

BRASIL:
RECURSOS FEDERAIS
DESTINADOS À ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA EM TEMPOS
DE AUSTERIDADE

AVALIAÇÃO DAS EXECUÇÕES
FINANCEIRAS DE 2015 A 2017

MATHEUS MAGALHÃES
NATHALIE BEGHIN
GRAZIELLE DAVID





BRASIL: RECURSOS FEDERAIS DESTINADOS À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM TEMPOS DE AUSTERIDADE

AVALIAÇÃO DAS EXECUÇÕES
FINANCEIRAS DE 2015 A 2017

MATHEUS MAGALHÃES, NATHALIE BEGHIN, GRAZIELLE DAVID¹



BRASÍLIA (DF), 2018

¹ Os autores agradecem os preciosos comentários de Fabiola Sulpino Vieira, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Note-se que o conteúdo da publicação é de inteira responsabilidade dos autores.

EQUIPE DO INESC

Conselho Diretor

Enid Rocha Andrade da Silva
Júlia Alves Marinho Rodrigues
Luiz Gonzaga de Araújo
Márcia Anita Sprandel
Pedro de Carvalho Pontual

Conselho Fiscal

Ervino Schmidt
Iliana Alves Canoff
Romi Márcia Bencke
Suplente: Lucas de Alencar Oliveira

Colegiado de Gestão

Iara Pietricovsky de Oliveira
José Antonio Moroni

Coordenadora da Assessoria Política

Nathalie Beghin

Gerente Financeiro, Administrativo e de Pessoal

Maria Lúcia Jaime

Assistente da Direção

Ana Carolina Soares
Ana Paula Felipe
Marcela Coelho M. Esteves

Assessoria Política

Alessandra Cardoso
Carmela Zigoni
Cleomar Souza Manhas
Grazielle Custódio David
Leila Saraiva Pantoja
Márcia Hora Acioli
Matheus Peres Machado Magalhães
Yuriê Baptista César

Assessoria Técnica

Dyarley Viana de Oliveira

Assessoria de Comunicação

Silvia Alvarez

Educadora Social

Thallita de Oliveira

Contadora

Rosa Diná Gomes Ferreira

Assistente de Contabilidade

Ricardo Santana da Silva

Técnico de Informática

Pablo dos Santos Lages

Auxiliares Administrativos

Adalberto Vieira dos Santos
Eugênia Christina Alves Ferreira
Isabela Mara dos Santos da Silva
Josemar Vieira dos Santos

Auxiliar de Serviços Gerais

Roni Ferreira Chagas

Estagiários/as

Lucas Daniel Rodrigues de Souza
Lucas Miguel Salomão Meireles
Thaís Vivas

APOIO INSTITUCIONAL

Charles Stewart Mott Foundation
Christian Aid
Embaixada da França
Fastenopfer
Fundação Avina
Fundação Heinrich Böll
Fundação Ford
GDF – CDCA/Secretaria da Criança
GDF – SEDESTMIDH/Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos
ICS – Instituto Clima e Sociedade
IBP – Center on Budget and Policy Priorities
Instituto C&A
Kindernothilfe – KNH
Open Society Foundations
Oxfam Brasil
Pão para o Mundo
União Europeia

INESC – Instituto de Estudos Socioeconômicos

Endereço: SCS Quadra 1 – Bloco L, nº 17, 13º andar Cobertura – Edifício Márcia
CEP: 70.3037-900 – Brasília/DF
Telefone: (+ 55) (61) 3212-0200
E-mail: inesc@inesc.org.br
Página eletrônica: www.inesc.org.br

SUMÁRIO

Lista de siglas	07
Introdução	08
1. Menos recursos para a Saúde	10
2. As vicissitudes dos gastos federais com medicamentos	12
2.1 Medicamentos imunes à austeridade em 2016	14
2.2 Medicamentos perdem imunidade em 2017	18
2.3 A violação dos direitos dos povos indígenas: a expressão do racismo institucional	21
2.4 O desmonte do Programa Farmácia Popular (FP)	21
3. Em tempos de crise, aumentam os incentivos fiscais à indústria farmacêutica	23
3.1 Os gastos tributários no Brasil	23
3.2 Gastos tributários com o setor farmacêutico	24
Considerações finais	26
Referências bibliográficas	28
Anexo – Nota Metodológica	30

Realização: INESC

Brasil: recursos federais destinados à assistência farmacêutica em tempos de austeridade

Avaliação das execuções financeiras de 2015 a 2017

Realização

Instituto de Estudos Socioeconômicos – INESC

Apoio

Open Society Foundations (OSF)

Autores

Matheus Magalhães

Nathalie Beghin

Grazielle David

Revisão gramatical

Paulo Henrique de Castro

Editoração



www.forestcom.com.br

Coordenação Editorial

Gabriella Costa

Projeto gráfico

Diana Botelho

Este estudo contou com o apoio da Open Society Foundations.

É permitida a reprodução total ou parcial do presente texto, desde que sejam citados os autores e a instituição que apoiou o estudo e que se inclua a referência ao artigo ou ao texto original.

Brasília (DF), 2018

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APIB – Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
ATL – Acampamento Terra Livre
BCG – Bacilo Calmette-Guérin
CBAF – Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CESAF – Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
CNMAF – Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CPGF – Cartão de Pagamento do Governo Federal
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTP/Hib/HB – Difteria, tétano, pertussis (coqueluche)/Haemophilus influenzae tipo b/hepatite B
EC 95 – Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
FP – Programa Farmácia Popular
G20 – Grupo dos 20, formado pelos ministros de finanças e chefes dos bancos centrais das 19 maiores economias do mundo, além do presidente da Comissão Europeia/UE.
GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana, na sua sigla em inglês
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INESC – Instituto de Estudos Socioeconômicos
 Interfarma – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo
JBS – JBS Sociedade Anônima (empresa)
LAI – Lei de Acesso à Informação
mcg – micrograma
mg – miligramas
MG – Minas Gerais
mL – mililitros
MS – Ministério da Saúde
NATS – Núcleo de Avaliação Tecnológica em Saúde
NPH – Protamina neutra de Hagedorn, na sua sigla em inglês
NutriSUS – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó no âmbito do SUS
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OGU – Orçamento Geral da União
OTMED – Orçamento Temático do Acesso a Medicamentos
PIB – Produto Interno Bruto
PLOA – Projeto de Lei Orçamentária Anual
RN – Rio Grande do Norte
SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UI – Unidades Internacionais
UNAIDS – Programa das Nações Unidas para o HIV/Aids, na sua sigla em inglês
WHO – Organização Mundial da Saúde, na sua sigla em inglês

INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde é garantida como direito fundamental na Constituição Federal de 1988. Sua regulamentação ocorre por meio da Lei Orgânica nº 8.080/1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as ações incluídas no SUS está a assistência farmacêutica integral².

No final dos anos de 1990, o acesso a medicamentos ganha atenção especial com a publicação da Política Nacional de Medicamentos (Portaria nº 3.916/1998). Naquele momento, o País abrigava o oitavo mercado de medicamentos do mundo. Contudo, a desigualdade no acesso a produtos farmacêuticos era patente: por um lado, somente 15% da população consumia metade do valor comercializado; e, por outro, a metade mais pobre dos brasileiros consumia 16%, tendo gastos per capita com medicamentos 10 vezes menores do que o grupo anterior. É neste contexto que foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), em 2003³. Um ano depois, foi lançada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, por meio da Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 6 de maio de 2004.

Apesar desses avanços institucionais, a desigualdade no acesso a medicamentos permanece expressiva: em 2015, o gasto mensal com medicamentos observado entre os 10% mais pobres é cinco vezes menor do que o verificado entre os 10% mais ricos. E mais: entre as famílias de mais baixa renda, 33,1% afirmaram não fazer gastos monetários com medicamentos. Entre os de maior poder aquisitivo, esse percentual caiu para 14,2%⁴.

A participação dos gastos públicos na totalidade das despesas com medicamentos no Brasil continuou inferior às dos países de mesma dimensão econômica. A soma de todos os gastos públicos (federais, municipais e estaduais) com medicamentos em 2016 foi de R\$ 19,2 bilhões, ou seja, 0,31% do PIB⁵. Dessa forma, as despesas governamentais responderam por 18,2% de todos os gastos com medicamentos no País, percentual muito aquém dos 32,6% verificados nos países de renda média-alta.⁶

O acesso precário a medicamentos em decorrência da pobreza contrasta com o tamanho e

2 A respeito do conceito de integralidade da assistência farmacêutica, ver Mattos (2009).

3 Nos relatórios da 9ª e 10ª Conferências Nacionais de Saúde, constam recomendações e propostas para a convocação de uma conferência temática sobre Assistência Farmacêutica. Após a CPI dos Medicamentos (1999), as articulações em prol da realização dessa Conferência se intensificaram. Em 2000, a recomendação é aprovada pelo Plenário da 11ª Conferência e, em 2001, a Resolução 311 do Conselho Nacional de Saúde aprova a convocação da 1ª CNMAF.

