

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

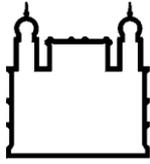
“Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil”

por

Leonardo Vidal Mattos

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

*Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Vera Lucia Luiza
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Ligia Bahia*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Rio de Janeiro, abril de 2015.

Esta dissertação, intitulada

“Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil”

apresentada por

Leonardo Vidal Mattos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Fabiola Sulpino Vieira

Prof.^a Dr.^a Maria Angélica Borges dos Santos

Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Luiza – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 07 de abril de 2015.

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

M444a Mattos, Leonardo Vidal
Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa
Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das políticas
públicas de provisão de medicamentos no Brasil. / Leonardo
Vidal Mattos. -- 2015.
215 f. : tab. ; graf.

Orientador: Vera Lucia Luiza
Ligia Bahia
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Programas Governamentais.
3. Política Nacional de Medicamentos. 4. Controle de
Medicamentos e Entorpecentes. 5. Atenção Primária à Saúde.
6. Política de Saúde. 7. Brasil. I. Título.

CDD – 22.ed. – 615.10981

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

Mestrado em Saúde Pública

***Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e Programa
Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das
políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil***

Leonardo Vidal Mattos

Orientação:

Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Luiza

Prof.^a Dr.^a Ligia Bahia

Rio de Janeiro, abril de 2015

POR TRÁS
Apanhador Só
(Alexandre Kumpinski)

Tudo certo, parceria, que palavras lindas
Mas ainda tem uma coisa que eu não entendi
Qual é, afinal, o peixe que tu tá vendendo?
Qual é, afinal, o peixe que tu tá vendendo?

Tudo lindo, realmente, tô emocionado
Mas ainda tem uma coisa que eu não entendi
Uma duvidazinha assim, um detalhezinho aqui
Pode parecer bobagem
Mas tô achando que não é
Qual é, afinal, o peixe que tu tá vendendo?

Qual é, afinal, o peixe que tu tá vendendo?
Qual é o cheiro das tuas ideias?
Qual é o gosto que tu traz no peito?
E, por trás do peixe que tu tá vendendo
Qual é o peixe que tu tá vendendo?

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Alair e Maria Lucia. Muito mais do que as (motivantes) palavras de incentivo e do que o (vital) apoio financeiro, a naturalidade, o respeito e a serenidade com os quais vocês sempre trataram minhas decisões, das mais bobas às mais importantes, foram ao longo de todos estes anos, e novamente no mestrado, fonte de grande tranquilidade e confiança para seguir os caminhos que resolvi trilhar.

A Clara por todo o amor, carinho, amizade e companheirismo. Por estar ao meu lado e por me aturar nos momentos mais delicados. Não é fácil expressar o quanto você foi importante para mim nesse período. Mas dá pra ter uma noção quando vejo que a nossa história, a história desse mestrado e da minha vinda para o Rio se misturam de uma forma totalmente inseparável. Você é parte de tudo de bom que me aconteceu por aqui.

A Consuelo e Julia, por toda a generosidade ao me acolherem em todos os sentidos, especialmente no momento em que mais precisei.

A todos os amigos que tornaram o caminho muito mais leve, divertido e cheio de histórias. E que fizeram que os anos do mestrado fossem muito mais que anos de estudo, mas de grandes momentos. Especialmente Mile e Mari, amigas para a vida toda.

A Vera, por tudo. E tudo é difícil de listar, até mesmo em *bullet points*, mas vamos tentar. Pela disponibilidade, atenção e disposição em me orientar, desde o primeiro minuto desse processo. Pelo aprendizado nos diversos momentos em que estivemos trabalhando juntos, que felizmente não foram apenas na dissertação. Pelas diversas oportunidades, que espero estar correspondendo à altura. E, principalmente, pela autonomia que recebi para desenvolver as ideias que trago neste trabalho, sem a qual eu teria certamente me frustrado - e esse era meu grande medo antes de vir para a ENSP. Me peguei pensando algumas vezes durante esses dois anos, que tipo sortudo sou eu, que no meio de tantas relações conturbadas entre orientadores e orientandos, fui cair logo com alguém como a Vera que foi tão importante para dar consistência ao que eu pensava, que foi tão importante para minha formação enquanto cientista, sem que me fizesse me sentir pressionado.

A Ligia, por tudo também. Falando em sorte, nunca poderia imaginar que logo na minha primeira semana no Rio já a conheceria, pesquisadora e pensadora que eu já admirava antes mesmo de cogitar o mestrado. Também não poderia imaginar que logo se tornaria minha coorientadora, e que logo mais me juntaria ao grupo de pesquisa. É muito estimulante poder trabalhar com você. Muito obrigado pelas oportunidades, pelos incentivos e pela confiança, me sinto muito honrado.

Aos colegas do mestrado, e principalmente àqueles que mais tarde se tornariam grandes amigos e até mesmo companheiros de teto. Novamente o acaso me ajudando. Não tenho palavras para descrever o quanto foi prazeroso e fundamental ter esbarrado em vocês na ENSP. Todas as cervejas e papos, todos os risos e angústias acadêmicas, militantes e pessoais. Todos os questionamentos, que, compartilhados, se tornaram muito mais fáceis de serem entendidos e em alguns casos superados, se tornando verdadeiras descobertas. Não só descobertas sobre o universo que estávamos explorando dentro e fora da sala de aula, mas descobertas sobre o nosso lugar e o nosso papel no mundo e na vida. O que vivemos tão intensamente nesses dois anos, do grupo de estudos às manifestações, certamente são marcas definitivas gravadas na trajetória de cada um de nós.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca pela formação e pela possibilidade de conhecer de maneira tão intensa o campo da Saúde Coletiva, com todas as suas virtudes e contradições. Aos colegas no NAF e do GPDES, os quais admiro tanto. Tem sido um prazer e um grande aprendizado trabalhar com vocês. Ao Eduardo Stotz e ao Augusto Pina, bravos e necessários resistentes, que não se esquecem nem um dia sequer que, muito mais do que interpretar, nossa tarefa é transformar o mundo. Os princípios que vocês mantém firmes são fonte de inspiração, e ao meu ver, a única saída que temos. Foi engrandecedor poder conviver, aprender e trabalhar com vocês!

Ao Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, que rápido e naturalmente se tornou meu principal espaço de militância, onde aprendi tanto e pude conhecer não só militantes incríveis, mas também pessoas sensacionais pelas quais tenho grande carinho e que se tornaram parte importante da minha vida nesses anos. Aos companheiros do Setorial de Saúde, pelas reflexões, ações e sonhos compartilhados, sempre com muito companheirismo e seriedade.

E por último, e talvez mais importante, ao Movimento Estudantil de Farmácia, responsável por parte importante do meu despertar, de minha formação política e dos caminhos escolhidos na vida. A motivação para este trabalho é primordialmente produto de inquietações coletivas e de longos e acalorados debates sobre as grandes questões da assistência farmacêutica e da saúde pública no Brasil, nos espaços da ENEFAR. Espero que com essa contribuição eu possa, de alguma forma, retribuir ao menos parte daquilo que o MEF me proporcionou e levar para o mundo as necessárias reflexões que o movimento, com todas as suas limitações e contradições, traz.

RESUMO

A implementação do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) no ano de 2004 introduziu no país uma terceira fonte de provisão de medicamentos, sendo as outras duas a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (AFAB) e as farmácias comerciais. O PFPB introduziu novos mecanismos, como o subsídio, o copagamento e a parceria público privado (PPP) com o varejo farmacêutico na modalidade Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP), a qual se tornou a mais importante delas considerando o volume de recursos financeiros destinados e a quantidade de pontos de dispensação. Entre as polêmicas envolvendo o programa, destaca-se o tipo de relação entre o ATFP e a AFAB, se de competição ou complementariedade. Este estudo teve como objetivo analisar as relações entre o ATFP e a AFAB, a partir da caracterização e discussão destas políticas no contexto mais amplo de desafios e disputas no Sistema Único de Saúde. Foram definidos como eixos de caracterização os aspectos assistenciais, gerenciais e políticos/econômicos/ideológicos. Estes foram organizados a partir de matriz que orientou a sistematização dos dados. Realizou-se a revisão da literatura científica e técnica, assim como consulta a bases de dados secundários de acesso público e a documentos oficiais. Identificou-se que, apesar da AFAB e o ATFP possuírem quantidades similares de pontos de dispensação, o número de municípios cobertos pela primeira é maior (superior 90% contra 77% em 2014), assim como sua utilização como fonte de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes (45-60% na AFAB e 13-19% no ATFP, sendo o restante obtido no setor privado). Para outros medicamentos, o setor privado permanece como a principal fonte de obtenção. Apesar da maior cobertura e utilização da AFAB, o financiamento do ATFP cresceu de maneira acelerada, principalmente a partir da modalidade Saúde Não Têm Preço (SNTP), tendo ultrapassado o montante destinado à AFAB mesmo quando somadas as três esferas federativas. Os modelos de gestão são distintos. De um lado, a AFAB se baseia nos pressupostos da administração direta pelo Estado e apresenta problemas estruturais e de recursos humanos, além de deficiências nas etapas de programação, aquisição e logística. De outro, sendo o ATFP uma PPP, o Estado fica isento das responsabilidades citadas para a AFAB. Todavia, as evidências disponíveis mostram que este modelo, que envolve terceirização de funções, é menos custo-efetivo. A disponibilidade de medicamentos no Farmácia Popular é bem superior, o que pode estimular uma possível migração de usuários da AFAB para o programa, ainda que interminente. Ambas as políticas apresentam baixa qualificação dos serviços, sendo focadas na distribuição em detrimento da atenção e do cuidado. Este quadro aponta para uma priorização financeira, política e simbólica do ATFP enquanto política pública. Por outro lado a AFAB mantém suas precariedades. Diante das assimetrias entre AFAB e ATFP, este trabalho analisou ainda a relação deste processo com questões políticas, econômicas e ideológicas que influenciam os caminhos do sistema de saúde. Entre elas, destacamos: o papel das políticas em questão na dinâmica dos modelos de atenção, com foco na segmentação da demanda, nas tensões entre Atenção Básica

seletiva e abrangente e na mercantilização da saúde; o subfinanciamento e os diferentes modelos de gestão dentro do contexto neoliberal, a expansão do mercado farmacêutico e as relações com as políticas para o Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS). A partir da perspectiva da consolidação de um sistema de saúde universal e redistributivo faz-se necessário ampla discussão sobre os rumos das políticas farmacêuticas no Brasil, bem como o enfrentamento às principais questões estruturais que a permeiam, como os altos e regressivos gastos privados, a baixa qualificação dos serviços farmacêuticos, a regulação do setor privado e a medicalização.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Farmácia Popular, Política de Medicamentos, Políticas Farmacêuticas, Atenção Primária em Saúde, Políticas de Saúde, Modelo de Atenção.

ABSTRACT

The implementation of the Farmácia Popular do Brasil program (PFPB) in 2004 introduced a third source of medicines provision, the other two being the Pharmaceutical Services in Primary Health Care (AFAB) and the retail pharmacies. PFPB introduced new mechanisms, such as the subsidies, the copayment and the public private partnership (PPP) with the retail pharmacies, in the *Aqui Têm Farmácia Popular* (ATFP) modality, the main one considering investments and number of facilities. Among the controversies about the program, an important one is the kind of relationship between the ATFP and AFAB, if competition or complementarity. This study aimed to analyze the relationships between ATFP and AFAB through the description and discussion of these policies in the broader context of challenges and disputes in the Unified Health System. The description of both policies was organized in three axes: services related, managerial related and political/economic/ideological features. Data systematization was guided by a matrix for each of the axes. A review of the scientific and technical literature was conducted, as well as consultation to publicly available secondary databases and official documents. It was found that, despite AFAB and ATFP having similar amounts of dispensing points, there is a larger number of cities covered by AFAB (higher than 90% against 77% in 2014), as well as their use as a source for obtaining drugs for hypertension and diabetes (45-60% in AFAB and 13-19% in ATFP, the remainder being obtained in the private sector). For other drugs, the private sector remains the main source of provision. Despite the higher coverage and utilization of AFAB, ATFP financing grew at an accelerated pace, particularly since the *Saúde Não Tem Preço* (SNTPE) initiative, exceeding the amount allocated to AFAB even when added three federal spheres. The management models are different. The AFAB is based on the direct state management assumptions and has in structural and human resources problems as well as in programming, procurement and other logistics steps weaknesses. On the other hand, the PPP on ATFP makes the state exempted from the responsibilities cited for AFAB. However, the available evidence shows that this model is less cost-effective, once it involves outsourcing functions. The availability of drugs in the program is much higher, which can stimulate a possible intermittent migration of AFAB users to PFPB. Both policies show low qualification of pharmaceutical services offered, being the distribution of medicines the main focus and releasing patient care to a second plan. This panorama points out that a financial, political and symbolic priority is given to ATFP as a public policy. On the other hand AFAB maintains its deficiencies. Faced with the asymmetries between AFAB and ATFP, this work also examined the relationship of this process with political, economic and ideological issues that influences the health system trajectory. Some of them are: the role of the studied policies on the dynamics of health care models, focusing on demand segmentation, the tensions between selective and comprehensive primary health care models, health commoditization; underfunding and the different management models within the neoliberal context; the expansion of the pharmaceutical market and its relations policies for the Economic

Industrial Health Complex (CEIS). From the perspective of consolidation of an universal and redistributive health care system, it is necessary a broad discussion about the direction of pharmaceutical policies in Brazil, as well as tackling the major structural issues that permeate the medicines provision, such as the high and regressive out-of-pocket spending, the low quality of pharmaceutical services, the poor regulation of private sector and the medicalization.

KEYWORDS: Popular Pharmacy Program, Medicines Policies, Pharmaceutical Policies, Primary Health Care, Health Policies, Care Models.

CONTEÚDO

Siglas.....	11
Ilustrações.....	12
1 Apresentação	13
2 Introdução	16
2.1 As Políticas de Assistência Farmacêutica no Brasil a partir de 1988.....	16
2.2 Acesso a Medicamentos Ambulatoriais no Brasil	17
2.2.1 Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (AFAB) do SUS	19
2.2.2 Farmácias Comerciais no Brasil	21
2.2.3 O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)	25
2.2.4 Perfil do Acesso a Medicamentos no Brasil e Desigualdades	28
2.2.5 Gastos Privados com Medicamentos	28
2.2.6 Disponibilidade de medicamentos no Setores Público e Privado	30
2.3 Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: concorrência ou complementariedade?	31
2.4 Sobre a Análise e Avaliação de Políticas Públicas	33
3 Metodologia.....	40
3.1 Objeto e Hipótese	40
3.2 Perguntas do Estudo	41
3.3 Objetivos.....	41
Geral	42
Específicos	42
3.4 Etapas Metodológicas e Mapa Conceitual	43
3.5 Modelo Analítico.....	45
3.6 Definição de Categorias e Construção de Matrizes	47
3.6.1 Características Assistenciais	47
3.6.2 Características Gerenciais.....	51
3.6.3 Características Políticas, Econômicas e Ideológicas	55
3.7 Fontes e Coleta de Dados	58
3.7.1 Revisão Bibliográfica.....	58
3.7.2 Dados Secundários	59
3.7.3 Pesquisa Documental	60
3.7.4 Literatura Cinza.....	60
3.8 Considerações éticas	60
4 A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica	61
4.1 Abrangência	61
4.2 Perfil Socioeconômico e Origem dos Usuários.....	64
4.3 Financiamento	66
4.4 Estrutura e Recursos Humanos.....	72
4.5 Gestão, Logística e Organização	77
4.5.1 Seleção e Elenco de Medicamentos	78
4.5.2 Compras Públicas (Aquisição).....	80
4.5.3 Modelos Logísticos e Distribuição	84

4.5.4	Controle de Estoque, Programação e Armazenamento	85
4.6	Disponibilidade	88
4.7	Atendimento, Atenção e Cuidado	92
5	O Programa Farmácia Popular do Brasil	98
5.1	Abrangência	98
5.1.1	Pontos de acesso e Cobertura de Municípios e Regiões	98
5.1.2	Distribuição Geográfica	100
5.1.3	Usuários Atendidos e Volume de Vendas.....	102
5.1.4	Proporção de Usuários do Programa entre as diferentes fontes de acesso	104
5.2	Perfil Socioeconômico e Origem das Receitas	105
5.3	Financiamento	108
5.4	Estrutura e Recursos Humanos.....	113
5.5	Gestão, Logística e Organização	117
5.5.1	Copagamento e Preços.....	117
5.5.2	Seleção e Elenco de Medicamentos	122
5.5.3	Modelos Logístico, Programação, Aquisição e Distribuição	123
5.5.4	Custos	125
5.6	Disponibilidade	129
5.7	Atendimento, Atenção e Cuidado	131
6	Relações entre as políticas públicas de provisão de medicamentos	136
6.1	Abrangência e Impacto.....	136
6.2	Público Alvo e Perfil Socioeconômico dos Usuários	138
6.3	Proporção de Utilização de Cada Fonte e Migração de Usuários	141
6.4	Financiamento	142
6.5	Gestão, Organização e Custos	145
6.6	Estrutura e Recursos Humanos.....	149
6.7	Disponibilidade	151
6.8	Atenção, Atendimento e Cuidado	152
6.9	Considerações sobre o FPRP.....	154
7	Políticas provisão de medicamentos Frente às tensões políticas, econômicas ideológicas no sistema de saúde brasileiro.....	156
7.1	Modelos de Atenção à Saúde e as Questões Centrais.....	156
7.2	Subfinanciamento	161
7.3	Modelos de Gestão	165
7.4	Mercado Farmacêutico.....	170
7.5	Segmentação da Demanda	177
7.6	Atenção Básica	182
7.7	Outras Questões Políticas.....	186
8	Considerações Finais.....	191
8.1	Sobre o Método	191
8.2	Sobre os Resultados	193
8.3	Conclusão.....	202
8.4	Estudos Futuros e Recomendações	204
9	Referências Bibliográficas	206

SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABCFARMA	Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico
AF	Assistência Farmacêutica
AFAB	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária em Saúde
ATFP	Aqui Têm Farmácia Popular
BPS	Banco de Preços em Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CEIS	Complexo Econômico Industrial da Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CGU	Corregedoria Geral da União
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNMAF	Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FPRP	Farmácia Popular Rede Própria
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
GBM	Gerenciamento de Benefício Medicamento
IAFAB	Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICTQ	Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade Industrial
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISAUM-Br	Projeto Impacto das Políticas de Subsídios no Acesso e no Uso de Medicamentos no Brasil
LAFEPE	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OS	Organização Social
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PD	Preço de Distribuição
PSF	Programa Saúde da Família
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Valorização da Atenção Básica

PMC	Preço Máximo ao Consumidor
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPP	Parceria Público-Privada
PROUNI	Programa Universidade Para Todos
QUALIFAR	Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS
RCB	Receita Corrente Bruta
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIASG	Serviço de Administração de Serviços Gerais
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNTP	Saúde Não Têm Preço
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos
VR	Valor de Referência

ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa Conceitual do estudo	45
Figura 2 - Matriz modelo	46
Quadro 1 - Formas de provisão de medicamentos no Brasil segundo a natureza do estabelecimento, gratuidade e tipo de financiamento	19
Quadro 2 - Matriz 1, Características Assistenciais	49
Quadro 3 - Matriz 2, Características Gerenciais	53
Quadro 4 – Matriz 3, Características Políticas, Econômicas e Ideológicas.....	57
Tabela 1 - Indicadores de prescrição e dispensação de medicamentos, Brasil.	94

1 APRESENTAÇÃO

A assistência farmacêutica é uma das diversas áreas que integram os sistemas de saúde modernos. A partir da lógica universalista que orienta o SUS, esta é garantida por meio do artigo 6º da Lei nº8080 (BRASIL, 1990) que inclui entre as responsabilidades do Estado a “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” – alterado pela Lei 12.401 (BRASIL, 2011) - e a “formulação da política de medicamentos”.

Apesar das definições normativas iniciais do SUS terem se dado em 1988 com a constituição federal e depois em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde, a AF seguiu no modelo centralizado, ligada à Central de Medicamentos até 1997, e apresentando uma série de dificuldades para atender as necessidades da população e do sistema de saúde (Santos-Pinto, 2008).

A partir de 1998, uma série de ações governamentais e marcos legislativos vieram no sentido de reorientar e organizar AF, e de colocá-la em maior consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Como exemplos, pode-se citar a Política Nacional de Medicamentos em 1998; a Lei dos Medicamentos Genéricos e a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária em 1999; a I Conferência Nacional sobre Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 2003; e Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004; entre outras.

