva em conta os dados declarados pelos municípios ao SIOPS, presentes no relatório por unidade executora/por bloco de financiamento do SUS, por isso as informações referentes aos valores financeiros referente a União repassados aos municípios não podem ser afirmadas de forma categórica, no entanto, quando comparados com os dados do Siga Brasil, percebe-se uma similaridade na evolução, trazendo assim, um panorama e aspectos relevantes para a discussão sobre o financiamento do CBAF no SUS.

Apesar das limitações, o aprofundamento no Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde – SIOPS, mostrou-se de fundamental importância para entender o mecanismo de financiamento da assistência farmacêutica básica, especialmente a nível municipal. Assim, os achados do estudo mostram, sem dúvidas, a evolução do financiamento do CBAF a partir do sistema de informação financeiro fundamental para o SUS e ao longo da vigência do Pacto pela Saúde e da portaria nº 204 de 2017, normativas que mudaram a forma de financiar o sistema público de saúde brasileiro e abrangendo um período de grave crise econômica brasileira e de implementação de políticas de austeridade fiscal severa.

ANEXO

Caminho percorrido no SIOPS para busca de dados financeiros municipais da Assistência Farmacêutica.

(Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>)