4 A esse respeito, ver GARCIA et al. (2013: p. 18).

5 A esse respeito, ver VIEIRA (2018, p. 16).

6 Nos países de renda alta, a participação é de 61,3%; nos de renda média-baixa é de 10,5%; e, nos países de renda baixa, 1,8% (WHO, 2011).

o dinamismo do setor farmacêutico no Brasil. Dados do próprio setor⁷ revelam que “2017 foi um ano acima das expectativas para o setor farmacêutico”, já que as vendas registram altas da ordem de 13%, auferindo um faturamento de vultosos R\$ 98,3 bilhões no último ano. Estima-se que, em 2021, o Brasil será o quinto mercado mundial de medicamentos.

Segundo o IBGE, os medicamentos contribuem com 1,7% do PIB nacional⁸. Comparado ao dos países do G20, esse percentual só é inferior no Japão (2,22%), nos Estados Unidos (2,00%) e no Canadá (1,9%)⁹. Esses mesmos gastos respondem por 19% de todos os gastos com saúde no País (públicos e privados), atrás somente de Rússia (28,8%), do México (22,7%), da Coreia do Sul (22,5%) e do Japão (19,7%). É importante destacar que, no Brasil, os bens e serviços de saúde têm comprometido cada vez mais os recursos dos domicílios brasileiros: a participação dessas despesas no consumo efetivo das famílias cresceu 8,7% em quatro anos e respondem atualmente por 12,5% do total.¹⁰ E, inversamente ao que acontece no setor farmacêutico, a economia brasileira passa por uma grave crise: após retrações de 3,8% e 3,6% em 2015 e 2016, o PIB registrou tímida elevação, de 1% em 2017. A recessão é acompanhada de desemprego, que chega à marca de 13,1% da população economicamente ativa (13,7 milhões de pessoas).

A esse quadro recessivo soma-se a implementação, pelo governo federal, de medidas de austeridade desde 2015. Tais medidas referem-se a cortes e contingenciamentos, bem como à implementação da Emenda Constitucional 95 (EC 95), de 2016, conhecida como de Teto dos Gastos, que congelou, em termos reais, as despesas orçamentárias não financeiras por um período de 20 anos. Ainda que a Saúde tenha sido agraciada com um ano de adiamento da entrada em vigor da EC 95, isso não impediu que fosse afetada pelas medidas de austeridade, como veremos a seguir.

A diminuição dos gastos públicos decorrentes da política fiscal restritiva contribui para acirrar as desigualdades, uma vez que seus efeitos já se fazem sentir na queda dos recursos para a saúde pública, que vem sofrendo histórico subfinanciamento. Assim, o objetivo central do presente estudo é o de analisar os impactos da austeridade no Orçamento Temático de Acesso a Medicamentos (OTMED), isto é, para o período 2015 a 2017. Na primeira parte do presente documento, iremos analisar o comportamento do orçamento da Saúde nos anos recentes e, dentro dele, verificamos o que aconteceu com os recursos destinados a medicamentos. A seguir, nós nos deteremos mais detalhadamente sobre o OTMED, trabalhando a execução financeira das ações orçamentárias que respondem pelos componentes da assistência farmacêutica, pelo Programa Farmácia Popular e pelos medicamentos destinados aos povos indígenas. Na terceira parte, nós nos deteremos sobre os gastos tributários federais do setor farmacêutico, que – ainda que não estejam incluídos nos gastos diretos da União – são considerados como despesas públicas que devem ser consideradas na análise dos recursos públicos alocados para a assistência farmacêutica no Brasil. Por fim, nas considerações finais, retomamos os principais achados do estudo e apontamos questões que poderão ser abordadas em novos estudos.

7 A esse respeito, ver o Panorama Farmacêutico em: <<https://panoramafarmacautico.com.br/2018/02/21/setor-farmacautico-tem-crescimento-de-1286-e-expectativas-positivas/>>.

8 Ver IBGE (2017).

9 A esse respeito, ver dados da OCDE, disponíveis em: <<https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm>>.

10 Ver IBGE (2017).

CAPÍTULO 1

MENOS RECURSOS PARA A SAÚDE

Segundo dados do Banco Mundial, em 2013, a soma de todos os gastos, públicos e privados, com saúde no Brasil representava 9,7% do PIB. Nos países sul-americanos e nos países com infraestrutura econômica semelhante à da brasileira, esses gastos são da ordem de 6,7% do PIB. Mesmo nos países da OCDE, a média é ligeiramente inferior à da brasileira, estimada em 9,5%¹¹. Porém, no Brasil, apenas 48,2% desses gastos são públicos, o restante é privado. Esse percentual é bem inferior não só à média observada nos países da OCDE (71,8%), como ao verificado na América do Sul (60,3%) e em países semelhantes ao Brasil do ponto de vista econômico (56,8%).

Por sua vez, o IBGE calcula que as despesas totais com o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil passaram de 8% do PIB, em 2010, para 9,1% em 2015. E se em 2010 a participação do poder público nessas despesas foi de 45%, em 2015 caiu para 42,4%.

Se, por um lado, temos gastos comparativamente elevados com saúde, custeados majoritariamente pelo consumo privado das famílias, por outro, justamente a partir de 2015, o orçamento federal da Saúde vem diminuindo sistematicamente, conforme pode ser observado no gráfico 1. As execuções financeiras tanto do Ministério da Saúde quanto da Função Saúde¹² em 2017 foram, em termos reais, 5% menores do que em 2014. E mais: a proporção da Saúde no Orçamento Geral da União (OGU) também caiu nesse período, passando de 5,64% em 2014 para 5,22% em 2017, uma queda de 7%.

É importante destacar que a recente diminuição do orçamento da Saúde tem ainda impacto negativo para o seu financiamento futuro. Isto porque, em 2017, passou a vigorar a Emenda Constitucional nº 95/2016, que limitou a elevação das despesas primárias à taxa da inflação. A Emenda também alterou a forma de cálculo das aplicações mínimas em saúde. Antes, eram de 15% da Receita Corrente Líquida da União e, a partir de então, passaram a ser corrigidas pela inflação, tendo como valor-base o volume das despesas de 2017. Assim, a sistemática queda do orçamento da Saúde nos últimos três anos reduziu ainda mais o valor de referência para os cálculos dos próximos orçamentos da área.

11 A esse respeito, ver Banco Mundial (2017).

12 Que agrega as despesas com as políticas de saúde, independentemente do ministério que as realize. Além disso, não se confunde com as despesas do Ministério da Saúde, uma vez que este também gasta recursos em outras funções de governo, como Previdência Social, no pagamento de aposentadorias e pensões de servidores do órgão.

GRÁFICO 1. Execução financeira do Ministério da Saúde e da Função Saúde e participação percentual da função Saúde no Orçamento Geral da União, 2014-2017

Valores constantes, em bilhões de reais, deflacionados para preços médios de 2017 pelo IPCA.



Fonte: SIGA.

Elaboração: INESC.

Observação: a execução financeira diz respeito a despesas pagas somadas dos restos a pagar pagos.

Vejamos como as medidas de austeridade atingiram o OTMED.

CAPÍTULO 2

AS VICISSITUDES DOS GASTOS FEDERAIS COM MEDICAMENTOS

Em 2016, apesar da diminuição do orçamento da Saúde, em decorrência das medidas de austeridade, de maneira surpreendente, os recursos federais destinados a medicamentos aumentaram 19,6% em termos reais. Trata-se da maior alta registrada desde o início da série analisada, chegando à marca de 15,8% dos recursos do Ministério da Saúde, conforme pode ser observado no gráfico 2. Esse aumento dá sequência a um crescimento contínuo dos gastos com medicamentos observados nos últimos anos. Com efeito, entre 2008 a 2015, o Orçamento Federal do Acesso a Medicamentos no Brasil (OTMED) aumentou 64,9% em termos reais, uma elevação muito superior à observada no orçamento da Saúde, de 36,7% no mesmo período. Assim, a participação percentual do OTMED no orçamento do Ministério da Saúde, que passou de 11,6% para 14,6% no mesmo período, se aproximava da média calculada para os países de renda média-alta, que é da ordem de 15%¹³.

O aumento sistemático do OTMED nos últimos anos contribui para o alcance de diversos avanços, tais como: (a) a ampliação da lista de medicamentos essenciais do SUS, que em 2010 era composta por 574 itens e, em 2017¹⁴, alcançou a marca de 1.098 medicamentos e insumos; (b) a elevação da cobertura populacional de vacinas importantes, como BCG, meningococo, pentavalente DTP/Hib/HB, poliomielite, pneumocócica e tríplice viral, que foi superior a 90% entre 2012 e 2015; (c) o aumento do número de vacinas: o calendário de vacinas do SUS de 2017 contou com 14 vacinas para crianças, 8 para adolescentes e adultos e 5 para a população idosa; e (d) o acesso universal ao tratamento do HIV/Aids, com acesso integral aos medicamentos retrovirais (tal tratamento é considerado referência internacional pela UNAIDS)¹⁵.