Outra mudança significativa foi o aumento do financiamento. Entre 2002 e 2007, os gastos com medicamentos do Ministério da Saúde passaram de cerca de 1,4 bilhões de reais para cerca de 4,6 bilhões de reais (Vieira, 2009). Os gastos por estados e municípios também foram incrementados.

Apesar desses avanços, verificam-se duas realidades distintas entre a AF legal, orientada pelas leis e portarias, e a AF real, marcada por diversos problemas de ordem organizacional e financeira que comprometem o acesso a medicamentos (Oliveira *et al.*, 2010), sinalizando os dilemas entre a formulação e a implementação. Na Atenção Básica isso se manifesta em diversos municípios onde verifica-se, entre outros problemas, a baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais (Oliveira *et al.*, 2010). Essas dificuldades se tornam ainda mais relevantes se consideramos a AF como parte integrante e importante no

processo de consolidação de um modelo de saúde estrategicamente referenciado pela AB (Machado, 2008).

No Brasil, historicamente os estabelecimentos farmacêuticos privados são responsáveis pela maior parcela do acesso a medicamentos no país. Em 2004, um estudo de inquérito domiciliar em 10 estados brasileiros apontou que em 62,4% dos domicílios os medicamentos eram obtidos em farmácias/drogarias comerciais (OPAS/OMS; MS, 2005). Alguns aspectos importantes relativos a estes estabelecimentos são a distância de seu papel sanitário (Romano-Lieber et. al. 2009); o número excessivo de unidades com distribuição territorial desigual (Xavier, 2005); a inexistência de articulação com outros serviços de saúde; a forte lógica mercantilista (Ferraes e Junior, 2002) e a alta lucratividade¹. Podemos ainda destacar os processos mais recentes pelos quais o varejo farmacêutico tem passado: concentração, verticalização e abertura ao capital estrangeiro.

Frente às diretrizes da PNM e da PNAF, às dificuldades do Estado em prover medicamentos a partir de sua própria rede e à presença de uma rede de farmácias privadas consolidada e pouco regulada na prática, o setor do varejo farmacêutico ganha então espaço nas políticas públicas de AF, a partir do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), mais especificamente de sua expansão, a modalidade “Aqui Tem Farmácia Popular” (ATFP). De maneira simplificada, o ATFP consiste no convênio do governo com as farmácias comerciais atuantes no comércio varejista, com estabelecimento do copagamento para o usuário. Fica a cargo do governo o subsídio direto aos estabelecimentos conveniados e a fiscalização da execução, enquanto as farmácias comerciais, que possuem seu próprio sistema logístico, ficam responsáveis pela aquisição, distribuição e armazenamento dos medicamentos – que são pontos onde as gestões municipais têm tido diversos problemas.

Dessa maneira, a provisão de medicamentos para uso ambulatorial com financiamento público passa a se dar de duas maneiras majoritárias: através da atenção básica, diretamente nas unidades de dispensação dos centros de saúde; ou pela rede privada conveniada ao PFPB, considerando que a rede própria é residual.

¹Farmácias aceleram expansão, de olho na bolsa. Valor Econômico 2010 mar [acesso em 15 set 2013]. Disponível em: <http://www.valor.com.br/arquivo/812573/farmacias-aceleram-expansao-de-olho-na-bolsa>

Entretanto, a existência de duas políticas públicas – o PFPB e a AFAB – com público-alvo e objetivos similares, mas com características distintas, levanta uma grande possibilidade de sobreposição e até mesmo concorrência (Machado, 2008). Nesse caso específico, é possível que isso aconteça em diferentes níveis.

No nível assistencial pode haver uma sobreposição de cobertura em termos da população alvo (Machado, 2008), o que deixaria a cargo do usuário a utilização de um ou outro serviço, escolha essa determinada por diferentes fatores subjetivos e objetivos. No nível gerencial pode haver competição entre as políticas no que diz respeito aos insumos, já que a aquisição de medicamentos se daria no mesmo mercado, mas em lógicas diferentes e não colaborativas; aos modelos de gestão, administração direta ou parceria público-privado. No nível do financiamento, ambas as políticas são financiadas pelo Estado, de maneiras diferentes e em níveis diferentes. E por fim no nível ideológico, já que ambas são orientadas por diferentes princípios organizacionais, gerenciais e assistenciais, e diferentes concepções sobre o papel do medicamento, da farmácia e da atenção básica. Em última análise, esses princípios e valores disputam a hegemonia entre especialistas, gestores, profissionais da saúde e principalmente usuários.

No que pese a importância de confirmação dessas possibilidades, os conflitos e contradições expostos não devem ser considerados de maneira isolada. Tais questões devem também ser analisadas tendo em vista processos mais amplos, relacionados tanto ao SUS quanto à sociedade brasileira. Por exemplo, as dificuldades na consolidação da AB, a fragmentação e focalização das políticas públicas, a segmentação do direito e do acesso à saúde, a falta de regulamentação do setor privado, as relações contraditórias entre Estado e mercado, a dualidade do sistema de saúde, a influência da política econômica e de modelos de desenvolvimento, entre outras questões.

2 INTRODUÇÃO

2.1 As Políticas de Assistência Farmacêutica no Brasil a partir de 1988.

Durante a década de 80 o campo da saúde passava por grandes debates e por profundas mudanças. O chamado movimento sanitário, composto por professores universitários, estudantes, setores populares e entidades de profissionais da saúde, postulava a democratização da saúde, em um período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura (Escorel, 1999).

Essas mobilizações levaram, em 1988, a Constituição Federal do Brasil a reconhecer a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Muitas das proposições do movimento sanitário, sintetizadas em boa parte no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1987), se concretizaram através da lei nº 8080/90, que criava o Sistema Único de Saúde - SUS. Essa lei estabeleceu os princípios do sistema, como a universalidade, a integralidade, a equidade, a participação social, a descentralização, a hierarquização, a regionalização, além de várias de suas diretrizes, como a realização de ações assistenciais e preventivas visando à promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990).

A AF também foi inserida nesse momento de reestruturação normativa, estando estabelecida no artigo 6º da Lei nº 8080/90 “a execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo farmacêutica e a formulação da política de medicamentos” (Brasil, 1990).

Apesar das novas diretrizes do sistema de saúde brasileiro, a assistência farmacêutica manteve grande incongruência com os princípios do SUS durante boa parte da década de 90, com diversos problemas relacionados à distribuição, programação, distância das necessidades de saúde por parte das políticas governamentais (Santos-Pinto, 2008).

No ano de 1998 é lançada a PNM, através da portaria MS/GM n.º 3916. Baseada nos princípios e diretrizes do SUS, a PNM foi criada com objetivos de

integrar os esforços voltados para a consolidação do sistema, aumentar a resolutividade das políticas de AF, descentralizá-las e nortear as ações das três esferas de gestão (Oliveira, *et al.*,2010).

A PNM traz como diretrizes a adoção da Rename; a regulação sanitária de medicamentos; a reorientação da AF com descentralização da gestão; a promoção do uso racional de medicamentos; o desenvolvimento científico e tecnológico; a promoção da produção de medicamentos; a garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Além disso, estabelece como prioridades a revisão permanente da RENAME, a promoção do Uso Racional de Medicamentos; e a organização das atividades de vigilância sanitária (MS, 1998).

Entre as mudanças mais significativas a partir da PNM, pode-se citar a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); a reestruturação da Rename e atualizações constantes desta; a descentralização da programação, aquisição e distribuição de medicamentos; e a definição das atribuições financeiras e executivas das três esferas de governo na política de AF (Santos-Pinto, 2008).

Cabe referência a outros marcos importantes na reestruturação da AF após a PNM, como a realização da I Conferência Nacional sobre Medicamentos e Assistência Farmacêutica (MS, 2005), o lançamento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (CNS, 2004), a criação do Programa Farmácia Popular do Brasil em 2004, e a edição da Portaria nº 204/2007 (MS, 2007) que define três blocos de financiamento para a AF (componentes básico, estratégico e excepcional).

2.2 Acesso a Medicamentos Ambulatoriais no Brasil

A partir da criação do PFPB em 2004 e de seus desdobramentos (Aqui Têm Farmácia Popular - ATFP em 2006 e Saúde Não Têm Preço - SNTP em 2011), os mecanismos de acesso a medicamentos ambulatoriais no Brasil tornaram-se mais complexos. Anteriormente, era simples a caracterização a partir da divisão binária entre público/gratuito ou privado/pago: os medicamentos ou eram distribuídos gratuitamente nas unidades de saúde do SUS ou comprados diretamente nas farmácias comerciais, financiados diretamente com recursos próprios dos usuários.

Frenkel (2008) atribuiu essa dicotomia à uma postura do Estado brasileiro, que por um lado implementa políticas públicas inspiradas na assistência social abrangente, típica do *welfare state*, que tem como objetivo principal permitir o acesso a medicamentos a todas as classes sociais, e por outro mantém um mercado com regulação semelhante ao americano, onde a principal função do Estado seria tal regulação. Um exemplo dessa última seria a política de genéricos, fortemente baseada no estímulo à competição visando a redução de preços, ainda que seus efeitos não se restrinjam ao mercado privado como apontam Miranda *et al.* (2009).

Entretanto, o advento do PFPB introduziu não apenas o copagamento, mas também um novo tipo de estabelecimento, as unidades próprias da Farmácia Popular, e inseriu diretamente as farmácias comerciais na política pública de AF, tornando as relações entre público e privado muito mais imbricadas e complexas. Este novo caminho escolhido pelas políticas públicas de medicamentos parece convergir com a argumentação de Frenkel (2008), que considera que o programa, somado a outras políticas públicas (como por exemplo, os genéricos, representam uma mudança de ênfase da ação estatal, que iria então no sentido da priorização do aumento do acesso independentemente das ferramentas usadas para tal. Assim, não importaria se o objetivo se concretiza mediante ações diretas do governo ou através da utilização de mecanismos de mercado, sendo o aparente dilema entre essas formas uma falsa questão.

Nesse novo momento, é possível caracterizar as formas de acesso a partir de diferentes critérios, variando de acordo com o objeto que se pretende observar, como o caráter institucional dos estabelecimentos (público ou privado), a necessidade ou não de pagamento por parte do usuário, os mecanismos de financiamento (Estado, cidadão ou compartilhado) e a se há ou não subsídio para a compra do medicamento.

Assim, considerando as dimensões acima, pode-se identificar quatro diferentes formas de acesso: (1) distribuição gratuita em unidades dos SUS; (2) compra por desembolso direto do usuário em farmácias comerciais; (3) compra subsidiada (copagamento) ou distribuição gratuita (Saúde Não Tem Preço - SNTP) pelo governo em farmácias públicas da rede própria do PFPB; e (4) compra direta

(copagamento) ou distribuição gratuita (SNTP) subsidiada pelo governo em farmácias comerciais no ATFP (Quadro 1).

Quadro 1 - Formas de provisão de medicamentos no Brasil segundo a natureza do estabelecimento, gratuidade e tipo de financiamento

Forma de Acesso	Estabelecimento	Gratuidade	Financiamento
AF-AB	Público	Sim	Estado
Farm. Comerciais	Privado	Não	Usuário
FPRP	Público	Não	Compartilhado
ATFP	Privado	Não	Compartilhado
SNTP*	Público ou Privado	Sim	Estado

* O SNTP foi incluído na tabela para melhor visualização das diferentes formas de acesso. Entretanto para os fins deste estudo consideramos que o mesmo está inserido tanto no FPRP quanto no ATFP, diferindo na prática apenas pela ausência do copagamento. Portanto, não se trataria de uma outra forma de acesso. **Fonte:** elaboração própria.

Considera-se insuficiente para a delimitação do objeto a mera descrição das possíveis formas de acesso, razão pela qual se detalha um pouco mais os mecanismos de distribuição de medicamentos essenciais no SUS, sobre as farmácias comerciais e, finalmente, sobre o PFPB. Essa separação é importante para entender a trajetória histórica dos dois primeiros mecanismos bem como os elementos que os caracterizam, e o contexto da criação e do desenvolvimento do PFPB. Completa-se o panorama com uma breve revisão da literatura quanto ao perfil do acesso e das desigualdades relacionadas a medicamentos no Brasil.

2.2.1 Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (AFAB) do SUS

Segundo Machado (2008), a assistência farmacêutica é parte estruturante da atenção básica, na medida em que se articula diretamente com duas importantes diretrizes: resolutividade e reorientação do modelo de atenção. Como aspectos críticos dessa articulação, o autor aponta a forte influência que a organização dos serviços de AF tem sobre a efetividade da atenção e a garantia do acesso, sendo este entendido não apenas como a oferta do medicamento, mas levando em conta também a demanda e capacidade de utilização da população.

No que diz respeito à organização dos serviços de AF, Oliveira *et al.* (2010) sinalizam a convivência de duas realidades distintas: a da AF legal, consolidada e

estruturada pelas leis e portarias e a da AF real, atravessada por problemas de ordem organizacional e financeira que comprometem o acesso a medicamentos. Vieira (2008) corrobora esta visão e destaca ainda que se por um lado demorou-se 10 anos após a criação do SUS para a elaboração de uma política de medicamentos, os esforços para reorientação e qualificação da AF são ainda mais recentes, sendo persistentes os problemas que ainda hoje comprometem a assistência farmacêutica na atenção básica.

A baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos é um deles. Um estudo da OPAS mostrou que apenas 73% dos medicamentos principais estavam disponíveis nas unidades de saúde brasileiras; que apenas 66% dos medicamentos prescritos foram dispensados ou administrados na própria unidade; que o tempo de desabastecimento dos medicamentos principais foi de 84 dias (OPAS/OMS; MS, 2005). Mais recentemente, Mendes *et al.* (2014) demonstraram disponibilidade média de 56,1% de medicamentos-chave nas unidades de saúde brasileiras.

Entretanto, a baixa disponibilidade evidente é consequência de outros problemas, como por exemplo as graves falhas na gestão, como apontam Guerra Jr. *et al.* (2005), Naves (2005), Vieira (2008) e Oliveira *et al.* (2010). São claras as deficiências na programação de compras, no controle de estoque e nas condições de armazenamento que acarretam também desperdícios (medicamentos vencidos) e ineficiência no uso do dinheiro público. Contribuem também para o quadro os problemas relacionados ao financiamento e às relações federativas. Apesar do aumento global do financiamento nas três esferas de governo (Vieira & Zucchi, 2013), observa-se em diversos municípios fiscalizados pela CGU, problemas como a realização da contrapartida financeira estadual e municipal para a aquisição de medicamentos (Vieira, 2008).

Além disso, nas farmácias das unidades de saúde, as condições estruturais, de recursos humanos e a própria lógica de funcionamento demonstram a falta de prioridade da AF frente às inúmeras demandas do sistema (Oliveira *et al.*, 2010). Nessas unidades, de maneira geral, as farmácias ocupam espaços relativamente pequenos, os quais são estruturados como um local de armazenamento dos medicamentos até que sejam dispensados. O atendimento é quase sempre externo, em local de circulação da unidade de saúde, e os medicamentos são dispensados

por profissionais não capacitados através de uma “janela” ou balcão envidraçado (Araújo, 2005; Vieira, 2007).

A atividade de orientação aos usuários na farmácia da UBS torna-se praticamente impossível, e apresenta grande distância da humanização do serviço (Araújo, 2005; Vieira, 2007). Esta conformação reforça ainda mais o serviço farmacêutico como parte de um modelo curativo, centrado na consulta médica e pronto atendimento, com a farmácia apenas atendendo a essas demandas (Araújo *et al.*, 2008). Em geral, as farmácias dispensadoras do SUS atendem apenas as prescrições geradas na rede própria de cuidado, algumas apenas as da mesma unidade de saúde que abriga a farmácia.

De maneira resumida, apesar dos esforços realizados no intuito de reorientar a AF no SUS e na AB do ponto de vista legal (Vieira, 2010), enormes dificuldades práticas são encontradas e limitam fortemente a consolidação desse segmento. Com o exemplo desse quadro, Vieira (2008) mostra que 90,3% dos municípios fiscalizados pela CGU apresentavam algum tipo de irregularidade no que tange a AFAB.

Ainda assim, há indícios de que a distribuição gratuita de medicamentos e a AFAB são muito importantes para parte significativa dos brasileiros, evitando gastos e iniquidades ainda maiores no que diz respeito aos medicamentos (Bertoldi *et al.*, 2011; Garcia *et al.*, 2013).

2.2.2 Farmácias Comerciais no Brasil

Os recentes estudos, apresentados na seção seguinte, demonstram a dimensão dos gastos por desembolso direto com medicamentos pelas famílias brasileiras e evidenciam a necessidade de uma compreensão ampliada das políticas de AF no Brasil, que considere e compreenda o papel das farmácias comerciais. Hoje são escassos os estudos que analisam a dimensão, impacto e o papel que estes estabelecimentos farmacêuticos na dinâmica do acesso a medicamentos e no sistema de saúde como um todo. Nosso país, apesar de possuir um sistema de saúde universal, não foge à tendência observada em países de renda média e baixa, nos quais mais de 60% dos gastos com medicamentos são privados (Lu *et al.*, 2011). Além do mais, a AF é parte indissociável do modelo assistencial existente

no Brasil. Portanto, aprofundar o entendimento sobre as farmácias comerciais contribui à melhor compreensão do sistema de saúde brasileiro, razão pela qual alguns apontamentos iniciais sobre esses estabelecimentos são necessários.

A PNM e a PNAF convergem para a perspectiva de um novo modelo de farmácia, que defina as suas funções no âmbito da recuperação, proteção e promoção da saúde. No ano de 2003, a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF) propõe “transformar o conceito de estabelecimentos farmacêuticos privados em estabelecimentos de serviços de saúde, integrados ao SUS de forma complementar, conforme legislação vigente” (MS, 2005). Entretanto, a realidade desses estabelecimentos se mostra diferente. A lógica de funcionamento das farmácias comerciais construída historicamente no Brasil não sofreu alterações significativas após a criação do SUS ou da implementação de políticas setoriais. No que pesem mudanças regulatórias e avanços na fiscalização, especialmente após a criação da ANVISA, o *modus operandi* desses estabelecimentos segue o mesmo.

Bastos *et al.*, (2011) apontam que o comércio de medicamentos tem sido marcado por um forte caráter mercantil, centrado na lucratividade, com grande margem de liberdade comercial e venda indiscriminada de medicamentos com poucos critérios racionais.

Essas características vêm sendo reforçadas na medida em que muitas vezes há convergência de interesses entre as farmácias comerciais e a indústria farmacêutica no que diz respeito à maximização das vendas e ao estímulo ao consumo de medicamentos. Nesse sentido, as estratégias de promoção e marketing da indústria por um lado, e a indicação direta de medicamentos ou estabelecimento de incentivos econômicos aos balconistas nas farmácias comerciais, são ações que se potencializam (Bastos *et al.*, 2011). Outro exemplo é o processo de bonificação, onde a indústria oferece descontos generosos às farmácias, que aumentam suas taxas de lucro e em contrapartida oferecem redução de preços aos consumidores estimulando a comercialização (Guerra Jr. & Acurcio, 2013)

Uma das consequências desse modelo é que as farmácias e drogarias estão distanciadas do seu papel sanitário (Romano-Lieber *et al.*, 2009): a dispensação de medicamentos não é entendida como processo de assistência à saúde; há

insuficiência de orientação ao usuário no momento da dispensação; e o profissional farmacêutico poucas vezes está presente nas farmácias para prestar adequadas informações e orientações.

A ausência de regulamentações rígidas dentro de tal modelo também permite uma série de distorções. Não há legislação que estabeleça critérios demográficos, epidemiológicos ou de zoneamento para a abertura de farmácias; que limite a propriedade de inúmeros estabelecimentos por um único proprietário; que exija de qualificação para o exercício da função de atendentes em farmácias (Naves *et al.*, 2008); ou que condicione o registro de especialidades farmacêuticas às necessidades de saúde.

Dessa maneira, o número de farmácias comerciais cresceu de maneira significativa nos últimos anos, na medida em que aumenta o consumo, a renda e a população envelhece (Miranda & Mordehachvili, 2013), entre outros fatores. Segundo dados do Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2008;2010), no ano 2000 havia 60.755 estabelecimentos farmacêuticos no Brasil. Esse número subiu para 72.480 em 2008 e 82.204 em 2010, representando um crescimento de 35% em 10 anos e de 13,5% nos últimos dois anos registrados. Combinando esses dados com o tamanho da população brasileira, de cerca de 191 milhões de habitantes em 2010 segundo o IBGE, temos no Brasil 2321 habitantes por farmácia, bem abaixo da média de 3247 habitantes por farmácia em 33 países europeus (PPGEU, 2012). Ainda que não se tenha estabelecido na literatura a relação entre a quantidade de estabelecimentos e outras dimensões, como por exemplo, a qualidade do cuidado, esses número ao menos expressam a rápida expansão da quantidade de estabelecimentos.