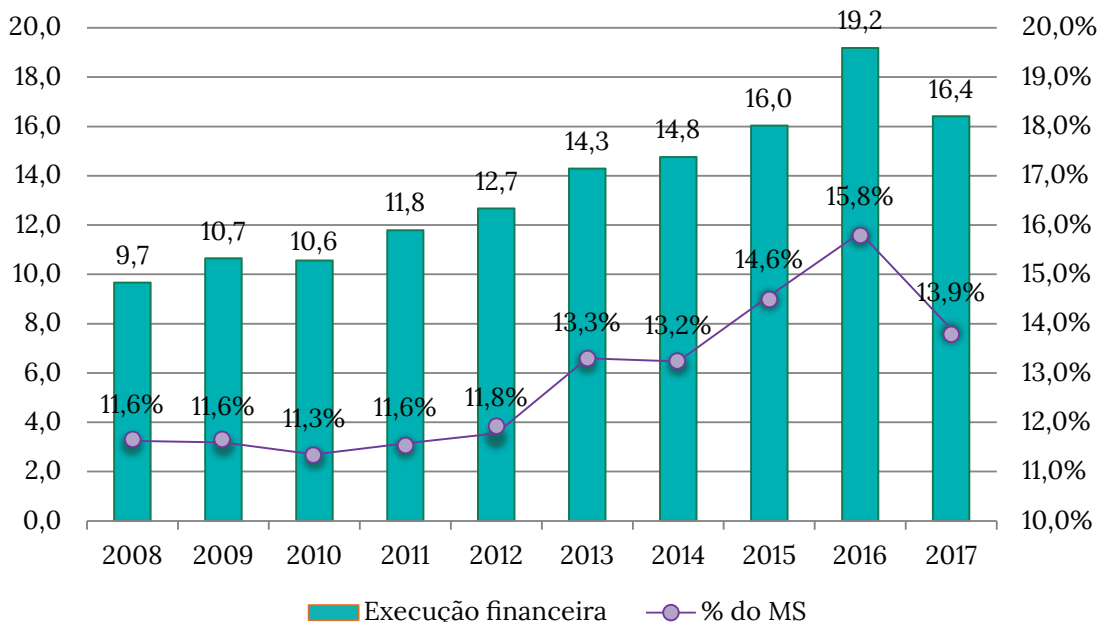
13 A esse respeito, ver WHO (2011).

14 A esse respeito, é importante dizer que a Portaria nº 1, de 17 de janeiro de 2012, modificou a natureza da Renome, que deixou de ser exclusivamente a lista de medicamentos essenciais do SUS e passou a orientar, em forma de diretriz, quais medicamentos podem ser disponibilizados por meio dos serviços públicos. Ainda assim, percebe-se uma elevação do leque de medicamentos disponibilizados no SUS na última década.

15 A esse respeito, ver: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf>.

GRÁFICO 2. Execução financeira e participação percentual do OTMED na alocação do Ministério da Saúde, 2008-2017

Valores constantes, em bilhões de reais, corrigidos para preços médios de 2017 pelo IPCA.



Fonte: SIGA; LAI.
Elaboração: INESC.

Observação: a execução financeira diz respeito a despesas pagas somadas dos restos a pagar pagos.

Porém, em 2017, a tendência de crescimento do OTMED foi bruscamente interrompida, com uma retração de 14,4% em termos reais, muito maior do que a queda dos recursos para a Saúde, que foi da ordem de 3%.

No Brasil, a assistência farmacêutica tem sido organizada pelos Componentes Básico, Especializado e Estratégico¹⁶. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) reúne as despesas com transferências para estados e municípios adquirirem medicamentos de atendimento básico e com os medicamentos do Programa Saúde da Mulher. O Componente Especializado (CEAF) responde por despesas com medicamentos de alto custo e voltados a atendimentos de alta complexidade e por transferências para a aquisição municipal de medicamentos para a primeira linha de cuidado, principalmente para doenças de atendimento hospitalar e ambulatorial. Por fim, o Componente Estratégico (CESAF) é voltado aos medicamentos para doenças e agravos com marcante importância epidemiológica, de perfil endêmico, negligenciadas e de grande impacto socioeconômico. Para tanto, este componente executa recursos por meio de cinco ações orçamentárias, que atendem às aquisições de medicamentos:

- imunobiológicos (prevenção de doenças imunopreveníveis, tratamento com soros imunes e vacinas do Programa Nacional de Imunização);
- hematológicos (para tratamento de coagulopatias);

¹⁶ A partir de pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que resultou na Resolução MS nº 25, de 31 de agosto de 2017, as versões seguintes da Rename serão compostas pelos Componentes Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial e Atenção Hospitalar.

- para tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST/Aids);
- para suprimento de carências nutricionais; e
- para doenças negligenciadas e de grande impacto socioeconômico.¹⁷

Além desses três componentes, o OTMED inclui as despesas com o Programa Farmácia Popular e com a promoção da saúde de povos indígenas.

A seguir, analisamos mais detidamente esses dois momentos do OTMED, de crescimento seguido de queda, a partir da avaliação dos seus distintos componentes.

2.1

MEDICAMENTOS IMUNES À AUSTERIDADE EM 2016

A elevação de cerca de 20% do OTMED em 2016 se deve essencialmente aos expressivos aumentos dos Componentes Estratégico (32,77%) e Especializado (25,09%), que representam mais de 70% dos gastos federais com produtos farmacêuticos (veja a *tabela 1*). O Componente Básico elevou-se pouco, em torno de 5%, enquanto a Farmácia Popular e a Saúde Indígena sofreram grandes cortes, de 24,35% e 20,62, respectivamente.

O crescimento dos Componentes Estratégico e Especializado segue a tendência dos últimos anos: de 2008 a 2015, o CESAFA aumentou em 84,4% em termos reais, e o CEAF, 67,8%. Quanto ao Componente Básico, seus recursos aumentaram pouco mais de 5% em 2016, depois de uma queda da mesma ordem entre 2008 e 2015.

O destaque em 2016 é da Farmácia Popular, que sofreu queda de 24,33% em apenas um ano. O programa vinha ganhando protagonismo na promoção do acesso a medicamentos no Brasil, ao ter seu orçamento em termos reais triplicado entre 2008 e 2015, atingindo patamar superior a R\$ 3 bilhões. Tal dinamismo resultou no atendimento de 38 milhões de pessoas em 10 anos¹⁸ e possibilitou que o programa se tornasse referência na América Latina¹⁹. Mais adiante, fazemos uma análise mais detalhada do programa.

Outra área que sofreu cortes expressivos foi a de medicamentos para promoção da saúde de povos indígenas, cujos recursos diminuíram 20,62% em apenas um ano. O programa foi criado em 2015 com R\$ 16 milhões, saltou para R\$ 25,9 milhões em 2015 e caiu para R\$ 20,6 milhões em 2016.

O aumento do Componente Básico (CBAF) deve-se essencialmente ao incremento das transferências do Ministério da Saúde a estados e municípios. Note-se, contudo, que – apesar desses aumentos – os recursos não foram suficientes para assegurar a universalidade

17 Entre as principais doenças atendidas estão: brucelose, cólera, dengue, doença de Chagas, doença falciforme, esquistossomose, febre maculosa, filariose linfática, geo-helmintíases, hanseníase, infecções fúngicas sistêmicas, influenza, leishmaniose, lúpus, malária, meningite, raiva, tabagismo, tracoma, toxicologia e tuberculose.

18 Ver em: <<http://www.portalfederativo.gov.br/noticias/destaques/aqui-tem-farmacia-popular-atende-38-milhoes-de-brasileiros-em-10-anos>>.

19 Como Peru e Equador, como se pode verificar em: <<http://www.blog.saude.gov.br/servicos/33789-programa-farmacia-popular-serve-de-modelo-para-iniciativa-no-peru.html>> e em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35150-equador-implantara-programa-farmacia-popular>>.

do atendimento. Desde 2013, tinha a responsabilidade de transferir aos entes subnacionais o valor nominal de R\$ 5,10 por habitante, considerando a estimativa populacional do IBGE para 1º de julho de 2011, ou seja, R\$ 981,2 milhões. Contudo, em 2015, o Governo Federal transferiu o valor nominal de R\$ 927,5 milhões, 5,5% inferior ao mínimo estabelecido pela legislação. Em 2016, as transferências a estados e municípios foram elevadas para R\$ 1,09 bilhão, valor que atende à legislação do CBAF.

TABELA 1. Execução financeira do OTMED por Componente da Assistência Farmacêutica, 2015 e 2016.

Valores constantes, em milhões de reais, deflacionados para preços médios de 2017 pelo IPCA.

Componente/Programa	2015	2016	Variação Percentual
Básico	1.388,63	1.465,67	+ 5,54%
Especializado	6.149,13	7.691,79	+ 25,09%
Estratégico	5.214,01	6.922,67	+ 32,77%
Farmácia Popular	3.335,37	2.523,22	- 24,35%
Saúde Indígena	25,95	20,60	- 20,62%
Total	16.034,37	19.175,11	+ 19,59%

Fonte: SIGA; LAI.