Em proporções maiores que o número de estabelecimentos, expandiu-se o mercado farmacêutico brasileiro e a lucratividade das farmácias comerciais. Entre 2004 e 2011 o faturamento com a venda de medicamentos passou de 17 para 43 bilhões de reais, uma evolução de cerca de 150% (IMS Health, 2011 *apud* Brazil Pharma, 2012). Em 2006 o Brasil ocupava a décima posição global no ranking de faturamento do varejo de farmácias, chegando à 6ª posição em 2011 e já se projeta para o 4º lugar em 2016 (IMS Health, 2012 *apud* Hypermarcas, 2012). O país hoje é considerado parte do grupo denominado *pharmerging*, que junto com China, Índia e Rússia integram os países com mercado farmacêutico em perspectiva de

crescimento acima da média mundial. Em 2014 espera-se que o tamanho mercado farmacêutico dos *pharmerging* seja equivalente ao do resto do mundo (cerca de 50% do mercado mundial), incluindo Estados Unidos e Europa, sendo que em 2001 esses representavam apenas 8% do mercado mundial (IMS Health, 2010).

Outros elementos importantes, decorrentes dessa expansão, são o aumento das fusões e aquisições, a entrada de grupos estrangeiros no mercado, a verticalização e abertura de capital de grandes redes varejistas.

Em agosto de 2011, segundo o jornal Diário do Comércio e Indústria², as Drogarias São Paulo e Pacheco que em 2010 tinham a liderança e o quarto lugar, respectivamente, no ranking de faturamento das grandes redes se fundiram formando a empresa DPSP, com receita bruta de 4,4 bilhões de reais. A movimentação se deu em resposta a uma outra fusão entre as redes Drogasil e Raia que havia acontecido no início do mesmo mês.

Em fevereiro de 2013, segundo a revista Exame³, uma das principais empresas do mercado farmacêutico americano, a CVS Caremark, entrou no mercado brasileiro através da compra da rede Onofre, e em entrevista, o executivo da empresa anunciou que pretende manter o mesmo padrão de atuação praticado no Estados Unidos, onde a empresa está entre as três maiores do mercado, sinalizando futuras expansões no Brasil.

Ainda segundo reportagem do Diário da Indústria e Comércio, espera-se que com o crescimento das fusões, as redes passem a lidar diretamente com a indústria farmacêutica, aumentando ganho de escala, incrementando a logística e captando os descontos que geralmente os laboratórios dão aos distribuidores, reduzindo a participação destes.

Todos esses dados deixam claro que o setor varejista brasileiro não apenas cresce rapidamente como se consolida como um importante setor econômico com grandes empresas sendo formadas pelas fusões, entrada de multinacionais do ramo e com articulação direta com a indústria farmacêutica, em um momento de expansão do consumo de medicamentos entre os *pharmerging*. Ainda que raros

²Liderança do varejo farmacêutico consolida-se por meio de fusões. Diário do Comércio e da Indústria 31 ago 2011 [acesso em 15 set 2013]. Disponível em: www.dci.com.br.

³A gigante americana CVS chega para brigar. Revista Exame, São Paulo, v. 1035, 2013 [acesso em 15 set 2013]. Disponível em: www.exame.abril.com.br.

estudos tenham abordado os aspectos levantados, sem dúvida estes devem ser considerados e aprofundados, especialmente no que diz respeito às consequências para o sistema de saúde.

2.2.3 O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB)

A partir da promessa de campanha do ex-presidente Lula em 2002 (Machado *et al.*, 2011), surge através do decreto nº 5.090 de 20 de maio de 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil. Nesse momento, tinha-se, por um lado, uma série de mudanças recentes na organização da AF no Brasil, como o grande avanço normativo, que tem como maiores exemplos a PNM (1998) e a PNAF (2004); a alteração significativa da dinâmica da produção e consumo de medicamentos no Brasil devido à implementação dos genéricos (1998); o rearranjo institucional da gestão federal da AF pela criação do DAF vinculado à SCTIE do MS (2003); e um mercado farmacêutico consolidado, pouco regulado, em expansão e com um número grande de drogarias presentes em alta capilaridade pelo território nacional. Por outro lado, a convivência com as enormes dificuldades de estruturação e qualificação dos serviços farmacêuticos no SUS e uma grande parcela da população fazendo a utilização de serviços privados e com dificuldades de acesso.

O programa passou, ao longo de seus 10 anos de existência, por diversas modificações e cada uma das mais significativas trouxe novidades importantes, que expressam novos objetivos e novos direcionamentos.

Em seu primeiro momento, o programa previa uma parceria com a Fiocruz para a criação de uma rede própria de farmácias públicas (FPRP), que teriam como objetivo prover medicamentos essenciais a um baixo custo para a população (nem gratuitamente, como diretamente no SUS, nem com os preços normalmente praticados pelas farmácias privadas). Nessa modalidade, as ações gerenciais são centralizadas pela Fiocruz, que é responsável pela aquisição, distribuição dos medicamentos e gestão dessas farmácias. No ato da compra, o governo subsidia em até 90% os medicamentos, enquanto o usuário arca com o restante. O modelo foi posteriormente expandido, podendo ser estabelecido não apenas por unidades próprias geridas diretamente pela Fiocruz, mas também em convênios desta com estados, municípios, instituições de ensino e mantenedoras de estabelecimentos de assistência à saúde.

A principal novidade que essa modalidade trouxe, além da centralização, indo na direção oposta da tendência estabelecida até o momento da implantação (Machado, 2008), foi o estabelecimento do copagamento, que pela primeira vez foi instituído em uma ação do SUS no nível federal, inspirado em experiências estaduais anteriores, como no caso do Programa Farmácia LAFEPE em Pernambuco, o Programa Farmácia de Todos no Rio Grande do Norte e a Farmácia Popular Vital Brasil, no Rio de Janeiro (Oliveira *et al.*, 2007; Santos-Pinto, 2008).

O segundo momento do programa acontece a partir de sua expansão, criando a segunda modalidade, o *Aqui Têm Farmácia Popular* (ATFP), regulamentada pela portaria MS/GM nº 461/06. A partir de então, criou-se a possibilidade de convênios com as farmácias comerciais. O Ministério da Saúde passou a coordenar diretamente essa nova modalidade. Dessa maneira, o governo federal subsidia diretamente a farmácias em até 90% dos medicamentos incluídos no programa e fiscaliza a execução, ficando eximido de atividades gerenciais como programação, aquisição e distribuição dos produtos, responsabilidades das farmácias.

Assim, as parcerias público-privadas (PPPs) se estabelecem como mais uma novidade do programa (Aragão-Junior, 2012). Proposta como estratégia gerencial de ampliação do acesso a medicamentos, as parcerias público-privado (PPPs) promoveram a inserção vigorosa das farmácias comerciais como parceiras das políticas públicas de assistência farmacêutica, mudando o antigo paradigma da dicotomia entre distribuição no SUS e compra direta em farmácias comerciais.

O terceiro momento consistiu na expansão do ATFP, tanto na quantidade de estabelecimentos conveniados quanto no elenco de medicamentos ofertados. Segundo dados do DAF/SCTIE (Pereira, 2012), ao final de 2006, ano em que o ATFP foi lançado, eram 2.955 estabelecimentos conveniados, número que cresceu de maneira vigorosa, especialmente a partir de 2008 e passou para 14.006 ao final de 2010. No mesmo ano, o elenco do programa passou a incluir medicamentos e itens para diabetes (insulina), dislipidemia, rinite, asma, Parkinson, osteoporose, glaucoma e incontinência urinária, além dos antidiabéticos, anti-hipertensivos e contraceptivos que constavam anteriormente.

Essa expansão trouxe uma mudança no direcionamento inicial da política, uma vez em que no momento em que a modalidade ATFP passou a se expandir em um ritmo acelerado, houve uma estagnação no número de estabelecimentos da FPRP. Em 2008 esses eram 503 e em 2010 somavam 543, número residual se comprado com as 14.006 de farmácias comerciais conveniadas (Pereira, 2012). Isso claramente demonstra uma priorização da segunda modalidade e um grande aumento na escala e impacto do programa. Dados sobre o número de municípios e população coberta corroboram essa tendência. A partir disso, podemos assumir que a modalidade FPRP cumpre um papel residual nas formas de acesso a medicamentos no Brasil, tanto em comparação com a distribuição gratuita no SUS, quanto em comparação ao ATFP e a compra por desembolso direto nas farmácias comerciais.

Por fim, como quarto e atual momento, criou-se com a portaria nº 184/2011 o “Saúde Não Tem Preço” (SNTP), estabelecendo que os medicamentos para diabetes e hipertensão, e posteriormente em 2012 para asma, seriam totalmente subsidiados pelo governo em todas as farmácias do programa, tanto na rede própria quanto na conveniada, com valor zero de copagamento pelo usuário.

Nesse momento, entram como elementos a gratuidade para alguns medicamentos, fato inédito até então no programa, e mais uma significativa expansão. Em termos de farmácias comerciais cadastradas no programa, passou-se de 14.006 em 2010 para 25.126 em 2012. No mesmo período, o número de municípios atendidos foi de 2.467 para 3.730, o financiamento do programa aumentou de cerca de 380 mil reais para cerca de 1,3 milhões de reais. Além disso, a participação do PFPB no volume de vendas do mercado farmacêutico brasileiro passou de 6,0% em 2011 para 7,7% em 2012. Outra novidade foi a articulação do PFPB com programas governamentais como o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT e o Brasil Sem Miséria, além da negociação direta com entidades representativas da indústria farmacêutica e do varejo farmacêutico para a elaboração e viabilização do programa (Pereira, 2012).

De maneira geral, pode-se afirmar que o PFPB entrou de maneira decisiva nas políticas de assistência farmacêutica, mudando os rumos e as prioridades da área e inserindo diversos novos elementos no debate, que apesar de extremamente significativos têm sido pouco estudados e discutidos.

2.2.4 Perfil do Acesso a Medicamentos no Brasil e Desigualdades

A partir da compreensão inicial de que o acesso a medicamentos de uso ambulatorial no Brasil se dá majoritariamente de duas formas, pela distribuição gratuita de medicamentos nas unidades de saúde vinculadas à atenção básica ou pela aquisição (direta ou subsidiada) em farmácias comerciais, faz-se necessário analisar as características desse acesso. Sem isso não é possível compreender criticamente como essas duas formas se relacionam e o papel que cada uma cumpre no sistema saúde.

Nesse sentido, estudos sobre acesso, disponibilidade e uso de medicamentos, mercado e gastos familiares são úteis para entender: a extensão e qualidade das coberturas pública e privada; como cada estrato populacional utiliza cada uma delas; como e em que medida os gastos com medicamentos afetam as famílias brasileiras; e se as políticas de assistência farmacêutica como um todo tem ou não promovido a equidade.

2.2.5 Gastos Privados com Medicamentos

Um ponto de partida importante é a análise dos gastos privados com medicamentos. É amplamente conhecido que apesar de o Brasil possuir um sistema de saúde universal, a maior parte do gasto em saúde não é público. Segundo as Contas Satélites de Saúde do IBGE, em 2009 as despesas com consumo final de bens e serviços de saúde representaram 8,8% do PIB, sendo 3,8% gastos públicos e 4,9% gastos privados (IBGE, 2012). Dentro do último, encontram-se os gastos em saúde por desembolso direto (*out of pocket*), que consiste na utilização direta do orçamento familiar ou individual para a compra de serviço ou produto relacionado à saúde. Estes representam, segundo a POF 2008-2009, o quarto maior item de despesas domiciliares, ficando atrás apenas de moradia, alimentação e transporte (Bermudez *et al.*, 2012).

O gasto com medicamentos, por sua vez é muito significativo. Ele não apenas é o principal componente do gasto em saúde (Silveira *et al.*, 2006; Garcia *et al.*, 2013b), representando em média 42,9% do gasto total segundo a POF 2008-2009, como também afeta uma parcela considerável da população - cerca 77% das famílias apresentam alguma despesa com medicamentos - e representa um impacto

financeiro médio de R\$ 59,02 mensais por domicílio, ou R\$ 17,91 *per capita* (Garcia *et al.*, 2013a).

Quando se analisa esse gasto com medicamentos por estrato de renda, uma série de desigualdades são reveladas. Silveira *et al.* (2002) apontam que a renda é fator determinante dos gastos familiares em saúde, ou seja, quanto maior a renda, maior o gasto absoluto em saúde. Entretanto, as famílias com menor renda comprometem proporcionalmente maior parte de seu orçamento com esses gastos.

Estas afirmações seguiram confirmadas com os dados da POF 2008-2009. Em termos absolutos, as famílias do primeiro decil de renda que tiveram gastos com medicamentos, despenderam em média R\$ 33,05 mensais contra R\$ 160,28 do último decil, um valor 6,5 vezes maior. Enquanto as pertencentes ao último decil somaram 23% do gasto total com medicamentos, os 5 primeiros decis somaram apenas 30%. Proporcionalmente, as famílias mais pobres que realizaram gasto com medicamentos comprometeram 8,5% de sua renda mensal e 65,9% do gasto em saúde com estes produtos, enquanto as mais ricas apenas 1,7% e 28,5%, respectivamente (Garcia *et al.*, 2013a).

Essa tendência não é exclusividade brasileira. Segundo revisão da literatura, em 54 países, o gasto com medicamentos representa a maior parte dos gastos privados em saúde entre os mais pobres e o peso dos medicamentos no total dos gastos em saúde se dá de maneira inversamente proporcional à renda (Vialle-Valentin *et al.*, 2008). Um outro estudo com 59 países colocou o Brasil atrás apenas do Vietnã na alta proporção de famílias com gastos catastróficos em saúde (Xu *et al.*, 2003).

Entretanto, tais padrões não devem ser encarados de maneira natural. Segundo Barros *et al.* (2008) o sistema de saúde brasileiro, gratuito e universal, deveria proteger a população, especialmente a mais pobre de gastos catastróficos e até mesmo de qualquer gasto com saúde. O risco de empobrecimento relacionado aos altos gastos em saúde é conhecido, bem como a existência de um Sistema universal ser um fator protetor, porém não é o que ocorre no Brasil.

2.2.6 Disponibilidade de medicamentos no Setores Público e Privado

Estima-se que cerca de 74% da população brasileira é atendida exclusivamente nos serviços do SUS. Entretanto, considerando que durante o período de duas semanas cerca de 77% das famílias brasileiras apresentam algum gasto com medicamento (Garcia *et al.*, 2013a), é fácil perceber que para além dos usuários de plano de saúde, grande parte da população atendida pelo SUS não obtém seus medicamentos ou parte deles gratuitamente como era de se esperar. É, portanto, necessário buscar compreender os determinantes desse fenômeno.

Em primeiro lugar é necessário entender como se dá o fluxo do usuário no sistema e quando este recorre às farmácias privadas. Boing *et al.* (2013), com base na PNAD 2008-2009, identificou que a cada três consultas no SUS duas geram receita, porém apenas 45,3% da população que teve medicamentos prescritos os obtiveram no sistema público. Entre os que não receberam os medicamentos pelo SUS, 78% compraram em farmácias privadas. Entre os que não receberam e não compraram, 51,5% alegou que não o fizeram por não ter dinheiro – cerca de 4% dos que receberam uma prescrição (*ibid.*). Outro estudo, em municípios do estado de Minas Gerais com IDH menor que 0,699, demonstrou uma maior disponibilidade de 17 itens essenciais nas farmácias privadas (81,2%) do que em unidades públicas (46,9%), além de descontinuidade na oferta nas últimas (Guerra Jr. *et al.*, 2005). Tais estudos deixam claro que entre os usuários atendidos por serviços do SUS, a principal razão para adquirir medicamentos em farmácias privadas é a indisponibilidade dos medicamentos prescritos no setor público.

As pesquisas realizadas até o momento sobre o PFPB reforçam essa tese e mostram o espaço da AFAB que o PFPB possivelmente tem ocupado. Santos-Pinto *et al.* (2010) demonstraram que a disponibilidade de medicamentos no ATFP e no FPRP foi bem maior do que no setor público. Além disso, 46% dos usuários do FPRP entre 2004 e 2007 eram oriundos do SUS e segundo os autores isso reflete os problemas na provisão pública (Santos-Pinto *et al.*, 2011).

2.3 Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: concorrência ou complementariedade?

Dentro do complexo contexto levantado, diversos questionamentos podem ser realizados. Um dos mais importantes, certamente é que tipo de relação existe entre o PFPB e a AFAB. Uma das hipóteses levantada por Santos-Pinto *et al.* (2010), e corroborada por Pereira (2012) é a de que o PFPB complementa e não substitui os canais de acesso existentes, na medida em que foca suas ações em população que não utiliza o SUS, embora desprovida de rendimentos suficientes para o tratamento medicamentoso no mercado convencional.

Entretanto, Santos-Pinto *et al.* (2010) fazem algumas ressalvas. Em primeiro lugar, lembram o fato do programa na prática servir não apenas para os não usuários do SUS, mas também como alternativa de acesso aos usuários do SUS. Em segundo, apontam a possibilidade da utilização do programa pelas farmácias privadas como atrativo de clientela, uma vez que nem todas as farmácias são conveniadas ao ATEP e a participação representaria uma vantagem de mercado sobre concorrentes em função dos baixos preços oferecidos. Por fim, destacam que o programa é viabilizado por recursos públicos que acabam canalizados para o setor privado (Santos-Pinto, 2010).

De maneira geral, pode-se considerar que as dificuldades que o SUS encontra para prover medicamentos de maneira gratuita faz com que a procura pelo PFPB ocupe parte deste espaço, sendo muitas vezes utilizados pela população atendida no SUS (Santos-Pinto, 2011).

Frenkel (2008) também aponta problemas relacionados ao PFPB no que diz respeito à sobreposição da oferta por parte do setor público. Entretanto, sua argumentação vai ao encontro da noção de complementariedade. O autor aponta para o aprimoramento nos mecanismos de segmentação da oferta, uma vez que considera uma falsa questão o dilema entre ações direta de governo e mecanismos de mercado. Assim, ambos os caminhos ofereceriam instrumentos úteis e que a combinação destes seria necessária para aumento da eficácia, efetividade e eficiência das políticas sociais.

Outros autores levantam a hipótese oposta, de que o PFPB compete com a AFAB. Machado (2008), ao analisar a participação da AFAB e do PFPB no orçamento total do MS destinado à AF entre 2004 e 2007, identificou um aumento de financiamento em valores absoluto para ambas as políticas. Entretanto, quando analisada a participação percentual de cada uma das políticas no orçamento, observa-se uma diminuição proporcional de recursos destinados à AFAB e um aumento proporcional de recursos para o PFPB, sugerindo uma contradição entre as políticas. Ainda com relação ao financiamento, Baptista *et al.* (2009) corroborando da hipótese de concorrência, argumentam que o PFPB abre precedentes para a utilização de recursos do SUS para programas e ações que não necessariamente estejam atrelados à garantia do direito universal e integral à saúde.

Do ponto de vista da relação entre os entes federativos, Guerra Jr. & Acurcio (2013) argumentam que o PFPB introduz incentivos econômicos para a desestruturação dos ainda incipientes serviços públicos de assistência farmacêutica dos municípios, na medida em que o governo federal contrata e financia diretamente as drogarias locais. Os autores consideram que o protagonismo público na prestação de serviços farmacêuticos vem sendo alterado progressivamente pela contratualização de farmácias privadas, e que a coexistência entre os modelos não parece possível, por ter como alvo os mesmos usuários nas mesmas localidades.

Para além das hipóteses divergentes de complementariedade *versus* competição, existem diversos outros elementos-chave que complexificam ainda mais o debate acerca do PFPB. Estes certamente se inter-relacionam, e devem ser considerados e aprofundados. Entre eles, podemos citar a relação custo-benefício das duas políticas (TCU, 2011; Aragão-Junior, 2012; Guerra Jr. & Acurcio, 2013), a segmentação do acesso à medicamentos (Frenkel, 2008; Machado, 2008), o copagamento (Carvalho, 2004; Santos-Pinto, 2008; Aragão-Junior, 2012), a privatização e terceirização dos serviços farmacêuticos (Aragão-Junior, 2012; Guerra Jr & Acurcio, 2013), o fortalecimento do caráter mercantil da oferta de serviços (Machado *et al.* 2011), a centralização (Santos-Pinto, 2008, Guerra Jr & Acurcio, 2013), e a coerência com políticas setoriais (Santos-Pinto *et al.* 2010, Guerra Jr & Acurcio, 2013).

2.4 Sobre a Análise e Avaliação de Políticas Públicas

O campo de análise das políticas públicas tem origem na primeira metade do século XX, especialmente partir da década de 30 e do pós-guerra. Nesse período, crescia a intervenção do Estado na economia e aumentava o protagonismo estatal em políticas compensatórias na área social, através do pacto *keynesiano* (Baptista & Mattos, 2011).

Foram a partir das contribuições de Laswell com o termo *policy analysis* na década de 30 e com o conceito de *policy sciences* em 1951 que o campo foi fundado. O primeiro se referia à necessidade de conciliar ciência com a produção empírica dos governos, além de articular a relação entre os cientistas com governos e grupos de interesses, e o segundo estabeleceu uma série de métodos que tinham como objetivo investigar os processos políticos, sendo os resultados das análises contribuições para os governos (Baptista & Mattos, 2011).

A partir de então firmou-se um campo de análise com foco na atuação dos governos e com o objetivo de orientar a ação dos mesmos, tendo como principal elemento de análise as políticas públicas, definidas como respostas dos governos às demandas, problemas e conflitos que afloram de um grupo social, sendo o produto de negociações entre os diferentes interesses, mediados pela racionalidade técnica, com vistas à manutenção de uma ordem (Baptista e Mattos, 2011).

Uma conhecida abordagem com tais características é a do “ciclo das políticas”, que apesar de não ser a única possível e de variar de acordo com autores, continua sendo largamente utilizada em boa parte do campo tradicional de análise de políticas. De caráter sequencial, explica as políticas públicas como sucessão linear de ações, que invariavelmente seguem as etapas de identificação do problema/construção da agenda; formulação; tomada de decisão; implementação execução; avaliação de processo ou impacto; manutenção, aperfeiçoamento ou extinção, processo chamado de “ciclo das políticas” (Boschetti, 2009; Baptista & Rezende, 2011; Viana & Baptista, 2012).

A avaliação, por sua vez, é geralmente considerada como uma das etapas deste ciclo, que se segue à implementação. Seu papel dentro do modelo seria o de julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou uma etapa desta, com o objetivo de subsidiar a tomada de decisões e monitorar os resultados (Viana &

Baptista, 2012). Existem diversas formas de classificar as avaliações, sem que se saia do pressuposto de julgamento de valor e da noção de ciclo das políticas.

Arretche (1998) separa a avaliação de políticas públicas, que se refere ao campo descrito acima, da avaliação política. Enquanto a primeira estaria dedicada a decifrar a dimensão, abrangência, escopo, funções, efeitos e composição de uma política social, a segunda se foca em compreender e explicar os determinantes do processo decisório dos governos.

A autora diferencia ainda análise de políticas públicas de avaliação. Segundo ela, a análise se refere fundamentalmente ao exame do quadro institucional da política analisada, buscando apreender a conformação e estrutura de uma política sem se preocupar com os efeitos dessa política, o que seria papel da avaliação, sendo esta a única capaz de estabelecer relações de causalidade entre um programa e os resultados (Arretche, 1998). Nesse sentido, a autora converge com a visão mais difundida sobre a avaliação, que trata esta principalmente como julgamento de valor.

Além destas subdivisões, Baptista e Rezende (2011) apontam que os estudos avaliativos podem ainda ser classificados de acordo com o momento da avaliação (*ex ante* ou *ex post*); com a função que a avaliação deve cumprir (formativa ou somativa); com o foco da avaliação (processos ou resultados). As autoras mostram ainda as relações dessas diferentes subdivisões com cada etapa do ciclo das políticas.

Estes conceitos de análise e avaliação de políticas estabelecem alguns pressupostos, como o da orientação política do Estado pelo interesse público, ou seja, um interesse maior representando o interesse da própria sociedade; o do entendimento do Estado e da política limitados à concepção de governo e de aparato estatal; entendimento das políticas públicas como o “Estado em ação”; redução das políticas públicas a um processo racional gerido pela burocracia estatal que atende a critérios e normas supostamente pactuados socialmente; a possibilidade de a partir de um exercício analítico racional e boa utilização das técnicas prever e determinar mudanças. Ainda que diversos outros autores tenham desenvolvido novas definições sobre políticas públicas e contribuído no

desenvolvimento do campo ao longo das últimas décadas, esses não deixam de refletir de certo modo este entendimento (Baptista & Mattos, 2011).

Existem várias críticas aos modelos que reproduzem estes pressupostos. Do ponto de vista ideológico, Boschetti (2009) destaca que a sofisticada série de métodos e técnicas que emergiram a partir da década de 60 objetivavam subsidiar a concepção da análise de políticas com meio de previsão e orientação da conduta governamental no contexto de uma economia de mercado. A partir das décadas de 80 e 90 essas ferramentas foram difundidas pela América Latina sob a hegemonia gerencialista e do movimento de redução do Estado. Nesse sentido, Baptista & Mattos (2011) apontam que este modelo universal, construído principalmente a partir de olhares europeus que desconsideram outras trajetórias e histórias de sociedade, serviu ou serve a muitos países e grupos de poder, que durante séculos se firmaram como hegemônicos.

Do ponto de vista teórico, o tecnicismo e o gerencialismo, ao se focar em métodos e técnicas sem uma criticidade acerca do conteúdo e função do Estado, das relações políticas e de poder, desconsidera o papel deste na produção e reprodução das desigualdades sociais (Boschetti, 2009), trata o conhecimento técnico como algo que pode e deve se sobrepor aos processos de negociação de uma política, atribuindo ao analista o papel de detentor de uma verdade e de orientador de uma boa política (Baptista & Mattos, 2011).

Ainda sobre a concepção de Estado, Baptista e Mattos (2009) criticam também o pressuposto da concepção universal e racionalista. A partir do tradicional objetivo da análise de políticas, de subsidiar a ação dos governos, há uma tendência em deixar de lado os problemas que não são privilegiados pelo aparato estatal, ou simplesmente não identificar as questões que ficam por trás do enunciado de uma política e que talvez fizessem toda a diferença no debate político

Dessa maneira, segundo Boschetti (2009), as políticas sociais deixam de ser entendidas como resultados das históricas e contraditórias relações entre Estado e sociedade em diferentes contextos históricos. Elas passam então (1) a ser supervalorizadas, desconsiderando que o enfrentamento das desigualdades sociais é muito mais complexo e se situa principalmente no âmbito da estrutura econômica

e social e (2) tratadas de maneira simplista como apenas uma ferramenta para resolução de problemas específicos ou isolados.

Do ponto de vista metodológico Boschetti (2009) aponta que a abordagem sequencial, etapista e fragmentada das políticas acaba por não considerar a complexidade dos fenômenos sociais e do processo de construção de respostas às questões sociais. Além disso, a carência de análises qualitativas dedicadas ao conteúdo e significado das políticas analisadas acaba por reforçar os problemas teóricos levantados.

A partir destas considerações sobre os caminhos tradicionais na análise e avaliação de políticas públicas, traçamos agora os principais elementos que nortearam a elaboração metodológica deste estudo, apontados por Baptista & Mattos (2011) e Boschetti (2009).

Os pontos de partidas foram a não restrição da análise de políticas ao processo político formal e institucional, e não restrição aos enfoques metodológicos sequenciais, etapistas, normativos e descritivos. Entendemos que, considerando o tema abordado por este estudo e o recorte escolhido do objeto, ao adotar as perspectivas tradicionais do campo da análise de políticas correríamos um grande risco de deixar determinantes e relações importantes em segundo plano. Nesse sentido, faremos algumas considerações.

Em primeiro lugar, adotamos a concepção de Baptista & Mattos (2011), de que não é suficiente tratar os processos políticos apenas no que é aparente ou formalmente estabelecido; de que a política deve ser vista como uma prática de embates e conflitos de interesses, de posições e percepções de mundo; de que a análise de políticas deve valorizar os processos e sujeitos envolvidos na construção da ação política. Nessa perspectiva, não há uma teoria geral ou um modelo para a análise, e ao contrário, é preciso reconhecer os caminhos específicos e dar visibilidade aos processos políticos concretos que dão sentido ao enunciado ou prática de uma política.

Dentro disso, os autores consideram ser um passo fundamental o reconhecimento da implicação do analista com o objeto de pesquisa. Isso porque, diferente das premissas difundidas pela ciência moderna de neutralidade e distância do objeto de estudo, se há um interesse em analisar uma política pública é porque o

analista já está automaticamente inserido na política e por isso não há como não se implicar e não se reconhecer na própria política. Em outras palavras, quem se interessa por estudos de políticas já apresenta algum entendimento da política em questão, já têm alguma relação com a política ou já têm algo a dizer sobre ela e estão buscando elementos de sustentação para seu pensar. Dessa maneira, o objeto, o foco do estudo e as estratégias de investigação refletem a capacidade do analista de se reconhecer e de enunciar as questões que o mobilizam (Baptista & Mattos, 2011).

Aderimos à perspectiva de Boschetti (2009), de que avaliação de políticas públicas deve ser orientada pela intencionalidade de apontar em que medida estas são capazes ou estão conseguindo expandir direitos, reduzir a desigualdade social e propiciar a equidade.

Outro referencial importante apontado por Boschetti (2009) é de que é necessário, para além das diferenciações entre análise e avaliação, tratar esses diferentes momentos, sentidos e movimentos avaliativos como inter-relacionados e complementares, e situar a avaliação no âmbito da identificação da concepção de Estado e Política Social que influencia seu resultado. Mais do que conhecer e dominar métodos ou fragmentar a análise, é fundamental buscar entender neste estudo que papel as políticas em questão cumprem no momento histórico atual, em qual conjuntura se inserem, quais as relações e conexões com dimensões internas e externas, considerando a complexidade, a multicausalidade, e as especificidades envolvidas. Para isso, a autora considera que a avaliação de políticas deve colaborar para a compreensão das relações contraditórias entre Estado e sociedade.

No que diz respeito aos fatores que devem ser levados em conta para que uma análise com essas características seja feita, destacamos quatro dimensões – histórica, econômica, política e institucional. De antemão, vale ressaltar que estas não devem ser entendidas como partes estanques e isoladas, mas como parte de um todo profundamente articulado e dinâmico.

Sobre a primeira dimensão, Baptista e Mattos (2011) afirmam que a percepção de qualquer política está associada a construções históricas e modos de operar próprios de cada realidade. Toda política está inserida em uma trajetória

geral e também específica e constitui-se em uma institucionalidade que a condiciona e a dá sentido. Por isso é necessário considerar primeiro onde a política em questão se insere na história geral, bem como reconhecer sua história específica. Assim, a partir da perspectiva histórica, a identificação de um enunciado de uma política não pode se limitar ao tempo imediato do enunciado, mas aos sentidos, saberes e práticas históricas que dão sentido ao enunciado em um determinado tempo. Entretanto, deve-se reconhecer que recorrer a história não significa esgotá-la, o que é impossível, e nem tratá-la como um dado universal da realidade, já que em última análise se tratam de narrativas construídas por diferentes grupos.

Quanto à segunda dimensão, a econômica, Boschetti (2009) considera que não se pode explicar a gênese e desenvolvimento das políticas sociais sem compreender sua articulação com a política econômica, uma vez que esta incide diretamente sobre inúmeros aspectos que as conformam, como por exemplo o financiamento (direcionamento, montante, mecanismos utilizados) e os valores ideológicos transmitidos. Nessa conformação, tem papel importante também as estratégias de acumulação vigentes e os modelos de desenvolvimento hegemônicos em cada período histórico.

No que diz respeito à dimensão política, Boschetti (2009) aponta que identificar o caráter e as tendências da ação estatal, bem como os interesses que se beneficiam dessas ações é essencial para entender como e porque cada caminho é escolhido e como se dá a articulação entre o objeto de estudo e essas tendências. Além disso, explicitar as forças políticas envolvidas na formulação e na execução de cada política também ajuda a entender elementos ocultos por trás dos enunciados oficiais. Baptista & Mattos (2011) ressaltam ainda a importância de se tratar a política para além das representações e espaços formais como forma de captar a ação dos sujeitos, de identificar os espaços de mediação de cada política e de identificar os processos de inserção e sustentação de enunciados.

Por fim, do ponto de vista institucional, é necessário conhecer a conformação da política a ser avaliada. Para isso, Boschetti (2009) considera ser importante buscar olhar a política em sua totalidade, a partir da incorporação analítica dos principais aspectos que a constituem e que posteriormente serão utilizados para subsidiar a análise. Esses aspectos podem ser buscados a partir de modelos pré-estabelecidos, que determinam quais deles devem ser considerados para a análise,

ou determinados empiricamente a partir das perguntas e focos do estudo, como é a opção aqui. A autora ressalta, entretanto, que ainda que muitos aspectos sejam considerados, que muitas informações sejam levantadas, que diversos indicadores sejam utilizados, a compreensão e explicitação do significado da política será determinada pelos referencias teóricos que o autor adotar.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo abordaremos todas as etapas de elaboração do estudo. No primeiro momento apresentaremos a definição do objeto e da hipótese de trabalho, passando para as perguntas centrais do estudo e para a escolha dos objetivos. Em seguida, o desenho do estudo é apresentado, considerando a estratégia metodológica de aproximação do objeto e o modelo analítico escolhido. Por fim definimos as categorias utilizadas, as fontes de coleta de dados e os procedimentos operacionais realizados.

3.1 Objeto e Hipótese

Frente ao quadro descrito consideramos relevante e necessário aprofundar o entendimento sobre as políticas farmacêuticas voltadas para Atenção Básica no Brasil. Especialmente em um momento em que as recentes mudanças ocorridas durante os anos 2000 ainda não foram devidamente analisadas, e existem inúmeros questionamentos sobre quais os impactos e consequências dessas mudanças para o sistema de saúde como um todo, para a população e até para o próprio mercado.

As duas possibilidades antagônicas apresentadas no debate a respeito do PFPB, de complementariedade ou concorrência entre o PFPB e a AFAB, são um importante ponto de partida para elucidar a situação atual. O simples levantamento destas hipóteses leva ao importante pressuposto, com o qual concordamos, de que *existem relações* entre as duas políticas. Todavia, o foco nas relações entre elas não exclui do estudo os diversos temas que permeiam a discussão acerca do PFPB, abordados anteriormente. Ao contrário, estes são partes essenciais para entender tais relações, bem como para situá-las em um contexto mais amplo de desafios e dilemas do sistema de saúde brasileiro.

Definido que o objeto do estudo são “as relações entre o Programa Farmácia Popular do Brasil e a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica”, passamos então para a hipótese de trabalho.

Partindo do pressuposto que as políticas se relacionam, adotamos como hipótese que “há uma concorrência por recursos de poder, financeiros, assistencial, ideológica e simbólica entre duas políticas públicas cujos objetivos e público-alvo

são parecidos, o programa Farmácia Popular do Brasil e a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Esse processo contraditório inscreve-se em um contexto mais amplo de dilemas e desafios do Sistema de Saúde Brasileiro no qual a privatização da atenção e da gestão possibilitam o redesenho dos princípios constitucionais relacionados com a garantia do direito à saúde no que se refere à assistência farmacêutica”.

3.2 Perguntas do Estudo

Para que esta hipótese fosse estudada, foi inicialmente necessária uma caracterização geral de ambas as políticas em questão. Por isso, a primeira pergunta norteadora foi: (1) *Quais são os princípios/características organizacionais, gerenciais assistenciais e financeiras do PFPB e da AFAB?*

Uma vez caracterizadas as políticas, foi possível identificar em quais pontos existem relações entre as políticas e qual a dimensão e impacto destas em cada ponto específico. A partir desta pergunta, puderam ser levantados elementos importantes para elucidar que tipo de relação mais geral que há entre as políticas. A segunda questão então foi: (2) *Quais são os princípios/características concorrentes ou complementares entre o PFPB e a AFAB e em que medida eles se relacionam?*

Por fim, consideramos que as relações que ocorrem entre as políticas se situam em um contexto histórico de dilemas do sistema de saúde e em uma conjuntura política, econômica e social mais ampla. A influência desses fatores, se por um lado traz dificuldades para qualquer análise, por outro não deve ser desconsiderada, correndo-se o risco de deixar de lado elementos chave para a compreensão do objeto ou de se limitar a visões setoriais. Por isso, a última pergunta foi: (3) *Como a relação entre o PFPB e a AFAB se situa no atual momento do sistema de saúde brasileiro?*

3.3 Objetivos

A partir das perguntas, foram definidos então o objetivo geral do trabalho e os específicos.

Geral

Problematizar as relações entre o Programa Farmácia Popular do Brasil e a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à luz de dilemas e desafios do sistema de saúde brasileiro.

Específicos

1. Caracterizar o Programa Farmácia Popular do Brasil e a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica quanto aos aspectos organizacionais, financeiros, gerenciais e assistenciais inerentes;
2. Identificar as características/princípios concorrentes e/ou complementares do PFPB e da AFAB e analisar como e em que medida eles se relacionam.
3. Contextualizar as relações entre o Programa Farmácia Popular do Brasil e a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica no atual momento do sistema de saúde brasileiro.

3.4 Etapas Metodológicas e Mapa Conceitual

Para possibilitar a problematização das relações entre a AF na AB e o PFPB utilizamos duas etapas metodológicas que permitiram: (1) caracterizar ambas as políticas no intuito de se aproximar da essência desses objetos e subsidiar a análise dos pontos e mecanismos onde e pelos quais elas se relacionam, buscando atingir os objetivos específicos 1 e 2; e (2) identificar, na atual conjuntura do sistema de saúde e do Brasil, processos mais gerais de caráter histórico, político, econômico e social que permitissem situar e aprofundar o entendimento sobre essas relações, buscando atingir o objetivo específico 3 (Contextualizar as relações entre o Programa Farmácia Popular do Brasil e a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica no atual momento do sistema de saúde brasileiro).

Considerando as reflexões anteriores, essa estratégia foi capaz de demonstrar de maneira indissociável o que há de geral e de específico na relação entre as políticas; demonstrar a inserção dessa relação em uma trajetória histórica ampla, sem desconsiderar sua trajetória específica; demonstrar como essas relações ao mesmo tempo definem as próprias políticas e definem o todo, são ao mesmo tempo produtoras e produtos.

Com relação à primeira etapa, consideramos que as políticas em questão possuem características claramente distintas e que são as duas ações mais importantes do Estado brasileiro para a concretização de um mesmo objetivo – a efetivação da assistência farmacêutica no âmbito do direito à saúde. Por isso, partimos do pressuposto que, mesmo que de maneira indireta ou involuntária, essas políticas interagem entre si.

Na análise dessas relações, a fase de caracterização se torna parte do próprio processo de análise. Por isso, os objetivos específicos 1 e 2 foram considerados interdependentes, e, portanto, não foram abordados de maneira dissociada do ponto de vista metodológico. Assim, o desenho desta etapa foi realizado pensando simultaneamente na caracterização das políticas e na análise das relações entre elas.