Elaboração: INESC.

Observação: a execução financeira diz respeito a despesas pagas somadas dos restos a pagar pagos.

No que se refere às aquisições efetuadas diretamente pelo Ministério da Saúde, observou-se movimento inverso, pois elas caíram 17,8% em termos reais, passando de R\$ 255,5 milhões em 2015 para R\$ 211,7 milhões em 2016. O que explica essa redução é a compra em quantidades menores de medicamentos, insumos e contraceptivos do Programa Saúde da Mulher e a queda dos preços pagos pelas insulinas, de responsabilidade do Governo Federal.

No que diz respeito aos medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher, houve diversas reduções nas quantidades adquiridas, listadas a seguir:

- 4,3% menos ampolas de acetato de medroxiprogesterona 150 mg/mL;
- 39,5% menos cartelas de etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg;
- 64,2% menos cartelas de noretisterona 0,35 mg;
- 75% menos cartelas de levonorgestrel 0,75 mg.

Também foram zeradas as aquisições do enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg do contraceptivo diafragma, bem como dos anéis medidores do diafragma. Observou-se elevação apenas na aquisição do misoprostol (475 mil cartelas com comprimidos de 25 mcg e 463 mil de 200 mcg), que não havia sido comprado no ano anterior.

No tocante à insulina, em documento disponibilizado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, verificamos que o preço médio pago pelas ampolas da insulina regular (10 mL) caiu de R\$ 53,82 para R\$ 8,80, atingindo um valor seis vezes menor. Estudos adicionais são necessários para entender melhor essa abrupta redução de preços. Somadas às ampolas da insulina NPH (com preço relativamente estável caindo de R\$ 9,51 para R\$ 8,79 a unidade), a quantidade adquirida aumentou 13,7%.

A elevação dos recursos alocados para o Componente Especializado (CEAF) ocorreu devido ao aumento da quantidade de medicamentos adquiridos. Em 2015, foram comprados 41 fármacos em 70 apresentações, somando 606,6 milhões de unidades. Em 2016, esses quantitativos subiram para 46 fármacos em 72 apresentações, totalizando 819,8 milhões de unidades. Verificamos que os fármacos adicionados às aquisições em 2016 (adefovir, dactinomicina, imatinibe, leflunomida e riluzol) aumentaram as despesas em R\$ 239,1 milhões. E, em especial, a aquisição de 117 milhões de unidades a mais em seis fármacos, apresentados na tabela 2, respondeu por um aumento de R\$ 1,47 bilhão nas despesas.

TABELA 2. Quantidades, valores das despesas e variações percentuais das aquisições de medicamentos selecionados, 2015-2016

Valores constantes, em milhões de reais, deflacionados para preços médios de 2017 pelo IPCA.

Fármaco (apresentação)	Quantidades adquiridas			Despesas (R\$)		
	2015	2016	Variação Percentual	2015	2016	Variação Percentual
Desclastavir (comprimido)	1.834.056	5.070.996	+ 176,5%	193,54	450,06	+ 132,5%
Entanercepte (ampola)	1.036.092	2.043.464	+ 97,2%	410,8	750,52	+ 82,7%
Infliximabe (comprimido)	223.712	331.642	+ 48,3%	231,61	315,75	+ 36,3%
Micofenolato de Sódio (comprimido)	43.599.600	85.012.080	+ 95%	213,26	357,36	+ 67,6%
Sofosbuvir (comprimido)	2.684.304	5.629.008	+ 109,7%	763,68	1.230,39	+ 61,1%
Tacrolimo (cápsula)	58.616.950	127.268.750	+ 117,1%	182,93	361,91	+ 97,8%

Fonte: LAI.
Elaboração: INESC.

Contribuiu também para a elevação do CEAF o impacto do fenômeno da judicialização federal da saúde nos gastos com medicamentos. Em 2016, as despesas com medicamentos em função de ações judiciais foram de R\$ 1,354 bilhão, valor 9,3% superior ao de 2015.

Por seu turno, as transferências de recursos para a compra de medicamentos pelos estados se mantiveram relativamente estáveis, passando de R\$ 790,3 milhões em 2015 para R\$ 809,8 milhões em 2016.

O aumento dos gastos com os medicamentos do Componente Estratégico (CESAF) em 2016 em relação a 2015 se deve principalmente à elevação das despesas com medicamentos hematológicos, com 81,1% de elevação (de R\$ 0,74 bilhão para R\$ 1,34 bilhão), e imunobiológicos, com 39,3% (de R\$ 2,95 bilhões para R\$ 4,11 bilhões).

No caso dos medicamentos hematológicos, houve importantes aumentos nas quantidades

adquiridas, medidas em UI – *unidades internacionais*²⁰. Entre os principais, temos:

- Fator VII: de R\$ 0,0 para R\$ 156,9 milhões (3,8 milhões de UI);
- Fator VIII associado ao Fator de Willebrand: de R\$ 7 milhões (15 milhões de UI) para R\$ 44 milhões (84 milhões de UI);
- Fator VIII recombinante: de R\$ 88,2 milhões (105 milhões de UI) para R\$ 589,4 milhões (512,5 milhões de UI);
- Concentrados de Coagulação Fator IX: de R\$ 64 milhões (111,1 milhões de UI) para R\$ 149,5 milhões (258,5 milhões de UI).

Na soma de todos os hematológicos, observa-se um incremento de 36,6% na quantidade adquirida. Observa-se, ainda, uma elevação de 64,3% nos preços dos fatores recombinantes, que contribui para a elevação dos gastos. O custo de uma UI passou de uma média de R\$ 0,80 para R\$ 1,37 entre os anos de 2015 e 2016.

A elevação das despesas com medicamentos imunobiológicos também resultou do aumento do acesso aos medicamentos. O antirretroviral 3 em 1 (tenofovir + lamivudina + efavirens) foi adquirido em quantidade 17,1% maior (58,6 milhões de comprimidos), a compra de fosfato de oseltamivir praticamente quintuplicou (de 5,6 milhões para 25,7 milhões de comprimidos), enquanto a aquisição do pavilizumabe foi 84,7% maior (111,2 mil frascos em 2016).

Ocorreram ainda compras relevantes de medicamentos que não foram adquiridos em 2015, como do darunavir (3,5 milhões de comprimidos), do dolutegravir (38,7 milhões de comprimidos), de anfotericina B 100 mL (38 mil ampolas) e da linezolida (90,1 mil comprimidos). Essas aquisições tiveram como impacto financeiro uma elevação de R\$ 525,4 milhões nas despesas. No caso desses medicamentos, também verificamos elevação de 37,1% nos preços do fosfato de oseltamivir (de R\$ 2,68 a cápsula para R\$ 3,68) e de 97% para o antirretroviral 3 em 1 (de R\$ 1,32 o comprimido para R\$ 2,60).

Com orçamento mais modesto do que os dos demais subcomponentes, a alocação para suprimento de carências nutricionais aumentou de R\$ 2,1 milhões para R\$ 3,3 milhões entre 2015 e 2016. Desse valor, 58,5% se refere à aquisição de sachês polivitamínicos, e os 41,5% restantes foram para a aquisição de vitamina A, em convênio com a Fiocruz. Esses são insumos do programa NutriSUS, de prevenção e atendimento da desnutrição infantil. Note-se que houve também aumento do atendimento a crianças indígenas: segundo o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), entre 2015 e 2016, o número de crianças indígenas atendidas com os programas de alimentação e nutrição passou de 98,5 mil para 115,4 mil.

Por outro lado, verificou-se queda de 0,5% dos recursos para tratamento das DST (de R\$ 1,18 bilhão para R\$ 1,17 bilhão) e de 14,5% na ação que responde pela aquisição dos medicamentos para tratamento das doenças negligenciadas e de impacto socioeconômico (de R\$ 344 milhões para R\$ 294 milhões). Sem alterações substanciais nos preços de mercado dos medicamentos que atendem a essas doenças, a redução do aporte pode ter restringido o acesso ao tratamento dos pacientes, uma vez que a quantidade total de medicamentos adquiridos por meio desse componente caísse de 2,4 bilhões de unidades em 2015 para 1,8 bilhão em 2016.

Os recursos destinados exclusivamente aos medicamentos para a *Saúde Indígena* caíram mais de 20% em apenas um ano, evidenciando o pouco caso do Ministério da Saúde para com os direitos dos povos indígenas, conforme será discutido posteriormente.

20 Sistema de medidas utilizado pelo setor farmacêutico para quantificar vitaminas e concentrações de fármacos que podem se alterar dentro de um mesmo volume de mL ou ampola.

Também caíram os recursos da *Farmácia Popular*, resultante do progressivo encerramento do programa, como veremos, também posteriormente, em quadro específico.

2.2

MEDICAMENTOS PERDEM IMUNIDADE EM 2017

Conforme mencionado anteriormente, em apenas um ano, o OTMED recuou 14,43% em termos reais, queda bem maior do que a do Orçamento da Saúde, que foi da ordem de 3%.