Como limitações desta etapa, consideramos que a curta duração do estudo não permitiu explorar de maneira abrangente todas as possibilidades de ferramentas úteis para a análise. No caso da análise de dados secundários, bancos

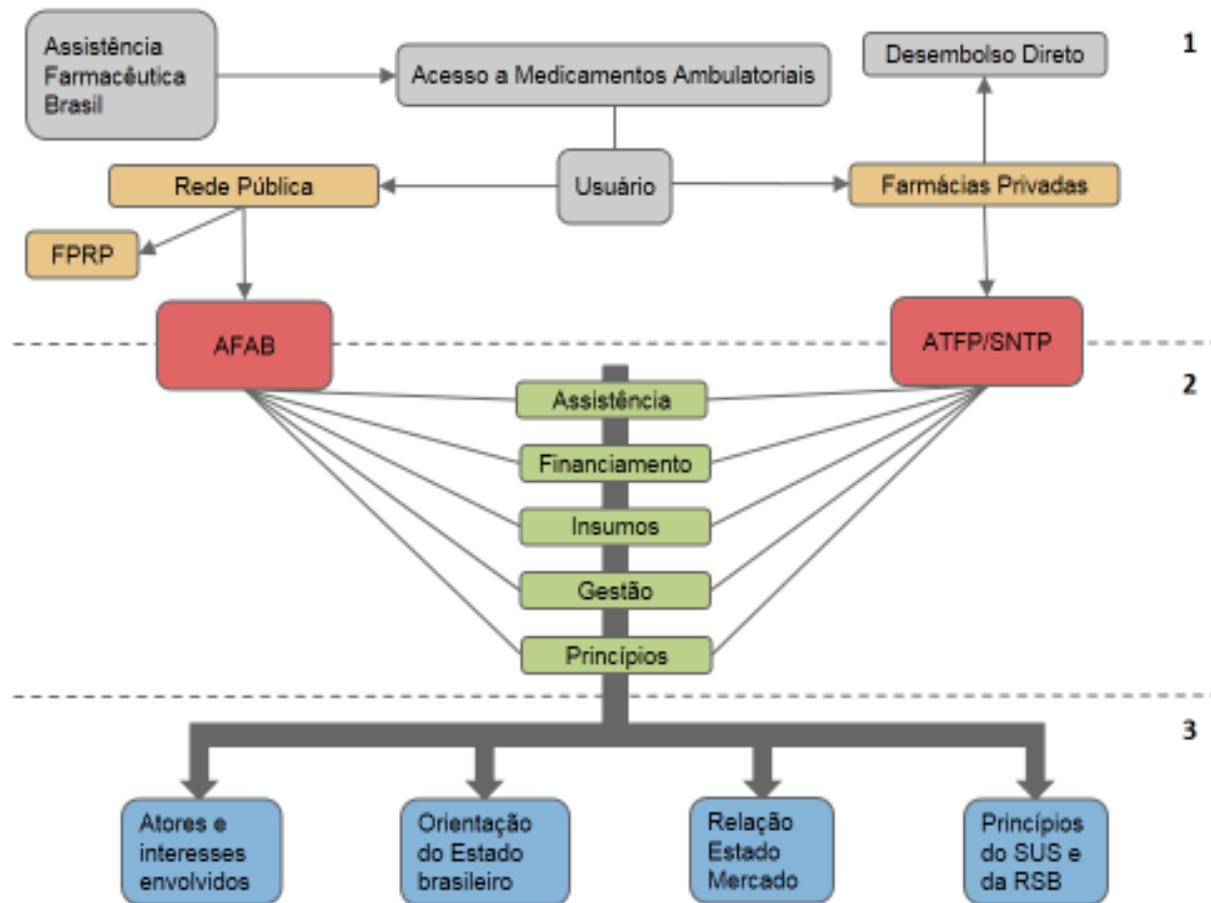
de dados importantes para determinados pontos do estudo eram muito extensos para serem analisados no período que dispúnhamos, e outros foram disponibilizados em períodos onde a utilização não era mais viável pelo tempo.

Com relação à segunda etapa e ao objetivo específico 3, identificamos elementos que, somados às questões levantadas pelos objetivos específicos 1 e 2, permitiram subsidiar um entendimento inicial a respeito das relações entre as políticas em questão com processos históricos, políticos, econômicos e sociais que permeiem o atual momento do SUS e da sociedade brasileira. Em outras palavras, buscamos elementos da experiência da AF brasileira que apresentavam uma coerência ou semelhança com processos mais gerais.

Como limitação desta etapa, ressaltamos a impossibilidade de realizar uma análise profunda dos processos mais amplos e das determinações/causalidades entre estes e o objeto do estudo, as relações entre duas políticas. Para isso seria necessário um esforço teórico muito maior do que a duração do estudo permitiu, dada a complexidade e as múltiplas visões existentes dos processos históricos, políticos, econômicos e sociais em curso no SUS e na sociedade brasileira. Além disso, a escassez de trabalhos anteriores que explorassem estes processos na sua relação com as políticas de assistência farmacêutica foi outro obstáculo. Entretanto, consideramos que esta etapa foi essencial para o recorte escolhido.

Visando facilitar a compreensão do recorte do objeto e das etapas metodológicas, elaborou-se um mapa conceitual do estudo (Figura 1).

Figura 1 - Mapa Conceitual do estudo



1: Fluxo dos usuários nos diferentes mecanismos de provisão de medicamentos ambulatoriais no Brasil; 2: primeira etapa metodológica (objetivos específicos 1 e 2); 3: segunda etapa metodológica (objetivo específico 3).

3.5 Modelo Analítico

Como estratégia de aproximação ao objeto optou-se por elaborar, enquanto esquema analítico, matrizes que contivessem as categorias consideradas importantes para o estudo. A descrição e escolha das categorias, bem como o desenho de cada matriz específica utilizada encontram-se na seção 3.6 (p. 47).

A utilização de matrizes enquanto ferramenta de análise é utilizada em diversos estudos na área de análises de políticas e está presente também em outras áreas do conhecimento. Elas se baseiam tanto em modelos e categorias pré-estabelecidas quanto podem ser elaboradas para um objeto e contexto específico,

como foi o caso neste estudo. No campo da saúde coletiva essa estratégia também é amplamente utilizada.

Como alguns entre os diversos exemplos disponíveis, podemos citar o estudo de Malta (2002) que utiliza uma matriz analítica proposta por Reis (2002) para caracterizar e comparar diferentes dimensões de modelos assistenciais em Saúde Suplementar. Goulart (2002) constrói uma matriz que considera atores, contextos, processos e conteúdos para estudar as experiências de formulação e implementação do Programa Saúde da Família em diferentes municípios. Silva (2011) utiliza uma matriz a partir de referenciais da área de planejamento em saúde para comparar autoridades reguladoras de diferentes países da América do Sul.

No presente estudo, optou-se por elaborar matrizes específicas para as características consideradas relevantes, isto é, o modelo foi construído especificamente para o objeto (Figura 2). Cada matriz agrupou uma série de dimensões relacionadas a determinada característica (A), e cada dimensão (B) se subdividiu em variáveis (C e D). Para cada uma destas, foi realizada a coleta de dados, foram descritas observações e perguntas relevantes para cada variável, e por fim, descritas o tipo de fonte de obtenção de dados a ser utilizada.

Figura 2 - Matriz modelo

Matriz Modelo - Características A		AFAB	PFPB	Comentários / Hipóteses / Perguntas	Fontes
Dimensão B	Variável C	<i>Coleta de dados / Resultados</i>	<i>Coleta de dados / Resultados</i>	<i>Perguntas de interesse para cada variável. Observações feitas a partir dos dados encontrados.</i>	<i>Tipo de fonte utilizada (documental, dados secundários, literatura, etc.)</i>
	Variável D				

A ferramenta possibilitou a organização dos resultados, facilitou a análise e avaliação dos distintos aspectos escolhidos para o estudo, e permitiu que os objetivos específicos fossem abordados de uma maneira integrada.

3.6 Definição de Categorias e Construção de Matrizes

A elaboração das matrizes, especificamente para os propósitos do estudo, bem como a definição das categorias presente em cada uma delas, foram feitas visando atingir os objetivos específicos. Considerando a primeira etapa metodológica descrita na seção 3.4, os dois primeiros objetivos específicos dizem respeito à descrição dos princípios/características das duas políticas, a identificação dos princípios/características concorrentes e complementares e a análise da relação entre as políticas. Estes objetivos foram abordados de maneira simultânea, e deram origem aos capítulos 6, 7 e 8 deste trabalho. As ferramentas desenvolvidas para a operacionalização desta etapa foram as matrizes 1 e 2 (figuras 2 e 3, respectivamente). Parte das categorias utilizadas, especialmente as variáveis, tem sido utilizadas em diversos trabalhos da área da saúde coletiva e da assistência farmacêutica, e parte foram incluídas por opção do autor, como será descrito nas seções a seguir.

A segunda etapa metodológica abordou o terceiro objetivo específico, que se propôs a contextualizar as relações observadas entre a AFAB e o PFPB em um cenário mais amplo de disputas e desafios onde está inserido o sistema de saúde brasileiro na atualidade. Para a operacionalização desta etapa e objetivo, elaborou-se a matriz 3, que resultou no capítulo 9 do presente trabalho.

3.6.1 Características Assistenciais

A primeira matriz (Quadro 2) diz respeito às características assistenciais das políticas. Por características assistenciais, compreendemos o agrupamento de quatro dimensões (abrangência; perfil socioeconômico e origem dos usuários, disponibilidade; e atenção, atendimento e cuidado).

Na dimensão *abrangência* buscou-se estimar a magnitude de cada uma das políticas, utilizando-se de indicadores bastante frequentes nos estudos sobre serviços de saúde. As variáveis escolhidas para este fim foram pontos de acesso (quantidade de estabelecimentos que dispensam medicamentos), distribuição geográfica (como se dá a distribuição destes estabelecimentos por região e porte populacional de municípios), atendimentos (evolução da quantidade de atendimentos/dispensações anuais em cada política), municípios cobertos (número

de municípios cobertos pelas políticas), e proporção de utilização de cada fonte (porcentagem de utilização das políticas e do desembolso direto para obtenção de medicamentos).

Na dimensão *perfil socioeconômico e origem dos usuários* buscou-se analisar o perfil das populações que utilizam a AFAB e o PFPB e a origem destes no sistema de saúde (rede pública ou privada). Novamente, tratam-se de indicadores amplamente utilizados em pesquisas sociais. Para isso, foram utilizadas as variáveis renda (perfil de renda dos usuários de cada política); cor de pele, escolaridade e sexo; diferenças regionais (diferenças na utilização dos serviços por região); e origem dos usuários/receitas (origem dos usuários de cada uma das políticas, utilização ou não de planos de saúde).

Na dimensão *disponibilidade* analisou-se em que medida os medicamentos estão disponíveis nas unidades de dispensação de cada uma das políticas, bem como o grau de sucesso na obtenção de seus medicamentos por parte dos pacientes. A disponibilidade é um indicador-chave utilizado bastante utilizado nos estudos de políticas farmacêuticas.

Na dimensão *atendimento, atenção e cuidado* analisou-se o funcionamento, organização do serviço e as práticas em saúde na AFAB e no PFPB. As primeiras variáveis utilizadas nesta dimensão foram selecionadas a partir dos atributos da atenção primária definidos por Giovanella & Mendonça (2012), e adaptadas para a provisão de medicamentos, partindo do pressuposto de que este é um importante atributo da atenção primária. As variáveis utilizadas para tal foram primeiro contato (modo como se dá o acesso, se por demanda espontânea ou encaminhamento, porta de entrada ou não); orientação para a comunidade (capacidade de identificar e intervir problemas específicos e/ou coletivos locais/regionais); integralidade (oferta e integração de outros de serviços além da AF na atenção primária, sistemas de referência e acompanhamento); e longitudinalidade (capacidade de criação de vínculo e acompanhamento dos pacientes ao longo do tempo). Além disso também foram utilizadas para esta dimensão outras duas variáveis: dispensação (profissionais envolvidos, infraestrutura, processo) e prescrição (uso racional de medicamentos, adequação às diretrizes das políticas de medicamentos).

Quadro 2 - Matriz 1, Características Assistenciais

DIMENSÃO	VARIÁVEL	AF NA AB	PFPB	CONSIDERAÇÕES/REFLEXÕES/HIPÓTESES	FONTES
Abrangência	Pontos de Acesso	Unidades de Saúde que dispensam (quantidade)	Farmácias conveniadas (quantidade)	Observar a quantidade de estabelecimentos que dispensam medicamentos em cada.	Literatura, Dados secundários (CNES, SAGE)
	Distribuição Geográfica	Unidades de saúde que dispensam. Mais homogênea, distribuição de acordo com a existência de unidades de saúde	Unidades RP e Conveniada. Maior concentração em grandes centros e nas regiões Sul/Sudeste.	Observar desigualdades regionais na distribuição dos estabelecimentos	Literatura, Dados Secundários (PNAD, ISAUM)
	Atendimentos	Quantidade/ano, evolução	Quantidade/ano, evolução, volume de vendas	Falta de informações pra AF na AB. Importante notar a evolução e crescimento PFPB. Observar o número de beneficiados por cada um.	Literatura, Dados Secundários (SAGE, ISAUM)
	Municípios cobertos	Quantidade	Quantidade	Observar a capacidade de cada política na cobertura e as diferenças entre cada uma	Literatura, Dados secundários (SAGE, PNAD, CNES)
	Proporção de Utilização	Proporção do total de usuários que utilizam a fonte	Proporção do total de usuários que utilizam a fonte	Observar qual a proporção de usuários que utilizam cada uma das fontes – divisão entre as fontes de acesso	Literatura, Dados Secundários (PNAUM)
Perfil Sócio Econômico e Origem	Renda	Perfil de renda dos usuários	Perfil de renda dos usuários	Observar se o perfil socioeconômico dos usuários são é semelhante ou não. PFPB a princípio foca nas classes C e D.	Literatura, Documental
	Cor de Pele, Sexo, Utilização de Planos de Saúde	-	-	Observar se o perfil socioeconômico para estas características destoa ou não entre as políticas	Literatura
	Diferenças Regionais	-	-	Observar diferenças regionais de cobertura e utilização associadas a renda	Literatura, Dados Secundários (ISAUM, PNAD)
	Origem dos Usuários / Receita	Usuário da AB do SUS	Usuário da AB no SUS que não obtiveram nas unidades de saúde, usuários oriundos do	Há sobreposição de público? Parte utiliza o PFPB como alternativa de acesso, uma vez que tem origem no SUS?	Literatura

DIMENSÃO	VARIÁVEL	AF NA AB	PFPB	CONSIDERAÇÕES/REFLEXÕES/HIPÓTESES	FONTES
			setor privado (planos, particulares)		
Disponibilidade	-	Baixa	Alta	Observar a disponibilidade, a proporção que é bem-sucedida em obter seus medicamentos em cada fonte, fatores associados	Literatura
Atenção, Atendimento e Cuidado	Estrutura e RH	Dados tabela II (gestão)	Dados tabela II (gestão)	Discutir como a estrutura e os recursos humanos afetam no atendimento e no cuidado	Literatura
Atenção, Atendimento e Cuidado	Primeiro Contato	Usuário tem acesso à AF a partir da procura dos serviços de saúde ou para manutenção de tratamento, em geral no mesmo estabelecimento. Porta de entrada para o Sistema, associada à procura pela unidade de saúde.	Demanda direta do usuário, mediante apresentação de receita medica de qualquer origem	Normas específicas para validade de receita no PFPB. AF na AB é heterogêneo. Hórus como tentativa de normatização. Casos MG, ES.	Literatura, Documental
	Orientação para a comunidade	Maior capacidade de articulação com as necessidades da população	Isolado do sistema e das necessidades.	A AF está articulada na identificação e resolução de problemas específicos coletivos? Está articulada com as especificidades de cada localidade.	Literatura
	Integralidade	Articulada a um maior espectro de necessidades do individuais e coletivas, serviços diversificados vinculados à AB.	Fragmentado, isolado do sistema, responde apenas à demanda.	Que tipo de serviços são ofertados na AB além da AF? Há sistema de referência? As políticas têm relação com a etapa de identificação do problema de saúde?	Literatura
	Longitudinalidade	AF vinculada à equipe de Saúde ou não.	Não há.	Refere-se ao acompanhamento do usuário para além da demanda, com estabelecimento de relação. Cadastro.	Literatura
Atenção, Atendimento e Cuidado	Dispensação	Profissional que realiza, estrutura, processo, conhecimento paciente	Profissional que realiza, estrutura e processo.	Etapa problemática para ambas as políticas, foco na distribuição, escassez de profissionais qualificados	Literatura
	Prescrição	Indicadores OMS (med. por prescrição, nome genérico, % injetáveis, antibióticos e listas)	Prescrição realizada no setor privado ou público. Poucas informações	Avaliação do URM e do efeito das diretrizes das políticas farmacêuticas nos serviços	PMAC.

3.6.2 Características Gerenciais

A segunda matriz (Quadro 3) diz respeito às características gerenciais. Para os fins deste trabalho, as características gerenciais foram compreendidas como todos os processos, princípios, diretrizes e determinantes relacionados à gestão da AFAB e do PFPB, englobando desde aspectos administrativos pontuais até condicionantes mais gerais da política. As características gerenciais foram subdivididas em três dimensões: gestão, organização e logística; estrutura e recursos humanos; e financiamento.

A primeira dimensão incluída nesta matriz foi *gestão, organização e logística*, onde buscou-se analisar o funcionamento, princípios e normas de diversas etapas de gestão relacionadas ao insumo medicamento, muitas delas parte do chamado ciclo da assistência farmacêutica proposto por Marin *et. al* (2003), e outras complementares heurísticamente incluídas. Vale destacar, que outras etapas do ciclo como dispensação e prescrição encontram-se abordados na matriz 1 (Quadro 2), e que temas transversais a todo o ciclo são abordados nesta mesma matriz 2 (Quadro 3) em outras dimensões (ex.: recursos humanos, financiamento). Dessa forma, praticamente todo o ciclo da assistência farmacêutica é abordado nas matrizes 1 e 2, e foram em alguns momentos separados por conveniência na organização do texto e das buscas.

As variáveis do ciclo incluídas nesta dimensão foram: seleção e elenco (como se dá a escolha e quais são os medicamentos ofertados nos serviços, incluindo as diretrizes que orientam esse processo), programação (processo de identificação da demanda e planejamento de compras), aquisição (processo de compra de medicamentos e mecanismos utilizados para tal, eficiência na utilização dos recursos); distribuição e logística (processos utilizados para garantir que o medicamento chegue do fabricante ao usuário, passando por etapas intermediárias); armazenamento (estocagem dos medicamentos ao longo dos processos logísticos e no estabelecimento da ponta, onde ocorre a dispensação, observando a necessidade de garantia da qualidade); que se subdivide nas variáveis modelo (modelo de gestão pública utilizado, atores responsáveis e responsabilidades). Além dessas variáveis incluímos também os itens modelo (modelo de gestão pública adotado, princípios norteadores, responsabilidades e

responsáveis envolvidos); preços e pagamento (valores pagos ou não pelos usuários, e casos existam, funções dos mecanismos de coparticipação e suas implicações).

A segunda dimensão da matriz 2 (Quadro 3), diz respeito à *Estrutura e Recursos Humanos*. Nela foram abordadas as variáveis estrutura física (condições estruturais disponíveis para realização de etapas como dispensação, armazenamento e controle de estoque) e recursos humanos (profissionais disponíveis para a organização do serviço, dispensação, acompanhamento, programação, aquisição, além da qualificação destes). Vale a ressalva que os resultados encontrados nessa dimensão também foram utilizados para a matriz 1 (Quadro 2, p. 49), na dimensão *atendimento, atenção e cuidado*, uma vez que são dados essenciais para a discussão das variáveis incluídas na respectiva dimensão.

A terceira e última dimensão diz respeito ao *Financiamento*. Nesta parte, abordou-se as variáveis mecanismo (mecanismos normativos e responsabilidades envolvidas no financiamento); origem dos recursos (dentro dos orçamentos públicos, de onde são oriundos os recursos que financiam cada uma das políticas); evolução dos gastos (como os gastos em ambas as políticas tem evoluído ao longo do tempo); e destino dos recursos (responsáveis por receber e utilizar os recursos destinados).