Ainda que os recursos alocados em todos os componentes tenham caído, o principal retrocesso foi observado no Componente Especializado (CEAF), que viu seu orçamento cair em 25,86%, conforme pode ser observado na tabela 3. A consequência foi a diminuição de 61,7% nas quantidades adquiridas. Note-se, contudo, que a diversidade de medicamentos foi mantida, uma vez que foram adquiridos 45 fármacos em 68 apresentações.

A seguir, apresenta-se a redução das quantidades adquiridas de diversos fármacos que constavam entre os que mais consumiam recursos, quais sejam:

- betainterferona (- 76,6%);
- daclastavir (- 81,8%);
- desatinibe (- 45,9%);
- everolimo (- 82,5%);
- glatirâmer (- 76,3%);
- golimumabe (- 62,2%);
- imiglucerase (- 45,7%);
- rivastigmina (- 87,7%);
- sofosbuvir (- 81%);
- tacrolimo (- 60,1%);
- quetiapina (- 49,3%).

Contudo, é importante destacar que as compras aumentaram para alguns (poucos) medicamentos, como, por exemplo: alfaepoetina, cinacalcete, paricalcitol, viekira, ziprasidona. Juntos, esses fármacos geraram despesas de R\$ 405,8 milhões a mais do que em 2016. Verificou-se também um aumento na aquisição de fármacos de alto custo, como o adalimumabe, o imatinibe, o imuglucerase e a imunoglobulina humana 5g. Tal incremento nas compras resultou na elevação do preço médio pago pelos itens do componente. A imunoglobulina humana 5g teve seu preço elevado em 18,7% por desabastecimento do mercado nacional (o imunobiológico chegou a faltar em diversos estados por vários meses entre o segundo semestre de 2017 e o primeiro de 2018). Também os preços pagos por outros itens do componente foram elevados pela redução das quantidades adquiridas – tais como as do abacacepte (14%), da betainterferona 1b (14,7%) e da imuglucerase (14%).

As transferências para estados e municípios também caíram 9,2%, somando R\$ 735 milhões, o que impacta na capacidade dos entes subnacionais de manter o patamar de atendimento.

Em 2017, os recursos destinados à compra de medicamentos decorrentes da judicialização caíram 21%. O recente e expressivo crescimento desse instrumento como forma de acessar medicamentos vinha provocando amplos debates, inclusive no Poder Judiciário, a ponto de gerar os Recursos Extraordinários nº 657.718/MG e nº 566.471/RN no Supremo Tribunal Federal. O primeiro discute a obrigação do Estado de fornecer medicamentos de alto custo não incluídos na Política Nacional de Medicamentos a pessoas que não possuam recursos para a sua aquisição. O segundo trata da possibilidade de que as decisões judiciais obriguem os entes públicos (União, estados e municípios) a fornecer medicamentos não registrados pela Anvisa. O fenômeno da judicialização de medicamentos levou o Poder Judiciário a criar Núcleos de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS) nas diversas instâncias de jurisdição e adotar uma ferramenta digital, a e-NatJus, que reúne bases de dados e informações acopladas. Ambas as iniciativas estão voltadas à redução das despesas com medicamentos judicializados – partindo-se do pressuposto de que determinadas decisões careciam de amparo técnico. O resultado foi a redução dessas despesas, que passaram de R\$ 1,35 bilhão em 2016 para R\$ 1,03 bilhão em 2017.

TABELA 3. Execução financeira do OTMED por Componente da Assistência Farmacêutica, 2016-2017

Valores constantes, em milhões de reais, deflacionados para preços médios de 2017 pelo IPCA.

Componente/Programa	2016	2017	Variação Percentua
Básico	1.465,67	1.321,66	- 9,83%
Especializado	7.691,79	5.703,01	- 25,86%
Estratégico	6.922,67	6.498,48	- 6,13%
Farmácia Popular	2.523,22	2.412,38	- 4,39%
Saúde Indígena	20,60	16,72	- 18,83%
Total	19.175,11	16.407,65	- 14,43%

Fonte: LAI.
Elaboração: INESC.

A queda de recursos no Componente Básico deve-se essencialmente ao recuo em 37% das aquisições diretas de medicamentos por parte do Ministério da Saúde, que chegaram a R\$ 209,9 milhões em 2017. As transferências a estados e municípios caíram em menor proporção, 6,2%, chegando a R\$ 1,06 bilhão em 2017. A redução das transferências só não foi maior em virtude de uma pactuação firmada na Comissão Intergestora Tripartite (CIT)²¹, que atualizou o valor das transferências do CBAF para R\$ 5,58 por habitante, bem como passou a considerar a estimativa populacional de 1º de julho de 2016, de 206,08 milhões de pessoas. Vale sinalizar, ainda, que essa atualização sequer repôs o peso da inflação do período entre a regulamentação e o acordo firmado na CIT²² – o que se daria pelo valor de R\$ 6,47 por habitante. A redução nas aplicações diretas resultou em um menor número de aquisição de medicamentos: em 2017, as únicas aquisições de medicamentos deste componente foram de 9,6 milhões de ampolas de enato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg e 19,5 milhões de ampolas de insulinas.

21 Que resultou na Portaria MS/GM nº 2.001, de 3 de agosto de 2017, o que ampliou o valor das transferências a partir de setembro.

22 Inflação de 26,91% de 1º de julho de 2013 a 1º de julho de 2016, pelo IPCA.

A redução dos recursos do Componente Estratégico teve como consequência a diminuição da aquisição de medicamentos hematológicos, dentre os quais destacam-se os seguintes:

- Complexo Protrombínico: de 103 milhões de UI para 3 milhões;
- Concentrado de Fator VIII Plasmático: de 471,6 milhões de UI para 17 milhões;
- Concentrado de Coagulação Fator IX: de 258,1 milhões de UI para 100,1 milhões;
- Fosfato de Oseltamivir: de 25,7 milhões de cápsulas para 3,8 milhões.

A quantidade total adquirida de hematológicos caiu 44,1%, enquanto que as despesas com esses tipos de medicamentos foram reduzidas em 10,3%. O fato de que a redução quantitativa seja mais acentuada do que a orçamentária não se deu em função de elevação de preços, que se mantiveram praticamente estáveis. Houve elevação na aquisição de fatores de mais alto custo (como fatores recombinantes e fracionamento de plasma) e redução naqueles de menor precificação. Assim, o valor médio pago por UI/cápsula aumentou de R\$ 0,98 para R\$ 1,20.

As despesas com medicamentos imunobiológicos aumentaram 2%. Houve redução de preços médios de medicamentos, como o antirretroviral 3 em 1: tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg + efavirens 600 mg (que caiu de R\$ 2,60 para R\$ 1,58 o comprimido), o que favoreceu o aumento do número de comprimidos adquiridos: de 58,6 milhões para 233 milhões entre 2016 e 2017. Também foi reduzido o preço médio da combinação zidovudina + lamivudina (de R\$ 1,10 para R\$ 1,00), com aquisição estável em 34 milhões de comprimidos. Note-se que a aquisição de outros antirretrovirais foi reduzida, como a do raltegravir (de 3,6 milhões para 1,3 milhão de comprimidos) e a do dolutegravir (com 38,7 milhões de unidades adquiridas em 2016, que não constou nas compras de 2017).

Os recursos destinados a medicamentos para o atendimento a doenças e agravos de maior impacto socioeconômico foram reduzidos em 13,7%, enquanto que para o atendimento de soropositivos a queda foi de 12,4%, não obstante a aquisição de parte do orçamento para imunobiológicos ser destinada ao tratamento de pacientes com o vírus HIV.

Por sua vez, os recursos para a aquisição de nutrientes e insumos para segurança alimentar caíram praticamente pela metade, de R\$ 3,3 milhões para R\$ 1,8 milhão em 2017. O DAF informou que houve falta de fornecimento no mercado nacional, o que obrigou o Ministério da Saúde a fazer uma aquisição internacional, que atrasou e só pôde ser concluída ao final do ano. Assim, não houve distribuição de sachês e ciclos de fortificação nem para a população em geral, nem para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

2.3

A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DOS POVOS INDÍGENAS: A EXPRESSÃO DO RACISMO INSTITUCIONAL

No que se refere a medicamentos destinados à Saúde Indígena, em 2017 houve mais uma queda. Com isso, em apenas dois anos, os recursos desse componente encolheram 36,6%, resultando numa diminuição da participação dos medicamentos indígenas no OTMED, que passou de 0,16% em 2015 para 0,10% em 2017.

Tais resultados evidenciam o desrespeito da administração pública em relação aos direitos dos povos indígenas. São a expressão do racismo institucional, pois verifica-se um tratamento diferenciado em relação a outros públicos: quando os recursos gerais aumentam, estes diminuem; quando o orçamento geral de medicamentos cai, estes recuam proporcionalmente mais, o que reforça o desmonte de outras políticas indigenistas, com sucateamento e aparelhamento em favor de interesses do agronegócio, como temos verificado em outros estudos²³. Importa salientar que a Política de Saúde para os Povos Indígenas é em grande parte executada por organizações conveniadas – em virtude das particularidades históricas, culturais e geográficas dos referidos povos.