Quadro 3 - Matriz 2, Características Gerenciais

DIMENSÃO	VARIÁVEL	AF NA AB	PFPB		FONTES
Gestão, Organização e Logística	Modelo	Administração direta (municípios), descentralizada	Parceria Público-Privada, centralizada.	Qual os princípios e características de cada modelo? O que levou a escolha de um ou de outro? Que modelos de gestão tem sido priorizados no SUS e porquê?	Documental, Literatura
	Seleção e Elenco	Lista municipal, Rename. Oferta varia de unidade para unidade, e de município para município	Medicamentos selecionados para o programa, outros medicamentos e correlatos por fora do programa. Oferta uniforme em todas as farmácias conveniadas	Refere-se à definição do elenco de medicamentos. Observar adequação à realidade local da AF na AB e generalização pelo PFPB, critérios de seleção.	Literatura, documental
	Programação	Deficiente. Precisa ser feita a longo prazo (licitação) Dependente de condições estruturais, capacitação técnica.	Compras mais frequentes, estoques menores. Maior agilidade, menos faltas. Ligação direta com distribuidoras	Uma das etapas mais deficientes na AFAB, que impacta entre outras coisas, na disponibilidade.	Literatura
	Aquisição	Licitação. Dificuldades técnicas, falta de recursos, questões políticas interfederativas, ganho de escala.	Compra pela Farmácia comercial, subsídio a cada medicamento dispensado de acordo com valor pré-definido. Custos mais elevados para disponibilização	Qual mecanismo é mais vantajoso economicamente para o Estado? Quais os problemas de cada um? Quem se beneficia em cada mecanismo?	Literatura, Documental (TCU), Dados Secundários (SAGE)
	Logística e distribuição	Responsabilidade dos municípios, pode ser parcialmente terceirizada	Totalmente terceirizada	Qual é mais efetiva? Quais as implicações de adotar um modelo ou outro?	Literatura
	Controle de Estoque	Deficiente. Falta sistema de informação, baixa capacitação, ausência de registros.	Mais eficiente. Menores estoques nas farmácias comerciais, demanda mais frequente.	-	Literatura
	Armazenamento	Condições ruins, devida à estrutura física deficiente	Condições melhores?	-	Literatura
	Preços e Pagamento	-	Justificativa do copagamento na RP e no ATFP. Impacto do pagamento, para o usuário e para o Estado. Redução de preços, dimensão do copagamento.	FPRP copagamento está relacionado à redução dos custos do Estado, ATFP não (baixa eficiência)	Literatura

DIMENSÃO	VARIÁVEL	AF NA AB	PFPB		FONTES
Estrutura e Recursos Humanos	Estrutura Física	Heterogênea, na maioria das vezes insuficiente ou inadequada	Relativamente homogênea, seguindo normas sanitárias.	A estrutura física de ambos os estabelecimentos é adequada para a AF?	Literatura, Dados Secundários (PMAC), Documental
	Recursos Humanos	Insuficientes, farmacêuticos sobrecarregados ou ausentes, dispensação realizada por outros membros da equipe, dificuldades de contratação	Farmacêutico presença obrigatória, mas ausência em grande parte; dispensação por balconistas	A AF na AB conta com recursos humanos para a consolidação de seu papel dentro do modelo pretendido da atenção básica? As farmácias comerciais cumprem a legislação pertinente? Existem profissionais capacitados nos dois modelos para a concretização da AF para além da disponibilização do insumo?	Literatura, Dados Secundários (PMAC)
Financiamento	Mecanismo	Tripartite, repasse a municípios, alguns medicamentos centralizados. Componente básico. Descentralização.	Transferência direta do FNS para Farmácias comerciais. Centralização.	Porque a opção da centralização? Em muitos lugares há sobreposição de financiamento.	Literatura, Documental
	Origem dos Recursos	Fundo público (impostos), participação de todos os entes federativos	Usuário (copagamento), fundo público (impostos) para o subsídio, participação do Governo Federal	A origem dos recursos é a mesma. No PFPB há um duplo pagamento, uma vez que o usuário paga com impostos e direto na farmácia. A alocação de recursos em cada política reflete prioridades e tendências.	Dados Secundários (SIOPS, SIGA Brasil)
	Evolução dos gastos	Série histórica total e proporcional ao gasto com med. da AB, com medicamentos e Saúde	Série histórica total e proporcional ao gasto com medicamentos da AB, com medicamentos, e com Saúde	Há um aumento proporcional constante no financiamento do PFPB em detrimento da AF na AB.	Literatura, Dados Secundários (SAGE)
	Destino dos Recursos	Indústria Farmacêutica	Indústria Farmacêutica, Farmácias comerciais.	Quais atores se beneficiam dos recursos? Há uma maior acumulação para o setor privado em algum deles? Há algum setor claramente beneficiado?	Dados Secundários

3.6.3 Características Políticas, Econômicas e Ideológicas

Por fim, a matriz 3 (Quadro 4) foi elaborada para a viabilização do objetivo específico 3. Como descrito anteriormente, nesse ponto do estudo fizemos apontamentos iniciais e considerações a respeito da correlação dos achados da etapa anterior (caracterização e relação entre as políticas) com processos políticos, econômicos e ideológicos, específicos ou abrangentes, que permeiam a trajetória da AFAB e do PFPB, das políticas de saúde e da sociedade brasileira.

Para essa finalidade utilizamos autores do campo da saúde coletiva que realizaram contribuições de cunho teórico-conceitual a respeito dos seguintes temas: modelos de atenção, atenção primária, financiamento, modelos de gestão, relações público-privado, segmentação da demanda, privatização, complexo-econômico industrial da saúde (CEIS). Em diálogo com o arcabouço teórico selecionado, foram incluídos também estudos específicos sobre as políticas farmacêuticas em questão que abordaram ainda que indiretamente estes temas.

Por se tratar de um capítulo de discussão, a matriz foi utilizada de forma adaptada, sem as colunas “considerações, reflexões e hipóteses” e “fontes”. Desta forma, ela cumpriu em maior parte o papel de auxiliar na organização das reflexões do que na coleta de dados propriamente dita. Os referenciais utilizados foram sendo incluídos diretamente no texto. Assim, a própria disposição do texto do capítulo 9 guarda poucas semelhanças com a estrutura da matriz.

Na dimensão *Questões Centrais para o Debate em torno das Políticas Farmacêuticas*, listamos e discutimos os elementos (variáveis) que consideramos a partir do estudo como os pontos mais importantes para uma reflexão aprofundada sobre a trajetória e o estágio atual das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil. Estes foram: gastos privados; qualificação dos serviços; direito à saúde; e regulação do varejo farmacêutico.

Na dimensão *Coerência e Articulação com Outras Políticas de Saúde*, discutimos os achados do estudo buscando entender a relação/coerência destes com outras políticas de saúde, recentes ou de longo/médio prazo, setoriais ou

abrangentes. Nesse sentido, as variáveis foram políticas de atenção básica; assistência farmacêutica; e complexo econômico industrial da saúde.

Na dimensão *Papel Simbólico e Ideológico*, discutiu-se os possíveis efeitos e disputas de caráter mais subjetivo (simbólicos e ideológicos) que a convivência entre as duas políticas podem representar, a partir do contexto, das características e da trajetória de ambas. Como variáveis foram abordadas as variáveis papel do medicamento (insumo de saúde ou mercadoria, insumo por si só ou uma das partes do processo de atenção e cuidado?), modelo de farmácia (valores que a organização dos estabelecimentos farmacêuticos na AB transmitem ao usuário, papel que o estabelecimento cumpre); e modelo assistencial (implicações dos modelos de farmácia embutido em ambas as políticas para o modelo assistencial como um todo, tipo de influência e valores que estes modelos inserem no sistema de saúde).

Por último, na dimensão *Processos Econômicos e Modelos de Desenvolvimento* foram abordados tendências, movimentos econômicos e concepções de desenvolvimento que tiveram relevância durante o período de análise, buscando a correlação e as consequências destes processos com as características e trajetórias da AFAB e do PFPB. Para isso foram utilizadas as variáveis tendências do mercado farmacêutico (modo pelo qual a evolução do mercado influenciaram o desenvolvimento das políticas, que papel as políticas cumprem para o desenvolvimento deste mercado); neoliberalismo (consequências políticas, econômicas e ideológicas do neoliberalismo sobre as políticas farmacêuticas, dentro de um contexto mais amplo das políticas de saúde); desenvolvimentismo (*idem*).

Quadro 4 – Matriz 3, Características Políticas, Econômicas e Ideológicas

DIMENSÃO	VARIÁVEL	AF NA AB	PFPB
Questões Centrais Para o Debate em torno das Políticas Farmacêuticas	Acesso	Contribui de maneira importante para alguns medicamentos e doenças, especialmente na população de mais baixa renda, porém predominância permanece privada. Dados indicam alto acesso global à medicamentos, independente da fonte.	Não há evidências que sustentem a ampliação global do acesso, quando considerada a proporção da população que consegue obter seus medicamentos dentro do todo. Parece afetar uma pequena parte, de hipertensos e diabéticos. Acesso total, independente de fonte, é alto.
	Gastos Privados	Protege dos gastos privados, porém se limita a poucos medicamentos, não ameaça predominância privada	Não altera a proporção e o perfil de gastos privados, e reforça as farmácias comerciais. Efeito restrito a poucas doenças.
	Qualificação dos Serviços	Evolução lenta. Iniciativas locais, mais o quadro geral ainda está distante, foco na distribuição. Cuidado insipiente.	Farmácias Comerciais tem regulação frágil, e ATFP não faz nenhuma exigência. Qualificação também é agenda inconclusa.
	Direito à Saúde	A estrutura de gastos privados e a baixa qualificação dos serviços, segmentação do sistema de saúde, além da baixa abrangência, fazem com que a AFAB esteja distante da garantia do direito um direito à AF	Viabilização do acesso pelo mercado ainda mantém privado como principal fonte de acesso. Copagamento fere universalidade. Acesso pelo mercado compromete visão de direito.
Coerência e Articulação com outras Políticas da Saúde	Atenção Básica	AF como eixo estruturante da AB. Ainda muito focada na distribuição e pouco no cuidado. Potencial para reorientação de práticas, consolidação de AB universal. Certa coerência com políticas setoriais.	AF pelo mercado, desintegrada da atenção básica e equipe multiprofissional, não colabora para consolidação. Reforça modelo curativo, mercantil, segmentado de AB. Incoerência com políticas setoriais
	Assistência Farmacêutica	Orientações de políticas setoriais não cumpridas (qualificação), foco na disponibilização do insumo. Em certa medida cumpre (Rename, genéricos)	Distância de ideia inicial das políticas – parceria com setor privado não era uma realidade. Distância da qualificação e diversos outros aspectos
	Complexo Industrial da Saúde	Recursos estagnados. Não há controle central do governo para induzir tipos específicos de consumo (genéricos, ex). SUS grande produtor de serviços, poder de compra.	Claro incentivo ao consumo. “Articulação virtuosa” não se concretiza. PFPB enquanto política de incentivo econômico (varejo e indústria). Maior controle central.
Papel Simbólico e Ideológico	Papel do Medicamento	Medicamento enquanto parte da atenção, meio para prevenção /recuperação, possibilidade de foco no cuidado e no paciente, uso potencialmente racional, desmedicalizado e desmercantilizado	Mercadoria a ser disponibilizada e consumida; reforço do medicamento como símbolo de saúde; separação do medicamento da atenção;
	Modelo de Farmácia	Lógica de funcionamento desmercantilizada, Modelo indissociável e legitimador da APS, Integração ao Sistema de Saúde,	Forte lógica mercantil e comercial, pressão pelo consumo de medicamentos e outros insumos, papel simbólico das farmácias comerciais para o usuário (Status), deslegitima setor público e legitima farmácia-comércio; não integração ao sistema;
	Modelo Assistencial	Saúde como direito; equipe multiprofissional; integração dos serviços; foco na prevenção e promoção; centrada no usuário; humanização. Precarização, subfinanciamento, segmentação da demanda, privado hegemônico. Não garante princípios do SUS	Saúde-mercadoria; medicalização; medicina curativa; estímulo consumo; demanda espontânea; descolamento de problemas de saúde da população; serviços desarticulados. Alto financiamento, pouca efetividade e cobertura, segmentação, reforça privado. Contramão de princípios do SUS.
Processos Econômicos e Modelos de Desenvolvimento	Tendências de Mercado	Forte expansão do mercado farmacêutico (pharmerging); fusões e aquisições na produção e no varejo farmacêutico; alta lucratividade do varejo	
	Neoliberalismo	PPPs, Privatização, Segmentação, Focalização, Copagamento, Direitos pelo mercado, Precarização, Subfinanciamento	
	Desenvolvimentismo	Expansão do mercado de consumo de medicamentos, foco nas classes C e D, fortalecimento de atores privados pelas políticas públicas, Estado como promotor; centralidade no papel econômico do medicamento	

3.7 Fontes e Coleta de Dados

Para a construção das matrizes, foram utilizadas diferentes fontes e técnicas de coletas de dados, de caráter quantitativo e qualitativo. O estudo baseou-se fundamentalmente na revisão narrativa da literatura científica. Quando necessário, recorreremos também a documentos oficiais, literatura cinza e a dados secundários de bancos de fácil acesso. A maneira como procedeu-se a busca e utilização dos dados será apresentada a seguir, bem como a descrição das fontes de dados.

3.7.1 Revisão Bibliográfica

Foram utilizados estudos publicados em periódicos nacionais e internacionais, teses e dissertações, estudos técnicos, relatórios e apresentações de trabalhos em eventos científicos. Diversas bases de dados foram consultadas: SciELO, LILACS, MEDLINE, Banco de Teses da CAPES, GoogleScholar, entre outras.

Com relação aos termos de busca utilizados para a revisão, dada a diversidades de temas pesquisados, não foi possível estabelecer chaves de busca padronizadas para cada um dos subtemas, considerando o grande número de algoritmos que teriam de ser elaborados. Assim, uma ampla gama de termos e combinações de termos relacionados ao campo da assistência farmacêutica e às políticas em questão foram pesquisados nas bases supracitadas, variando de tema para tema.

Somando-se às buscas descritas acima, utilizamos também a base de dados da revisão bibliográfica do projeto Impact of Consecutive Subsidies Policies on Access to and Use of Medicines in Brazil - ISAUM-Br⁴, que compilou estudos sobre o programa e sobre políticas farmacêuticas concorrentes entre 2004 e 2013. No âmbito da revisão, foram realizadas uma série de buscas nas bases BVS e Scopus. Na revisão sobre as políticas concorrentes utilizou-se as palavras chave “access to medicines”; “pharmaceutical policies”; “provision of medicines”; “expenditure on medicines; e “cost and medicines”. Foram recuperados 855 estudos. Na revisão

⁴ O projeto ISAUM-Br é executado pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da ENSP/Fiocruz e financiado pela iniciativa Alliance for Health Policy, da Organização Mundial de Saúde. Tem como objetivo geral descrever o impacto das políticas de subsídios governamentais, notoriamente o Programa Farmácia Popular do Brasil, para a aquisição de medicamentos no Brasil.

sobre o PFPB utilizou-se as palavras-chave “farmácia popular”; “pharmaceutical services”; “cost sharing”; “copayment”. Foram recuperados 230 estudos. Os termos de pesquisa detalhados são descritos no projeto.

Foram também incluídas referências de referências dos estudos que foram consideradas relevantes.

Os estudos selecionados foram analisados e os principais resultados foram extraídos e compilados nas matrizes condizentes e nas dimensões/variáveis apropriadas. Ao final deste processo, as matrizes continham as informações necessárias para a elaboração do texto, e foram também complementadas com os dados secundários e com as informações de documentos relevantes.

3.7.2 Dados Secundários

Os dados secundários foram incluídos no estudo de maneira complementar, quando determinadas informações não foram encontradas na literatura ou quando estas encontravam-se desatualizadas. Todos os dados secundários utilizados foram extraídos de bases de acesso livre e de simples manejo. A seguir, descreveremos as bases utilizadas e as informações retiradas de cada uma delas.

Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde – SAGE/MS. Nesta plataforma são disponibilizados uma série de dados de diferentes fontes, como o Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS) e o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS). Nela foram coletadas informações à respeito do PFPB (evolução do número de estabelecimentos, municípios cobertos e financiamento) e sobre o orçamento do MS para a assistência farmacêutica (evolução do financiamento de cada componente, transferências a estados e municípios).

Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS. Nesta plataforma são disponibilizados uma série de informações oriundas de importantes bases de dados de abrangência nacional, como por exemplo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Para o trabalho foram coletados dados referentes à utilização de centros de saúde como serviço de uso regular da PNAD, de acordo com regiões e perfil de renda em série histórica.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Nesta base são registrados os estabelecimentos de saúde do país, especialmente públicos, em diferentes classificações. Estes dados foram utilizados para estimar a quantidade de postos e unidades de saúde no Brasil ao final do ano de 2014.

3.7.3 Pesquisa Documental

Também de maneira complementar à revisão bibliográfica, foram utilizados documentos públicos como leis, portarias, resoluções e documentos oficiais. Para isso, utilizou-se a base de dados do projeto ISAUM-Br, que compilou legislações, manuais e documentos oficiais do PFPB entre janeiro de 2004 e março de 2013, todos obtidos em bases de acesso livre. Esses dados foram coletados através de pesquisa na ferramenta de busca do domínio Saúde Legis (www.portal2.saude.gov.br/saudelegis) com os termos “farmácia AND popular” e no levantamento de todos os documentos disponíveis no website oficial do programa (www.portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1095). Com relação à AFAB, as buscas foram sendo feitas na medida em que o texto era escrito, de acordo com a necessidade de se aprofundar determinadas questões a partir do subsídio das normas.

3.7.4 Literatura Cinza

Em alguns momentos do texto, utilizou-se de modo ilustrativo a literatura cinza, especialmente matérias de revistas, jornais e websites.

3.8 Considerações éticas

O presente trabalho não utilizou nenhuma técnica de pesquisa que envolvesse seres humanos. Todos os bancos de dados secundários utilizados são de acesso aberto, e portanto não requeriam nenhum tipo de autorização formal para utilização. O projeto de trabalho referente ao estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e registrado na Plataforma Brasil, sob o número CAAE: 27456914.0.0000.5240.

4 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

4.1 Abrangência

Partimos da premissa que na rede pública a AFAB apenas pode se concretizar no âmbito dos postos, unidades ou centros de saúde, genericamente aqui referidos como UBS. Em dezembro de 2014 estes totalizavam 45667 estabelecimentos, segundo dados do CNES⁵. Entretanto, não são todos as UBS que realizam a dispensação de medicamentos, conforme constataram Mendes *et al.* (2014), e esta é uma outra condição importante para uma estimativa plausível da quantidade de estabelecimentos onde a AFAB acontece. Ao analisar uma amostra equivalente a 88,3% dos centros e unidades de saúde no ano de 2013 (apenas as que aderiram ao PMAQ), observaram que 75,3% destes estabelecimentos realizam a dispensação de medicamentos, o que em termos absolutos representou pouco mais de 29 mil UBS. Considerando a proporção encontrada pelos autores supracitados e os dados do CNES, podemos estimar que existam aproximadamente 34 mil UBS que realizam a dispensação de medicamentos no Brasil. Em outras palavras, é nesses estabelecimentos onde ocorre a AFAB.

O mesmo estudo (Mendes *et al.*, 2014) traz também informações relevantes sobre a distribuição das UBS. A primeira delas é que há uma média de 2 unidades para cada dez mil habitantes, com redução da concentração de unidades por habitantes com o aumento do tamanho dos municípios. Em municípios com até 10 mil habitantes, há uma média de 4,8 unidades/10.000 habitantes, número que diminui progressivamente até 0,6 em cidades com mais de 500 mil habitantes. Quando se trata de UBS que dispensam medicamentos, média de 1,5 para cada dez mil habitantes, estas disparidades são um pouco menores. O município menos populoso tem em média 3,1 UBS que dispensam por 10.000 habitantes, enquanto o maior tem 0,6. Isso porque, na medida em que cresce o tamanho do município cresce também a proporção de unidades que dispensam medicamentos, subindo progressivamente de 64,7% nos menos populosos para 89,2% entre os mais populosos. Vale a ressalva de que esses números médios podem ser ligeiramente maiores, uma vez que o estudo englobou cerca de 88% de todas as UBS com registro do CNES, e não a totalidade.

⁵ Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/> . Acesso em 04/12/2015

De qualquer maneira, o que estas evidências mostram é que as cidades de menor porte populacional são mais bem assistidas em termos de concentração de UBS do que as de municípios maior porte populacional e o mesmo vale para as UBS que dispensam medicamentos. Os que vivem em municípios com mais de cem mil habitantes, cerca de 55% da população, são atendidos por aproximadamente 26% das unidades de saúde e por 30% das unidades que dispensam medicamentos.

Outra questão importante é a capilaridade destes estabelecimentos. Segundo o DATASUS, em um universo de 5570 municípios, apenas 4 não possuem nenhuma UBS, 654 (11,7%) possuem apenas uma, 1303 (23,4%) possuem entre 2 e 3 UBS e 1006 (18,1%) possuem entre 4 e 5 UBS. Isso demonstra uma alta capilaridade destes estabelecimentos, até mesmo nos municípios de pequeno porte populacional, ainda que a acessibilidade geográfica possa estar comprometida pela área geográfica coberta por cada UBS. Apesar de não haver dados mais específicos disponíveis a respeito da presença de UBS que dispensam medicamentos nos municípios, é de se esperar que essa capilaridade seja um pouco menor, mas ainda bastante alta, uma vez que em municípios de pequeno porte com até 20 mil habitantes, cerca de 66,2% das UBS dispensam medicamentos (Mendes *et al.*,2014).

Em termos de cobertura, segundo dados da PNAD organizados no PROADESS⁶, em 2008 cerca de 56,8% da população tinham a UBS como serviço de uso regular. É possível que nos dias de hoje a proporção seja ainda maior, considerando principalmente duas questões. A primeira é a tendência de aumento da quantidade de usuários regulares deste serviço. Em 1998 e 2003 eles representavam 41,8% e 52,5% da população, indicando junto com os números de 2008 uma tendência de crescimento que pode ter se mantido até os dias de hoje. Além disso, segundo a ANS⁷ em setembro de 2014 cerca de 51 milhões de pessoas eram clientes de planos e seguros de saúde em uma população de cerca 203 milhões⁸ de pessoas, o que equivale a aproximadamente 25,4% da população brasileira. Ou seja, ainda que 56,8% dos brasileiros se auto referenciem como

⁶ Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/> . Acesso em 05/12/2014

⁷ Caderno de Informação de Saúde Suplementar, Dez/14. Disponível em: www.ans.gov.br. Acesso em 14/12/2014

⁸ IBGE, 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> . Acesso em 14/12/2014

usuários regulares de centros e postos de saúde, é possível que exista uma proporção importante que use o sistema público, ainda que não regularmente, sobretudo a população mais jovem.

Por outro lado, pensando a questão da obtenção de medicamentos e utilização da AFAB é de se esperar que uma parte significativa da população que utiliza as UBS tenha que recorrer a outras fontes para obtenção de medicamentos, dado o fato que 25% delas não realizam dispensação e que nestas muitas vezes a população não consegue obter os medicamentos necessários devido à baixa disponibilidade, como veremos mais detalhadamente adiante. Alguns dados reforçam esta hipótese.

Segundo a Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização de Medicamentos (PNAUM), no que diz respeito às doenças crônicas, em 2014 cerca de 60,9% dos diabéticos, 57,8% dos hipertensos e 26,7% dos portadores de doenças pulmonares obtiveram seus medicamentos no SUS. A proporção destes que obtiveram seus medicamentos pelo PFPB foi de 18,5%, 16,1% e 8,3%, respectivamente. Já os que obtiveram no setor privado representaram para estas doenças 20,6%, 26,1% e 65% (Mengue, 2014).

Os dados de Costa (2011) em 2011 apresentam percentual de acesso pelo SUS um pouco menores. Em inquérito telefônico de abrangência nacional no ano de 2011, a autora verificou que 45,8% dos hipertensos obtinham seus medicamentos em UBS, 15,9% no PFPB e 38,3% em farmácias e drogarias. Já para os diabéticos estes números foram 54,4%, 16,2% e 29,4%, respectivamente.

Apesar de parte importante da população obter seus medicamentos para hipertensão e diabetes no SUS, a situação é bem pior quando se trata de doenças agudas e outras doenças crônicas. Novamente com dados da PNAUM, verificou-se que a proporção de pessoas que pagam por medicamentos é de 65,0% para quem é acometido por doença pulmonar, 54,8% por afecções gastrointestinais, 63,1% por infecção, 70,9% por febre, 77,9% por dor e 81,2% por afecções respiratórias agudas como gripe, resfriado e rinite (Mengue, 2014).

4.2 Perfil Socioeconômico e Origem dos Usuários

Novamente partindo da premissa que os usuários das UBS deveriam obter seus medicamentos prioritariamente na própria unidade de atendimento, os dados da PNAD⁹ sobre utilização regular das UBS são úteis para lançar luzes sobre o perfil dos potenciais beneficiados pela AFAB.

A partir deles, é possível observar que a proporção de pessoas que usam regularmente as UBS diminui na medida em que aumenta a renda e que, de uma maneira geral, essa proporção tem aumentado ao longo dos anos para todos os quintis de renda. A população usuária desses serviços nos três primeiros quintis de renda variou entre 49,5% e 58,3% em 1998, entre 61,7% e 70,6% em 2003 e 65,3% e 76,7% em 2008. Nos dois quintis de renda mais elevada, essa proporção passou respectivamente de 37,1% e 12,6% em 2003, 46,5% e 16,8% em 2003 e 51,7 e 20,9% em 2008. Novamente, do ponto de vista da utilização de serviços públicos de saúde em nível ambulatorial segundo extratos de renda, valem as ressalvas feitas na seção anterior sobre a possibilidade dessas proporções serem hoje ainda maiores, dada tendência geral de aumento da utilização desses serviços ao longo dos anos e da proporção da população cliente de planos e seguros de saúde.

Quando os mesmos dados são analisados por região, outras características podem ser observadas. No geral, em 2008 as regiões norte, nordeste e sul possuíam a mesma porcentagem geral de utilização, por volta dos 60%, seguidas da região Centro-Oeste com 56,5% e da Sudeste com 51,1%. A região Sul era a que possuía maior utilização para os dois primeiros quintis de renda. No segundo e no terceiro quintil de renda, todas as regiões apresentavam proporções mais ou menos semelhantes (entre 71,2% e 77% no segundo e 66,8% e 69,7% no terceiro), com exceção da SE, que do segundo quintil em diante mostrava proporções menores que as demais. Já nos dois quintis de renda mais elevados, as regiões Norte e Nordeste apresentavam a maior proporção de utilização (cerca 33,0 e 30,3%, respectivamente), bem acima das outras (entre 14,5% e 19,2%).

Com relação à obtenção de medicamentos em UBS, alguns estudos em municípios na região Sul mostram que a tendência mostrada acima para a utilização das UBS também é válida para a obtenção de medicamentos. Em outras palavras,

⁹ PROADESS. Disponível em: <http://www.proadess.iciict.fiocruz.br/> . Acesso em 06/12/2014

uma menor renda também está associada a uma maior obtenção de medicamentos na AFAB. Vale a ressalva de que estes são estudos locais, e apesar de confirmarem a tendência, não podem ser generalizados para todo o país em termos quantitativos, dadas as diferentes e as vastas diferenças observadas entre os municípios brasileiros. Além disso a região Sul apresenta evidências de uma melhor organização/estruturação geral da assistência farmacêutica do que outras regiões do país.

No município de Porto Alegre em 2003, em uma população coberta pelo PSF, a porcentagem de medicamentos obtidos gratuitamente no SUS diminuiu na medida em que houve aumento da renda. No quintil de menor renda, cerca de 70% dos medicamentos foram obtidos no SUS, no segundo e terceiro quintis cerca de 50%, no quarto quintil por volta de 30% e no de renda mais alta cerca de 15% (Bertoldi *et al.* 2009). Quando observada a proporção relativa, isto é, quando se considera o peso financeiro que estes medicamentos representaram, as diferenças ficam ainda maiores. Nos três primeiros quintis o peso dos medicamentos obtidos gratuitamente varia entre 70 e 80% do total, enquanto que para os últimos dois quintis essa proporção foi de cerca de 40% para o quarto e 20% para o último (Bertoldi *et al.* 2011).

Em estudo no município de Florianópolis entre 2009 e 2010, onde foi analisado o acesso à medicamentos entre idosos e os fatores determinantes deste acesso, padrões semelhantes foram encontrados. A prevalência de acesso à medicamentos pelo SUS segundo quartis de renda foi de 67,8%, 68,3%, 46,7% e 18,1%, do quartil de menor renda para o maior. Outros fatores que estiveram associados a uma maior prevalência de acesso à medicamentos pelo SUS foram ser do sexo feminino, ter pele preta ou parda, menor escolaridade, não possuir plano de saúde, entre outros (Aziz, *et al.*, 2011).

Boing *et al.*(2011) encontraram no ano de 2009 resultados um pouco diferentes, mas que confirmam a tendência de diminuição da obtenção de medicamentos no SUS com o aumento da renda. Segundo eles, no primeiro quintil de renda 37,1% dos entrevistados obtiveram medicamentos pelo SUS, no segundo 27,1%, no terceiro 16,1%, no quarto 14,0% e no último apenas 5,5%. Sexo feminino, idade avançada, cor da pele preta e renda familiar mais baixa também foram fatores associados à de obtenção de medicamentos pelo SUS.

Por fim, dados nacionais sobre outros aspectos socioeconômicos associados à obtenção de medicamentos nas UBS são apontados por Costa (2014). Segundo a autora negros/pardos e indígenas utilizam mais as UBS para obter seus medicamentos para hipertensão e diabetes do que brancos. O mesmo vale para mulheres, pessoas com menos escolaridade e que não possuem planos de saúde.

4.3 Financiamento

Os mecanismos de financiamento da AF no Brasil vêm passando por diversas mudanças ao longo dos anos. Os principais fatores que influenciaram estas mudanças foram de caráter institucional, com a desativação da CEME e a implementação de políticas setoriais, como a PNM e a PNAF. Estas levaram para a AF a necessidade de descentralização das atividades de programação e aquisição de medicamentos, especialmente na atenção básica, em consonância com as orientações gerais das políticas de saúde.

A mudança do financiamento da AF no sentido da descentralização foi gradual. Em um primeiro momento, foi implementado no ano de 1999 o incentivo à assistência farmacêutica básica (IAFAB), que instituía repasses fundo a fundo mensais do MS para estados e municípios. Inicialmente, o valor repassado era de R\$ 1,00 por habitante/ano (Oliveira *et al.* 2010). Apesar da adoção do IAFAB, recursos para diversos medicamentos da atenção básica ainda continuaram centralizados na esfera federal, em programas específicos que tinham como objetivo a garantia um elenco mínimo de medicamentos para os municípios. Cada programa possuía normas próprias e recursos próprios. A partir de 2006, o financiamento federal da AF foi reorganizado, sendo criado um bloco de financiamento específico para a área. Ainda que os programas tenham sido mantidos com regras de financiamento e fornecimento específicas, na prática eles foram agrupados em grandes componentes: Básico, Estratégico e Excepcional (posteriormente Especializado) (Vieira, 2010).

O componente básico, por sua vez, é composto por uma parte financeira fixa, que é um valor *per capita* para aquisição de medicamentos na atenção básica transferido para estados e municípios de acordo com pactuação bipartite; e por uma parte variável, relacionadas aos programas de hipertensão e diabetes, asma e rinite,

saúde mental, saúde da mulher, alimentação e nutrição e combate ao tabagismo, que podem ser executados pelo MS ou descentralizados, também de acordo com pactuação tripartite (Oliveira *et al.*, 2010).

A dimensão do volume total de recursos destinados à aquisição pública de medicamentos no país, somando a contribuição de todos entes federativos, são descritas em dois estudos que utilizam bases de dados e metodologias distintas. Vieira & Zucchi (2013), a partir de dados do SIGA Brasil apontam que entre 2005 e 2009 os recursos liquidados pelas três esferas de governo passaram de 5,5 para 8,9 bilhões de reais. Os achados Aurea *et al.* (2011), a partir de dados do SIASG, mostram um crescimento mais moderado do financiamento - entre 2005 e 2008 os recursos destinados teriam passado de 6,4 para 7,3 bilhões de reais no mesmo período – o que mostra uma tendência praticamente de estagnação.

Entretanto, estes dados não são suficientes para entender como tem evoluído o financiamento de medicamentos como um todo, incluindo os da atenção básica. É necessário observar como tem se dado a contribuição de cada ente federativo.

A União é a maior financiadora das compras de medicamentos. Parte dos recursos são aplicados na aquisição direta e parte transferidos para estados e municípios. Vieira & Zucchi (2013) aponta que de todo o recurso liquidado pelas três esferas, a participação da União variou entre 59 e 71% nos anos 2005 a 2009; e segundo Aurea *et al.* (2011) mostra variação próxima: entre 66 e 71% de 2005 a 2008. Em termos absolutos, para Vieira (2009) e Vieira & Zucchi (2013) os valores gastos pela União com medicamentos passaram de 1,44 bilhões de reais em 2002 para 5,66 bilhões em 2009, aumento quase de 3,9 vezes. Dentro do mesmo período, observar um crescimento mais vigoroso entre os anos de 2002 e 2006 (1,44 bilhões de reais para 4,44 bilhões, aumento de cerca de 217%), com uma diminuição do ritmo entre 2006 e 2009 (4,44 bilhões para 5,66 bilhões, aumento de cerca de 27% em 3 anos. Já Aurea *et al.* (2011) aponta um crescimento mais lento - o valor absoluto gasto teria passado de 4,3 para 4,8 bilhões de reais, crescimento de cerca de 12% entre 2005 e 2008. Segundo Mengue (2014), após esse período os recursos federais continuaram crescendo, passando de 6,76 bilhões de reais em 2009 para 11,46 bilhões em 2013.

Entre os estudos encontrados, a tendência de avanço na descentralização nos gastos da União é consenso, o que segue a tendência geral do financiamento no SUS (Piola *et al.* 2013) e que pode ser concluído a partir de algumas evidências. A primeira delas é o aumento proporcional expressivo, dentro dos valores financiados pela União, das transferências de recursos a outros entes e a diminuição da participação das aquisições diretas. Vieira & Zucchi (2013) mostram que entre 2005 e 2009, os recursos repassados para estados e municípios passaram de 40,6% e 4,5% do orçamento para 45,3% e 11,3%, respectivamente, ao passo em que a participação das aquisições diretas realizadas diminuiu de 50,2% para 41,8%. As autoras apontam que a tendência de descentralização está relacionada principalmente ao fato de o Ministério ter deixado de comprar de maneira centralizada diversos medicamentos, especialmente no que se refere à atenção básica. Aorea (2011) aponta uma evolução mais acelerada - a proporção de recursos repassada aos dois entes somados subiu de 34,3% em 2005 para 51,6% em 2008, enquanto que as aquisições diretas caíram de 65,7% para 48,4%. Em termos absolutos, foi identificada uma tendência de relativa estagnação dos gastos com nesta modalidade.

Ainda analisando os gastos da União, ao desagregar os valores investidos pelo MS entre os distintos componentes da AF, pode se observar uma outra tendência, a de aumento da proporção de recursos destinados ao componente especializado. O estudo de Vieira (2009), que considera os gastos com cada componente a partir de financiamento do MS, seja por aquisição direta, seja por repasses a outras esferas, aponta que em 2002 foram liquidados cerca de 181 milhões de reais para medicamentos da atenção básica, 313 milhões para medicamentos estratégicos e 669 milhões para medicamentos especializados, que representavam respectivamente 12,6%, 21,7% e 46,5% do total. Em 2003, foram liquidados 555 milhões para o componente especializado, cerca de 29% do total. Já em 2007, foram gastos 317 milhões com medicamentos da atenção básica, 699 milhões com o componente estratégico e 1,956 bilhões com o especializado, que representaram respectivamente 6,8%, 15,1% e 42,2% do total. Os gastos com medicamentos da atenção básica e estratégicos cresceram 75% e 124% entre 2002 e 2007, enquanto que com medicamentos do componente especializado cresceu 252% entre 2003 e 2007. Dessa maneira, mesmo considerando programas

estratégicos gastou-se 2,6 reais com DST/AIDS e medicamentos especializados para cada 1 real na atenção básica. Já o estudo de Aurea (2011), que analisa apenas os gastos com aquisição direta do MS em cada componente, aponta que em termos absolutos do MS, o componente básico diminuiu sua participação de 20,7% para 11,7%, o estratégico de 65,0% para 59,5% e o especializado subiu de 14,3% para 28,8%, tendo sido o único que teve aumento absoluto dos recursos, enquanto que para os dois primeiros houve uma diminuição.

Novamente, quando analisados os gastos globais com aquisição de medicamentos no Brasil, é possível observar também o padrão de participação das outras esferas de governo no financiamento. A principal tendência observada é que os estados aumentaram sua participação, tendo sido o ente federativo que teve maior crescimento percentual na destinação de recursos próprios para a aquisição de medicamentos, enquanto que os municípios foram no caminho oposto. De acordo com Vieira & Zucchi (2013), em termos absolutos os gastos estaduais e municipais passaram de 0,77e 1,34 bilhões de reais em 2005, respectivamente, para 1,64 bilhões (ambos) em 2009. No primeiro ano, os estados foram responsáveis por 14,0% dos gastos globais e os municípios por 24,2%, enquanto que no último ambos financiaram 18,4%. Aurea *et al.* (2011) aponta a mesma tendência: os gastos estaduais teriam passado de 753 milhões em 2005 para 1,2 bilhões de reais em 2008, ao passo que sua participação no período passou de 11,8% para 16,4%. No caminho oposto, os municípios tiveram gastos absolutos estáveis (1,29 bilhão no primeiro ano e 1,28no último) e participação diminuída no total financiado (20,2% em 2005 e 17,5% em 2008).

Mesmo sendo a União a principal financiadora, é importante observar que são os estados os principais compradores de medicamentos, tendo liquidado 47,1% dos 8,9 bilhões de reais utilizados para este fim no Brasil em 2009. Em seguida, União e municípios contribuíram com praticamente a mesma parcela, 26,5% e 26,4% respectivamente (Vieira & Zucchi, 2011).

Além disso, apesar dos municípios serem os menores financiadores e compradores quando comparados a estados e União sob um olhar global, quando analisada apenas as despesas dos municípios com a aquisição de medicamentos, pode se observar que a maior parte dos recursos alocados é de origem própria (aproximadamente 70% em 2009), e o restante oriundo de transferências federais,

com baixíssima participação estadual (Vieira & Zucchi, 2013). Outro fato que merece destaque é o grande aumento, entre 2005 e 2009, das transferências de municípios para outros municípios (901%) e para os estados (232%), o que pode representar um avanço na realização de arranjos intermunicipais e estaduais para a aquisição de medicamentos, tema que será abordado mais adiante. Entretanto, vale ressaltar que em termos absolutos, essas transferências são praticamente insignificantes em termos proporcionais (menos de 1%) quando comparadas aos recursos gastos com as compra diretas municipais.

Considerando que os municípios são os responsáveis diretos pela maior parte da compra de medicamentos da atenção básica, estes dados sugerem uma possível sobrecarga da esfera municipal no que diz respeito ao financiamento destes medicamentos. É importante ressaltar que essa tendência segue a tendência global do financiamento do SUS, onde os municípios e estados têm uma participação cada vez maior nos gastos em saúde, e a o investimento da união como proporção do PIB tem se mantido estagnado (Piola *et al.*, 2013; Machado *et al.* 2014)

Um possível indício da insuficiência de recursos para medicamentos na atenção básica é a lentidão como a parte fixa do financiamento do componente básico tem evoluído, em termos de valores *per capita*. Inicialmente, o IAFAB determinava em 1999 que a união deveria aplicar R\$ 1,00 por habitante/ano, enquanto estados e municípios deveriam aplicar o mínimo de R\$ 0,50 por habitante/ano (Brasil, 1999). Esses valores foram reajustados para R\$ 1,65 e R\$ 1,00 em 2005 (Brasil, 2005), para R\$ 4,10 e R\$ 1,50 em 2007 (Brasil, 2007b), R\$ 5,10 e 1,86 em 2009 (Brasil, 2009) e por fim R\$ 5,10 e 2,36 em 2013 (Brasil, 2013). Essas informações mostram que desde 2007, quando houve um grande salto nos valores sob responsabilidade da União, a evolução tem sido lenta – aumento de cerca de 24% em 7 anos, sendo que não há reajuste desde 2009. Do lado dos estados e municípios, o aumento foi de cerca de 57% no mesmo período.

Esta estagnação no investimento federal no componente básico na AF é comprovada pelos dados mais recentes de transferências a estados e municípios pelo MS. Segundo dados da SAGE, entre 2010 e 2013 os valores transferidos oscilaram em torno de 1 bilhão de reais anuais. Comparando estes dados com os de Mengue (2014), observa-se uma diminuição da participação do componente

básico dentro do orçamento destinado a medicamentos pelo MS. Em 2011 foram investidos 1,02 bilhões de reais em um total de 6,99, cerca de 14,6%. Já em 2013, a proporção foi de 1,03 em um total de 11,46 bilhões, aproximadamente 9,0%, o que representam uma diminuição proporcional importante.

Os problemas no financiamento de medicamentos para a atenção básica são confirmados pela percepção de gestores municipais. Em estudo de Lacerda (2013), constatou-se que para 60,6% dos gestores entrevistados, a disponibilidade de recursos financeiros tem importância muito grande ou grande quando não se consegue disponibilizar os medicamentos. Sobre o valor do incentivo financeiro destinado à AFAB, 84,7% consideraram insuficiente. (Lacerda, 2013).

Outra questão relevante quando se fala no papel das esferas subnacionais no financiamento de medicamentos, são as grandes disparidades entre municípios, estados e regiões. Vieira & Zucchi (2011) apontam uma grande variação do valor *per capita* anual investido pelos estados na compra de medicamentos – o estudo identificou uma média de investimentos de R\$ 22,00 por residente/ano, porém diversos estados investiram valores muito acima e muito abaixo desse valor. Houveram também diferenças significativas no gasto *per capita* dos municípios das distintas regiões, da mesma região e no gasto dos municípios por tamanho populacional: a região Centro-Oeste gasta mais que as regiões Nordeste e Sudeste e menos que a região Norte; as diferenças entre a média e a mediana de gasto *per capita* em municípios de uma mesma região chegaram a 46%; os municípios com menos de 10.000 habitantes tem um gasto *per capita* maior do que os municípios maiores que isso, sendo que os com população menor que 5.000 habitantes gastam *per capita* em média 3,9 mais do que os com mais de 500.000 habitantes. Com relação a este último dado, a principal hipótese explicativa é o menor poder de compra e menor possibilidade de ganho de escala em municípios de menor porte, o que diminui a eficiência do gasto público.