Dessa forma, apenas uma parte dos medicamentos é adquirida de forma centralizada no Ministério da Saúde. Há produtos adquiridos pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, bem como por meio do Cartão de Pagamento do Governo Federal (CPGF), de administração das organizações que executam os serviços. Ainda assim, as frequentes demandas dos povos indígenas por ampliação do direito à saúde, pelas quais tem perpassado o tema do acesso a medicamentos²⁴, não pode passar despercebido pela execução financeira de responsabilidade direta do Governo Federal – além de ser um indicador da necessidade de mais investimentos nesse sentido.

2.4

O DESMONTE DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR (FP)

Criado em 2004²⁵, o FP foi inicialmente pensado como um programa de promoção do acesso a medicamentos essenciais a preços subsidiados por meio de farmácias públicas, localizadas estrategicamente para a população de mais baixa renda, em especial em municípios participantes do Plano Brasil Sem Miséria.

O FP passou por alterações importantes ao longo do tempo, como a abertura de uma rede credenciada em parceria com farmácias privadas, para a ampliação da capilaridade geográfica, em 2006²⁶. Essa rede é denominada “Aqui Tem Farmácia Popular” e é responsável pela armazenagem e distribuição dos medicamentos, mediante reembolso do Governo Federal frente às quantidades retiradas.

Em 2011²⁷, foi introduzida mais uma novidade: a disponibilização gratuita de medicamentos para o tratamento da hipertensão e diabetes. Esta modalidade do programa foi batizada de “Saúde Não Tem Preço” e teve sua lista de medicamentos ampliada para o atendimento da asma e de outros itens, como fraldas geriátricas.

23 A esse respeito, ver as seguintes publicações do Inesc:

<<http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-do-inesc/2018/abril/direitos-indigenas-entre-desmontes-oportunismos-e-resistencia>> e <<http://amazonia.inesc.org.br/materias/para-saude-da-mulher-e-da-crianca-indigenas-sobram-promessas-e-faltam-solucoes/>>.

24 Como no caso do último Acampamento Terra Livre (ATL), realizado de 23 a 27 de abril, em Brasília (DF), organizado pela Articulação dos Povos indígenas do Brasil (APIB).

25 Criado por meio da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004.

26 Por meio da Portaria nº 491, de 9 de março de 2006.

27 Com a edição da Portaria nº 184/2011, de 3 de fevereiro de 2011.

Contudo, nos dois últimos anos, o FP vem sofrendo cortes orçamentários expressivos, de 27,7%, associados a mudanças na gestão do programa: desde 2014, o número de farmácias vem diminuindo e, em 2017, o Ministério da Saúde decidiu encerrar o atendimento por meio das farmácias públicas – que chegaram a somar 532 unidades em todo o país²⁸, sendo que muitas dessas farmácias eram as únicas em seus municípios de atuação. Por seu turno, as farmácias conveniadas do “Aqui Tem Farmácia Popular” também vêm sendo reduzidas: segundo dados da Sage, de 2014 a 2017 foram fechadas 82 unidades e seis municípios deixaram de ser atendidos. O resultado é que 1.107 municípios (20% do total) não são abrangidos pelo programa. O impacto pode ser ainda maior nas Regiões Norte e Nordeste, que concentram a maior parte dos municípios com maior prevalência de extrema pobreza e onde a presença das farmácias privadas tende a ser inferior²⁹. A própria estratégia territorial de abertura das farmácias públicas, em articulação com o Programa Brasil Sem Miséria, aponta para a relevância daquelas unidades para o acesso da população mais pobre aos medicamentos.

O fechamento de estabelecimentos contrasta ainda com o fato de que 36% dos usuários do programa tinham nas farmácias públicas a única possibilidade de acesso aos medicamentos. Paralelamente, o resultado das medidas de austeridade na aquisição dos fármacos tem sido a falta dos produtos em diversas Unidades da Federação já em 2018³⁰.

28 A esse respeito, ver estudo do Inesc: “Monitoramento dos Direitos Humanos em Tempos de Austeridade no Brasil (2018)”, disponível em: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/monitoramento-dos-direitos-humanos-em-tempos-de-austeridade-no-brasil/view>>.

29 Como verificou o Relatório de Auditoria Operacional do Programa, feito pelo TCU, em 2010, quando as unidades conveniadas do Aqui Tem Farmácia Popular abrangiam apenas 9% dos municípios nordestinos e 7% dos nortistas.

30 Como apresentamos no texto, disponível em: <<http://www.inesc.org.br/artigos/entenda-por-que-emenda-do-teto-dos-gastos-e-um-risco-para-a-sua-saude>>

CAPÍTULO 3

EM TEMPOS DE CRISE, AUMENTAM OS INCENTIVOS FISCAIS À INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

3.1

OS GASTOS TRIBUTÁRIOS NO BRASIL

Os gastos tributários são o conjunto das renúncias e dos benefícios fiscais que permeiam o sistema tributário brasileiro e somam hoje recursos da ordem de R\$ 288 bilhões, em preços médios de 2017. Grande parte desses recursos é construída e mantida com base no poder econômico e político de grupos de interesse, que os negociam sem qualquer transparência para garantir a manutenção de seus privilégios.

Conforme pode ser observado no gráfico 3, em termos relativos, os gastos tributários vêm diminuindo gradativamente nos últimos anos. Em 2014, representavam pouco mais de 22% da arrecadação total e 4,43% do PIB. Em 2018, esses percentuais caem para 20,67% e 4,10%, respectivamente. Em termos absolutos, observam-se uma queda de 14% entre 2014 e 2017 e uma pequena retomada, da ordem de 6%, em 2018. Note-se, contudo, que esses valores podem mudar, uma vez que, para os anos de 2016 a 2018, trata-se de estimativas que somente serão confirmadas nos próximos anos.

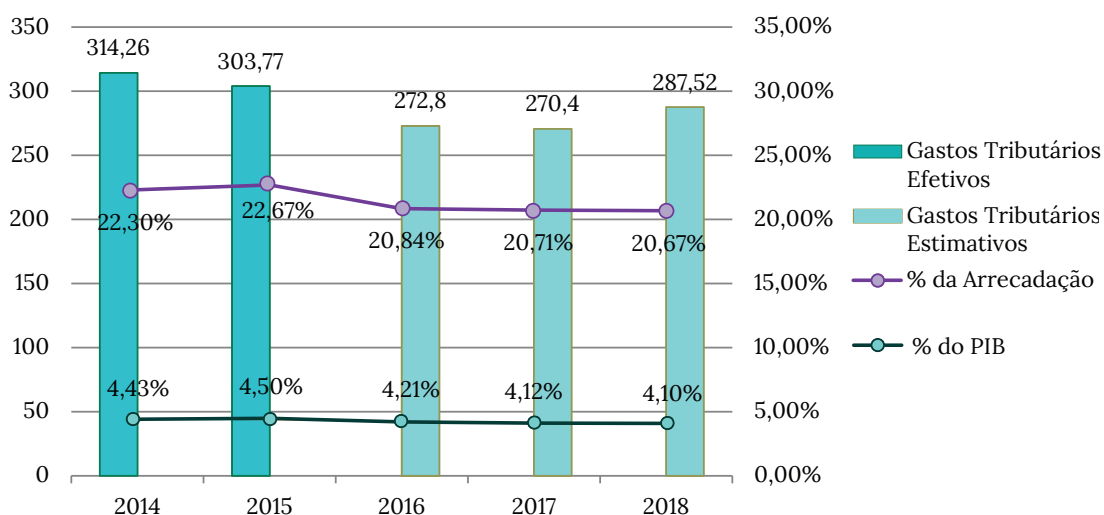
Esse expressivo volume de receita em potencial para o Orçamento Geral da União é ainda mais importante considerando-se o contexto atual de crise fiscal, déficit orçamentário e corte de despesas públicas, que penalizam a população, especialmente a mais pobre. Nesse cenário de necessidade de criar espaço fiscal, em que uma das alternativas era revisar os gastos tributários, o governo brasileiro optou por apenas limitar o gasto público, com a aprovação, em dezembro de 2016, da Emenda Constitucional no 95 (EC 95). Agravando esse cenário, pesquisas do Inesc revelam o caráter pouco redistributivo dos gastos tributários, bem como sua baixa efetividade para a população brasileira. O estudo de caso realizado na Amazônia³¹ foi extremamente revelador: os dados evidenciaram que as concessões de

31 Inesc, 2015. Amazônia: Paraíso Extrativista e Tributário das Transnacionais da Mineração.

benefícios fiscais na região voltam-se majoritariamente às grandes empresas que realizam atividades de alto impacto socioambiental e têm relações promíscuas com o poder público.

GRÁFICO 3. Gastos tributários no Brasil, de 2014 a 2018

Dados constantes, em bilhões de reais, corrigidos para preços médios de 2017 pelo IPCA.



Fonte: Demonstrativo de Gastos Tributários (Receita Federal, 2016, 2017, 2018).
Elaboração: INESC.

Vejam os dados de como se comportam os gastos tributários no setor farmacêutico entre 2014 a 2016, mesmo período que utilizamos para elaborar o Orçamento Temático de Medicamentos.³²

3.2

GASTOS TRIBUTÁRIOS COM O SETOR FARMACÊUTICO

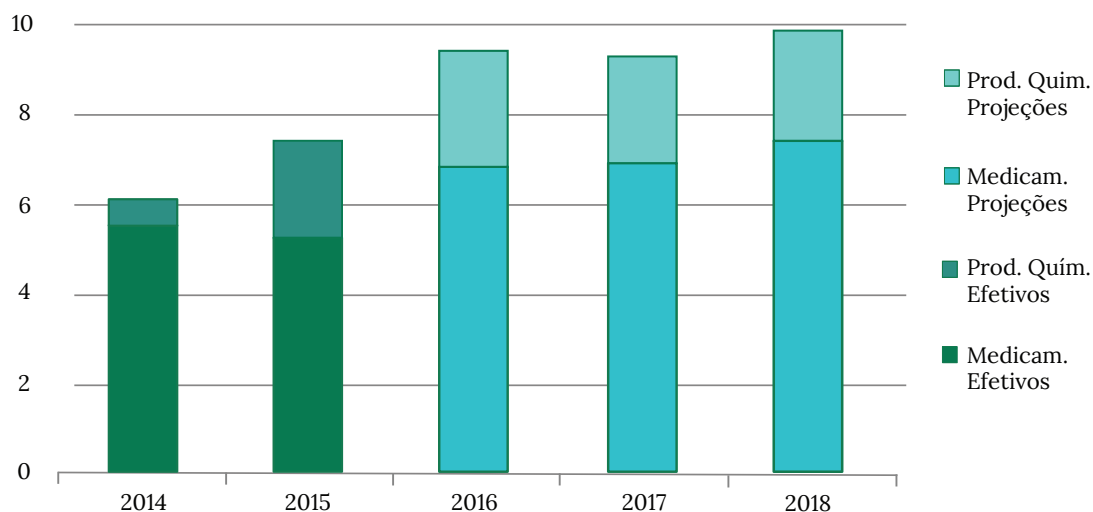
Os gastos tributários com medicamentos e produtos químicos e farmacêuticos efetivos passaram, em termos reais, de R\$ 6,17 bilhões em 2014 para R\$ 7,63 bilhões em 2015, um aumento real da ordem de 23,5%. Quanto às estimativas para o período de 2016 a 2018, observa-se certa estabilidade, em torno de R\$ 9,5 bilhões (ver gráfico 4). Aqui também poderão ser observadas alterações quando as estimativas dos gastos forem efetivadas para os últimos três anos.

Disponível em: <<http://amazonia.inesc.org.br/amazonia-paraiso-extrativista-e-tributario-das-transnacionais-da-mineracao/>>.

32 Inesc, 2016. Direito a Medicamentos. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-do-inesc/biblioteca/publicacoes/livros/2016/direito-a-medicamentos-avaliacao-das-despesas-com-medicamentos-no-ambito-federal-do-sistema-unico-de-saude-entre-2008-e-2015>>.

GRÁFICO 4. Gastos tributários com medicamentos e produtos químicos e farmacêuticos, calculados em bases efetivas e em projeções, de 2014 a 2018

Dados constantes, em bilhões de reais, corrigidos para preços médios de 2017 pelo IPCA.



Fonte: Demonstrativo de Gastos Tributários (Receita Federal, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018).

Elaboração: INESC.

O que os dados revelam é que a indústria farmacêutica não sentiu a crise no Brasil. Apesar de dois anos seguidos de recessão, 2015 e 2016, os recursos públicos não deixaram de ser canalizados para esse setor em volumes vultosos e crescentes. Esse expressivo subsídio tem contribuído para o aumento dos lucros da indústria farmacêutica. De acordo com dados do próprio setor, o faturamento do mercado farmacêutico aumentou a uma média de 10,3% nos quatro últimos anos.³³ Em 2017, o crescimento foi de 12,9%, quando alcançou o valor de R\$ 98,3 bilhões.

A questão é: em que medida esses subsídios beneficiam a população brasileira? Os gastos tributários, no Brasil, são protegidos pelo sigilo fiscal. Com isso, não se sabe quais são as empresas beneficiárias e com que valores, não sendo possível, portanto, avaliar a efetiva contribuição da indústria farmacêutica para a saúde da nossa população. Com o intuito de alcançar maior transparência na área dos gastos tributários, o Inesc – com outras entidades do Terceiro Setor – lançou uma campanha, intitulada #SóAcreditoVendo, que visa a mudanças na legislação, de modo a que sejam conhecidas as empresas agraciadas com isenções fiscais e os montantes alocados.³⁴

33 Ver em: <https://www.interfarma.org.br/guia/guia-2018/dados_do_setor#mercado_brasileiro>.

34 A esse respeito, ver: <<http://www.soacreditovendo.org.br/>>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto fiscal e econômico brasileiro impõe sérios desafios à execução de políticas e serviços para a garantia de direitos. Nos anos recentes, a saúde pública sofreu com as medidas de austeridade implementadas pelo Governo Federal, vendo os recursos da União diminuindo, em termos reais, 5% de queda no período de 2014 a 2017. Contudo, o mesmo não ocorreu com a assistência farmacêutica, que vivenciou expressivos aumentos orçamentários: somente em 2016, a elevação real do OTMED foi de 20%, alcançando R\$ 19,2 bilhões em valores constantes.

Destaque-se que o aumento dos recursos em 2016 – em especial dos medicamentos estratégicos (CESAF) e especializados (CEAF) – veio acompanhado de um aumento muito menor dos gastos com o Componente Básico (CBAF), da ordem de 6%, e de expressiva diminuição das despesas com a Farmácia Popular e a Saúde Indígena: 24,35% e 20,62%, respectivamente. Ou seja, mesmo em um exercício fiscal em que foi marcadamente fomentada, a Política de Assistência Farmacêutica priorizou o atendimento de alto custo, em detrimento do atendimento básico e dos programas voltados a grupos sociais mais vulneráveis.

Em 2017, a longa tendência de elevação do OTMED sofreu abrupta inflexão: os recursos alocados para a assistência farmacêutica caíram 14,4% em termos reais, chegando a R\$ 16,4 bilhões, uma queda muito maior do que a do Orçamento da Saúde, que foi de 3%. Todos os componentes foram afetados pelos cortes, mas particularmente o especializado (CEAF), que conheceu retração de 25,86%.

As vicissitudes da assistência farmacêutica do Governo Federal do período recente, caracterizadas por fortes elevações nos últimos anos e uma expressiva queda em 2017, têm em comum o progressivo abandono das populações mais pobres: com efeito, o Orçamento da Saúde Indígena vem caindo sistematicamente, passando de R\$ 26 milhões em 2015 para R\$ 17 milhões, uma queda de 35% para uma área que é historicamente subfinanciada. A extinção da rede pública do Programa Farmácia Popular em 2017 e seu desfinanciamento são outros exemplos do pouco caso do Ministério da Saúde para com os mais vulneráveis.

Para além das compras públicas de medicamentos, a indústria farmacêutica é beneficiada com vultosos subsídios do Governo Federal, pela via dos gastos tributários. Note-se que os gastos tributários com a comercialização de medicamentos e produtos químicos e farmacêuticos apresentam uma dimensão fiscal importante para o acesso a medicamentos no Brasil, pois equivalem a cerca de 40% do OTMED. São recursos anuais superiores a R\$ 9 bilhões, que são concedidos sem que a população brasileira saiba que empresas são agraciadas com esses subsídios e com que valores. Urge, portanto, incidir junto aos Poderes da União para que tornem essas informações transparentes. Somente assim poderemos saber se essas empresas de fato trazem benefícios para a população brasileira, especialmente considerando-se os crescentes lucros do setor, que sequer são afetados pela crise.

Faz-se necessária a realização de novos estudos, como, por exemplo, sobre a efetividade do SUS em relação à política de assistência farmacêutica. Temos, de um lado, um setor

farmacêutico, nacional e internacional, que enriquece a passos largos graças à proteção do Estado brasileiro – via, por exemplo, Lei de Patentes, compras públicas e subsídios – e, de outro, uma população cada vez mais desprotegida, porque a cobertura via rede pública de saúde é insuficiente ou, ainda, porque não tem renda para comprar remédios.

Urge a necessidade de aprofundar o debate a respeito da composição da carga tributária incidente sobre os medicamentos e do conjunto das renúncias usufruídas pelo setor farmacêutico, considerando-se os benefícios à população na redução dos preços dos produtos, as condições de acesso a medicamentos, bem como o faturamento do setor. Para tanto, importa a realização de estudos que abordem a composição dos custos de produção e de comercialização dos medicamentos, os volumes de investimento e as taxas de lucro das companhias nacionais e de grupos transnacionais desse importante setor econômico.

Por fim, espera-se que este estudo possa subsidiar reflexões que possibilitem aprimorar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica tanto em âmbito federal quanto em relação às demais esferas de governo, além de fortalecer o direito à saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. **Anuário estatístico do mercado farmacêutico 2015**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017.

BANCO MUNDIAL. **Análise da eficiência do gasto público com saúde**. Brasília: World Bank Group, 2017.

DAVID, Grazielle; ANDRELINO, Alane; BEGHIN, Nathalie. **Direito a medicamentos: avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do Sistema Único de Saúde entre 2008 e 2015**. Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2016.

IBGE. **Conta-Satélite de Saúde: Brasil: 2010 – 2015**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017.

GARCIA, Leila P.; MAGALHÃES, Luís C. G.; SANT'ANNA, Ana Cláudia; FREITAS, Lúcia R. S.; AUREA, Adriana P. **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013.

IEDI. **Panorama mundial e brasileiro do setor farmacêutico**. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento Industrial, 2016.

INESC. **Amazônia: paraíso extrativista e tributário das transnacionais da mineração**. Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2015.

_____. **Metodologia Orçamento & Direitos: referenciais políticos e teóricos**. Instituto de Estudos Socioeconômicos: Brasília, 2017.

INTERFARMA. **Guia Interfarma 2017**. Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, 2018.

MATTOS RA. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª edição. Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO, 2009.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Demonstrativo dos gastos tributários: estimativas bases efetivas – 2008**. Brasília: Receita Federal do Brasil, 2011.

_____. **Demonstrativo dos gastos tributários: estimativas bases efetivas – 2009**. Brasília: Receita Federal do Brasil, 2012.

_____. **Demonstrativo dos gastos tributários: estimativas bases efetivas - 2010.** Brasília: Receita Federal do Brasil, 2013.

_____. **Demonstrativo dos gastos tributários: estimativas bases efetivas - 2011.** Brasília: Receita Federal do Brasil, 2014.

_____. **Demonstrativo dos gastos tributários: estimativas bases efetivas - 2012.** Brasília: Receita Federal do Brasil, 2015.

_____. **Demonstrativo dos gastos tributários: estimativas bases efetivas - 2013.** Brasília: Receita Federal do Brasil, 2016.

_____. **Demonstrativo dos gastos tributários: estimativas bases efetivas - 2014.** Brasília: Receita Federal do Brasil, 2017.

_____. **Demonstrativo dos gastos tributários: PLOA 2015.** Brasília: Receita Federal do Brasil, 2014.

_____. **Demonstrativo dos gastos tributários: PLOA 2016.** Brasília: Receita Federal do Brasil, 2015.

_____. **Demonstrativo dos gastos tributários: PLOA 2017.** Brasília: Receita Federal do Brasil, 2016.

RITTER, Otávio; PINHO, Bruno; REIS, Luiz Claudio Diogo; VILAR, Thiago Bezerra. **Transparência das políticas públicas de renúncia fiscal: uma análise sob a ótica de dados abertos.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração, 2017.

SALVADOR, Evilasio. **Renúncias tributárias: os impactos no financiamento das políticas sociais no Brasil.** Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2015.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016.** Texto para discussão, n. 2356. Jan., 2018. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: Rio de Janeiro, 2018.

WHO. **The World Medicines Situation 2011. Global Health Trends: global burden of disease and pharmaceutical needs.** 3rd Edition, World Health Organization: Geneve, 2011.

ANEXO

NOTA METODOLÓGICA

Desde os anos de 1990, o Instituto de Estudos Socioeconômicos tem analisado o orçamento de políticas e serviços públicos com o prisma da realização dos direitos humanos. Para tanto, desenvolveu a metodologia *Orçamento & Direitos*, que foi revisitada e atualizada no ano de 2017, processo que originou a publicação de sua nova edição, disponível em nossa página *on-line*³⁵. Portanto, as apreciações e interpretações deste estudo tiveram como embasamento os referenciais teóricos e políticos ali presentes.

E, para avaliar em que medida o orçamento público realiza os direitos humanos, utilizamos a ferramenta dos Orçamentos Temáticos (OT). Estes são construídos por meio de agrupamentos de despesas, utilizando-se plataformas de dados abertos oficiais e solicitações de informação³⁶, de forma a integrar as rubricas que destinam recursos à promoção do direito que se pretende pesquisar – o que nos permite monitorar séries históricas e acompanhar tendências dentro de um mesmo tema sem que nos limitemos a uma política ou a um programa específicos.

Neste estudo, damos seguimento ao monitoramento do Orçamento Temático de Acesso a Medicamentos (OTMED), que vem sendo examinado pelo Inesc em especial desde 2014. Dessa forma, objetivou-se avaliar a alocação de recursos federais na promoção do acesso a medicamentos no Brasil e os impactos do comportamento financeiro para a garantia do direito humano aos medicamentos.

Como recorte histórico, examinamos os dados dos exercícios financeiros de 2016 e 2017, dando continuidade, principalmente, à análise constante da publicação *Direito a Medicamentos* (INESC, 2016), que abordou as despesas de 2008 a 2015. A versão anterior do OTMED

35 Acesso por meio do link: <<http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/metodologia-do-inesc>>

36 A Lei de Acesso à Informação (LAI) – Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, garante o acesso às informações públicas a todas e todos. Os órgãos e as entidades públicas dos diferentes poderes (inclusive sociedades de economia mista) devem disponibilizar informações de forma transparente e em linguagem de fácil compreensão no prazo de 20 dias, que pode ser prorrogado por mais 10, a depender da complexidade da solicitação. A solicitação pode ser feita no link a seguir: <<http://www.acessoainformacao.gov.br/>>.

também balizou a definição do escopo do objeto, qual seja: as ações orçamentárias que respondem pela aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos.

Em função desse recorte, não compuseram este Orçamento Temático as ações orçamentárias voltadas para o fomento do uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS (20K5), as doações a organismos internacionais para a compra de medicamentos (00NJ, 00NK) e aquelas de pesquisa, ensino e produção de fármacos (2522, 7835, 11PJ, 20QF, 211V, 20UU, 2478, 13DW).

Há ainda outras ações orçamentárias que guardam relação com as políticas de medicamentos e não compuseram este OTMED, por não executarem recursos nesse período, como a 4383 (vacinação da população), a 0804 (apoio à estruturação dos serviços de assistência farmacêutica) e a 8415 (manutenção e funcionamento das farmácias populares).

- Assim, as ações orçamentárias que compuseram esta versão do OTMED foram:
- 20AE – Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde;
- 20AH – Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS;
- 20YE – Aquisição e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças;
- 20YP – Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena;
- 20YR – Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Gratuidade;
- 20YS – Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Copagamento;
- 4295 – Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas;
- 4368 – Promoção da Assistência Farmacêutica por meio da Aquisição de Medicamentos do Componente Estratégico;
- 4370 – Atendimento à População com Medicamentos para Tratamento dos Portadores de HIV/Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis;
- 4705 – Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- 6031 – Imunobiológicos para Prevenção e Controle de Doenças;
- 8735 – Alimentação e Nutrição para a Saúde/Implementação de Ações Voltadas à Alimentação e Nutrição para a Saúde (nomenclatura da ação em 2017).

Com exceção dos dados obtidos por meio de solicitações de informação, devidamente discriminados adiante, os valores ora avaliados foram extraídos do portal SIGA Brasil, mantido pelo Senado Federal, com base em atualizações diárias dos movimentos do Sistema de Administração Financeira Federal (SIAFI).

Foi contabilizada a execução financeira dessas ações, ou seja, os valores pagos e de restos a pagar pagos. Os restos a pagar dizem respeito a valores empenhados em anos anteriores. Dessa forma, contabilizamos todo o valor desembolsado durante o ano por meio daquela ação, e não apenas os pagamentos referentes a empenhos firmados no exercício corrente.

No caso das ações 20YP (Saúde Indígena) e 8735 (Alimentação e Nutrição), não foi contabilizado o valor integral executado, mas utilizamos as solicitações de informação para verificar os montantes que foram destinados especificamente para a promoção do acesso a medicamentos. Também utilizamos esse recurso para obter os dados referentes aos medicamentos

judicializados, custeados por meio do CEAF (ação 4705).

As solicitações de informação foram importantes ainda para termos acesso aos dados relativos às quantidades adquiridas de medicamentos, bem como aos preços pagos aos laboratórios por cada item nos contratos de compra.

Para trabalharmos os dados da Saúde como um todo, extraímos as execuções financeiras da função Saúde e do Ministério da Saúde, além da totalidade das despesas do Orçamento Geral da União (Orçamento Fiscal e Orçamento da Seguridade Social), excetuados os gastos com o refinanciamento da dívida pública, para fins comparativos.

Todos os dados constantes deste texto foram deflacionados para preços médios de 2017 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em razão das comparações de valores executados ao longo do período de 2008 a 2017. A única exceção fica por conta dos valores das transferências do CBAF de 2015 e 2016, justificada pelo fato de que a normatização exige o cálculo nominal dos recursos em função da estimativa populacional. Para tanto, explicitamos no texto quando tratamos dos dados neste formato.