Por fim, vale destacar os poucos recursos destinados pela União para a organização e estruturação de serviços farmacêuticos públicos. Entre 2005 e 2009, os valores destinados a este fim passaram de 7,1 milhões para 10,1 milhões de reais, crescimento bem abaixo dos gastos com aquisição pelas três esferas, e em termos absolutos, praticamente nulos quando comparados ao montante destinado

para aquisição (Vieira & Zucchi, 2013). Mais recentemente criou-se o Qualifar-SUS, que tem entre os seus objetivos a estruturação dos serviços farmacêuticos na AB.

A baixa prioridade dada a esse aspecto, especialmente pela União, é flagrante, especialmente quando se considera que esse é um dos eixos presentes na PNM e na PNAF. A evolução da legislação deixa isso claro. Em 2006, quando o financiamento foi dividido em componentes, criou-se também o componente de organização da AF (Brasil, 2006), mas foi prontamente retirado do bloco de financiamento em 2007 (Brasil, 2007). A organização e estruturação dos serviços voltou a estar presente nas normas apenas na presente década. Em 2010, estabeleceu-se que estados e municípios poderiam, de maneira opcional, destinar até 15% de seu orçamento da AFAB para este fim, porém sendo vedado a utilização de recursos federais. Apenas recentemente verbas específicas passaram a ser destinadas para estas necessidades, com a instituição do Qualifar-SUS (Brasil, 2012). Entretanto, o programa ainda tem uma abrangência pequena, incluindo em 2014 apenas 676 municípios inseridos no Plano Brasil Sem Miséria (Brasil, 2014). Os recursos também são ínfimos quando comparados ao que é destinado à aquisição. Dos 1,05 bilhões de reais destinados à AFAB em 2014, apenas 35 milhões eram referentes ao programa.

4.4 Estrutura e Recursos Humanos

A realidade da estrutura física e dos RH revelam em muitos aspectos o modo de funcionamento das farmácias públicas. Demonstram também o grau de priorização/importância que é dado ao problema, a visão de gestores sobre a AFAP, e refletem como a ação/inação dos governos e gestores impactam na organização dos serviços.

No que diz respeito à estrutura física, Araújo *et al.* (2008) apontam que, de maneira geral, as farmácias nas UBS ocupam espaços relativamente pequenos, cerca de 20 metros quadrados, que servem simultaneamente como áreas de armazenamento e dispensação. Dessa maneira, o atendimento é quase sempre feito de maneira externa, em local de circulação da unidade de saúde, através de uma “janela” ou balcão envidraçado.

Ao avaliar os centros de saúde da cidade de Brasília/DF no ano de 2001, Naves & Silver (2005) confirmam esta tendência. O estudo identificou que na cidade, os centros de saúde possuem estrutura física relativamente similar, contando com farmácias de pequena escala. Nelas, o espaço para armazenamento e dispensação eram limitados, sendo que os medicamentos de programas especiais eram armazenados em separado, fora das farmácias. Os pacientes eram atendidos através de janelas de vidro. Segundo os autores, a infraestrutura das farmácias não é condizente à prática de orientação aos pacientes e de trabalho dos profissionais da saúde

Ainda que estes estudos tenham sido realizados há alguns anos, existem indícios que a situação não teve avanços consideráveis. Em estudo recente realizado dentro do escopo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), as UBS brasileiras foram caracterizadas com relação à AF. Entre as cerca de trinta mil que praticam a dispensação de medicamentos, 17,3% das farmácias possuem ar condicionado, 20,0% tem sala de estocagem para medicamentos, 25,0% possuem geladeira (Mendes *et al.*; 2014). Em outro estudo recente, para 53,1% e 16,1% dos gestores municipais da AF de todo o país, algumas ou nenhuma das farmácias dos serviços de saúde de seu município, respectivamente, possuem infraestrutura adequada (Lacerda, 2013).

No município de João Pessoa/PB, os relatos de atores envolvidos com a assistência farmacêutica assinalam que muitos dos problemas persistem. Segundo eles, o espaço físico é inapropriado e insuficiente e faltam elementos como refrigeração e prateleiras/estrados. No estudo, em 63% das farmácias e centrais de abastecimento haviam condições adequadas de conservação dos medicamentos (Bruns, 2013).

Em outros municípios do Nordeste e em um município do estado de Sergipe, na grande maioria das unidades de saúde visitadas também não havia condições adequadas no que se refere a recursos humanos, local de atendimento, fontes de informação, recursos informáticos e internet (Souza *et al.* 2011; 2012)

Entre os municípios que aderiram ao Sistema Hórus, estas questões também ficam evidenciadas. Nas centrais de abastecimento farmacêutico (CAFs), apenas 16,2% realizavam controle de temperatura e controle de umidade, 52,6% possuíam

ambiente climatizado e 49,8% possuíam acesso à internet. Já nas farmácias, esta última proporção era um pouco maior, 57,4% (Costa & Nascimento Jr, 2012).

Para além da estrutura física, a baixa utilização de sistemas de informação para o gerenciamento da AF é outra questão importante. Quando indagados sobre o assunto, 31,6% dos gestores municipais relataram que em seus municípios não há sistema de informação para este fim, 52,7% utilizam sistemas próprios e 20,4% utilizam o sistema Hórus, do MS (Lacerda, 2013).

O fato de muitos municípios ainda não utilizarem nenhum tipo de sistema para a gestão da AF exemplifica como tem sido lento o processo de estruturação da AFAB. Além disso, apenas um quinto dos municípios utilizarem um sistema nacional. Isso explica em certo grau as dificuldades que se tem para obter informações de fontes oficiais que integrem dados a respeito da utilização de medicamentos na atenção primária em todo o país. Além disso, estes dados mostram que na insuficiência da União em liderar ações relacionadas a esta questão, experiências em nível municipal e estadual foram sendo implementadas para suprir a demanda.

O Hórus é um sistema web nacional de adesão voluntária por parte dos municípios e estados, criado em 2009. Ao aderirem ao Hórus as informações destes entes passam a compor um banco de dados nacional contendo informações sobre os estabelecimentos envolvidos na distribuição e dispensação de medicamentos, características dos usuários, locais de armazenamento. O sistema é integrado ao cadastro nacional de saúde, permitindo cruzamento de informações de usuários do SUS e de estabelecimentos pelo CNES. O Hórus-Básico, voltado para a gestão da atenção básica, oferece uma série de ferramentas para os gestores e profissionais como histórico de dispensação, dados sobre pacientes faltosos, procedência de prescrições, posição de estoque, datas de agendamento de dispensação, entre outras. Além disso oferece informações básicas como a RENAME, o FTN e outros materiais informativos (Costa & Nascimento Jr., 2012).

Até o final de 2011, cerca de mil municípios chegaram à terceira fase do programa (capacitação para utilização) e cerca de 400 implementaram o sistema (*idem*). Entre as dificuldades para expansão do Hórus, a própria falta de estrutura dos serviços farmacêuticos (mobiliário, equipamentos, organização e planejamento),

além da dificuldade de acesso à internet e a necessidade de capacitação de RH envolvidos com a gestão da AF são citados como importantes (Costa & Nascimento Jr., 2014).

Outro problema crônico identificado na AFAB é a falta de recursos humanos, principalmente a presença de profissional farmacêutico. A escassez deste profissional tem impactos profundos em todo o modo de funcionamento da AFAB, uma vez que este deveria ser o principal responsável por atividades que vão desde o planejamento e gestão, até a dispensação dos medicamentos e orientação dos usuários.

Um dos princípios da PNAF (Brasil, 2004) coloca a atenção farmacêutica dentro das ações referentes às ações da AF. Esta seria um modelo de prática profissional que, entre outras coisas, se baseia na interação do farmacêutico com o usuário e com a equipe multiprofissional, visando fomentar uma farmacoterapia racional e obtenção de resultados mensuráveis.

Com relação à legislação, a recém aprovada Lei 13021/14 (Brasil, 2014) afirma que para o funcionamento das farmácias de qualquer natureza se exige a presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento. Anteriormente, a lei 5991/73 (Brasil, 1973) era a que dispunha sobre o assunto, exigia a presença de “técnico responsável inscrito no Conselho Regional de Farmácia” durante o período de funcionamento. Entretanto esta expressão sempre foi interpretada de maneira ambígua, significando a necessidade da presença de farmacêutico para alguns e de profissional com nível técnico para outros. De qualquer forma, como veremos a seguir e no capítulo seguinte, tanto no setor público quanto no setor privado a ausência de farmacêuticos tem sido a regra.

No Distrito Federal, no ano de 2001, apenas 2 entre 15 centros de saúde estudados possuíam farmacêutico na unidade (Naves & Silver, 2005). Em nenhuma das 13 unidades de saúde de Londrina/PR estudadas no ano de 2003 haviam farmacêuticos responsáveis. Os responsáveis pela entrega de medicamentos à população eram técnicos em enfermagem (Menolli *et al.*, 2009). Entre 20 municípios gaúchos, apenas em 25% deles tinham farmacêuticos responsáveis na AFAB, sendo os outros 75% compostos por enfermeiros, auxiliares de enfermagem, entre outros. Além disso, mesmo nos municípios onde o profissional estava presente, ele

tinha que se dividir entre atividades relacionadas à AF, a vigilância sanitária e ao laboratório de análises clínicas (De Bernardi *et al.*, 2006). Em municípios baianos, Barreto & Guimarães (2010) também identificaram a ausência do farmacêutico na operacionalização de atividades essenciais para a gestão da AF, como a programação, em função do número insuficiente de profissionais e pela priorização de outras atividades.

Na cidade de Fortaleza/CE, entre os 91 centros de saúde que possuem serviço de farmácia e dispensação de medicamentos, haviam farmacêuticos em apenas 14 unidades. No estudo, a presença do farmacêutico nas unidades de saúde foi associada a uma melhor qualidade da AF e com possível impacto na redução de gastos (Chaves, 2009). Na percepção dos farmacêuticos da cidade, as maiores dificuldades estão relacionadas à infraestrutura dos serviços, deficiências de formação e de educação continuada, dificuldades de reconhecimento profissional e inserção nas equipes de saúde, o que os deixa com poucas possibilidades para a prestação de um serviço mais qualificado (Oliveira, 2008).

No município de João Pessoa/PB em 2012, segundo relato de atores envolvidos, a escassez de farmacêuticos e técnicos de nível médio para assumir as atribuições da gestão farmacêutica dificultam a condução das atividades relacionadas. Também foi identificada uma sobrecarga de trabalho grande entre os profissionais contratados, que são poucos e também têm que se dividir entre as atividades de gestão e assistência. Nesse sentido foi relatada como positiva a inclusão de farmacêuticos nas equipes do NASF, apesar de que na percepção dos mesmos o grande número de demandas, especialmente gerenciais, impedem que seja dedicado mais tempo às atividades de orientação e acompanhamento de pacientes. Essa realidade é constatada no mesmo estudo, que identificou que em 78,8% das unidades de saúde a entrega de medicamentos era feita, no momento da visita, por profissionais leigos e sem treinamento. Em 18,2% e 6,1% dos casos, a entrega era feita por auxiliar de farmácia/profissional da saúde e por farmacêuticos, respectivamente (Bruns, 2013).

Por fim Mendes *et al.* (2014) mostram um panorama mais geral do Brasil que confirma os estudos locais. Apenas 20,1% das UBS que realizam a dispensação de medicamentos contam com apoio matricial de farmacêutico

Vale registrar ainda que desde 2008 os farmacêuticos são um dos profissionais que foram incluídos como possíveis integrantes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Todavia não são membros obrigatórios das equipes multiprofissionais e, como mostrado nesta seção, são raros os locais que contam com a presença na AFAB.

4.5 Gestão, Logística e Organização

Entre o financiamento do medicamento pelos diferentes entes federativos e obtenção destes pelos usuários nas UBS, farmácias ou dispensários existe uma série de atividades a serem desempenhadas para que o medicamento necessário esteja disponível nas condições e qualidade adequadas para os usuários. Essas atividades são definidas de maneira genérica como logística por Guerra Jr & Camuzi (2014), que pode ser definida no âmbito da AF como “atividades de suprimento, movimentação e manutenção de insumos e serviços em um plano estratégico de operações destinado a determinada abrangência geográfica”. Para executar estas atividades é necessário “planejar, executar e controlar o fluxo de materiais, sem os quais será impossível atingir os resultados planejados”. Os resultados e os custos dependeriam ainda da “exatidão das informações relativas aos produtos e processos, desde sua origem até o consumo final”. Quando estas atividades não são executadas de maneira correta o que se observa é a “ineficácia das ações de saúde planejadas, mesmo que o paciente tenha sido atendido em uma estrutura com modernos equipamentos e pelo melhor especialista disponível”.

Essas atividades englobam uma série de etapas do chamado ciclo da AF, relacionadas à previsão e à provisão (Guerra Jr & Camuzi, 2014). Dentro da primeira, estão as etapas de seleção e programação, e da segunda a aquisição, distribuição, armazenamento e controle de estoque. Como seria de se esperar, a execução destas tarefas exige um certo grau de competência técnica, recursos humanos e materiais, e sensibilização de sua importância por parte dos diversos profissionais envolvidos. Na AFAB, a responsabilidade sobre estas atividades recai principalmente sobre os municípios, desde as prefeituras até os trabalhadores da ponta, passando pelas secretarias de saúde e pelos gestores da AF. Como veremos adiante, as dificuldades encontradas nessas etapas são inúmeras.

4.5.1 Seleção e Elenco de Medicamentos

Dentro da AFAB, a seleção do elenco de medicamentos é feita de maneira autônoma pelos municípios. É preconizado que esta seja feita a partir das necessidades de saúde de cada local, a partir de critérios epidemiológicos que balizem os municípios a elaborem sua própria Relação Municipal de Medicamentos (REMUME). Como diretriz nacional dada pela PNM, é de responsabilidade do MS manter atualizada a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), a fim de nortear a oferta, prescrição e dispensação dos medicamentos nela inclusa. Vieira (2010) aponta que, ao contrário do prega a OMS, a RENAME no Brasil não é uma lista obrigatória. Se por um lado esta é uma condição para que se respeite a autonomia dos municípios, por outro impede que haja uma maior uniformidade na assistência prestada entre as localidades.

Todavia, apesar da não-obrigatoriedade, têm sido adotados pelo MS mecanismos de indução da inclusão para garantir a aquisição de determinados itens pelos municípios, o que de certa maneira ainda conserva elementos da centralização na definição de ações e fragmentação das iniciativas em programas, características típicas de tempos anteriores pré-descentralização.

O primeiro deles é o IAFAB, que tem origens no Programa Farmácia Básica, introduzido ainda nos tempos da CEME. Este incentivo responde hoje pelo item “Assistência Farmacêutica na Atenção Básica”, dentro do componente básico do financiamento da AF. Hoje o IAFAB define um elenco de referência baseado na RENAME, pelos quais os municípios recebem um financiamento *per capita* da União e dos estados (além de acrescentar valores próprios - tripartite) *per capita* para aquisição. Além disso ainda existem programas centralizados pelo MS, nos quais a esfera fica responsável pela aquisição e distribuição, justificados pelos ganhos de escala. É o caso das insulinas, insumos para diabetes e contraceptivos (Vieira, 2010).

Ao definir um elenco de referência, a União induz de certa maneira que os municípios tenham que gastar parte do orçamento da AF com medicamentos de uma lista pré-definida. Este parece ser um fator relevante para os gestores, como indica Magarinos-Torres *et al.* (2014). Entretanto, nem sempre os medicamentos incluídos na lista de referência são disponibilizados nos municípios, uma vez que

estes têm autonomia para selecionar os medicamentos que serão ofertados em sua rede (Helfer *et al.* 2012). Além disso, existem casos onde os recursos pactuados para o elenco de referência são utilizados para a aquisição de outros medicamentos (Vieira, 2008; Bruns *et al.*, 2014).

De qualquer forma, enquanto orientação de uma política, pode-se considerar que as listas estão bem disseminadas e tem um impacto importante na orientação das prescrições e na seleção de medicamentos pelos municípios. Como mostra tabela 1 (seção 4.7), em boa parte dos estudos levantados a média de medicamentos prescritos que estão padronizados pela RENAME ou pelas REMUMEs é superior a 80%, sendo que quase a totalidade está acima de 70%. Em estudo de abrangência nacional, observou-se uma média de 78,3% (OPAS, 2005).

Em estudo mais recente com gestores municipais, 58,9% dizem ter uma relação própria de medicamentos e 88,3% adotam a RENAME como referência para disponibilizar medicamentos em seu município. Apesar disso, 65,9% deles disponibilizam outros medicamentos para além da RENAME em seus municípios. Em 79,2% das respostas eles ainda consideraram que o fato do medicamento constar no elenco padronizado pela REMUME ou RENAME tem importância grande ou muito grande para a aquisição. Os gestores ainda colocaram como um dos fatores mais importantes para a seleção que os medicamentos “constarem na RENAME”, ao lado de “atender a demanda da rede de serviços de saúde” e “contemplar os programas prioritários de saúde do município” (Lacerda, 2013).

Com relação à seleção, outras considerações foram feitas por Magarinos-Torres *et al.* (2014). Ao entrevistar diversos gestores municipais e estaduais, os autores demonstraram que apesar desses conhecerem de maneira geral as listas de medicamentos essenciais, a seleção de medicamentos é mais influenciada pela demanda do que pelas necessidades de saúde. A RENAME, apesar de ser vista como referência técnica de reconhecida qualidade e cumprir seu papel de norteador para a elaboração das listas estaduais e municipais, é muitas vezes tomada mais como instrumento de obtenção de financiamento e associada exclusivamente à atenção básica.

4.5.2 Compras Públicas (Aquisição)

O processo de aquisição consiste em uma série de procedimentos que visa obter os insumos necessários para os serviços. Tem como objetivos suprir as necessidades de medicamentos em quantidade e qualidade adequadas, mantendo a regularidade do abastecimento. O processo deve levar em consideração a qualidade dos produtos, a escolha do melhor método de aquisição e os menores custos. A aquisição bem-sucedida, além destas questões, depende também de etapas anteriores, como a seleção e a programação (Vecina Neto & Reinhardt-Filho, 1998; Brasil 2006b *apud* Guerra Jr. & Camuzi, 2014).

A compra de medicamentos para a atenção básica é em grande parte responsabilidade dos municípios. Entretanto existem exceções, como os que são adquiridos de maneira centralizadas pelo MS (ex.: insulina) ou pelos estados, mediante pactuação bipartite.

No setor público a aquisição é realizada diretamente pelos entes responsáveis através de licitação, respeitando os critérios e procedimentos da Lei 8.666/93. As licitações são processos complexos compostas por diversas etapas, envolvem a especificação dos produtos a serem licitados, a qualificação das empresas interessadas e dos produtos ofertados, se baseiam no princípio da isonomia para os concorrentes, e tem por objetivo final selecionar a proposta mais vantajosa para o Estado (menor custo e maior benefício). As licitações podem ainda ser realizadas em diferentes modalidades, como “convite”, “tomada de preços”, “concorrência” e “pregão” (Guerra Jr. & Camuzi, 2014).

O domínio técnico destes complexos processos é uma premissa importante para que as compras através de licitação cumpram o seu objetivo e mostrem maior eficiência. Segundo os autores, atualmente o melhor mecanismo licitatório para a aquisição de medicamentos é o sistema de registro de preços, que pode ser aplicado às modalidades concorrência ou pregão. Isso porque neste sistema com apenas uma licitação pode-se cobrir um longo período de tempo onde o ente público pode realizar diversas aquisições ao longo deste. Dessa maneira, o gestor tem mais flexibilidade para adquirir as quantidades necessárias com maior precisão, dada as dificuldades para se estimar as compras durante um período longo (Guerra Jr. & Camuzi, 2014).

Alguns estudos mostram que diversos municípios apresentam grandes dificuldades para realizar propriamente a etapa da aquisição, além de enfrentarem barreiras que nem sempre estão sob sua alçada de intervenção. Os problemas são de ordens diversas, e vão desde questões técnicas (falta de profissionais capacitados, falhas na programação, pequena escala de compras, dificuldades na elaboração dos editais de licitação, etc.) à ética (corrupção, desvio de verbas, fraudes), passando por questões políticas (falhas nas transferências de recursos) e de mercado (falta de fornecedores, preços elevados, entre outros). Alguns estudos mostram estas questões.

Ao analisar os relatórios da CGU, Vieira (2008) observou diversas irregularidade e inadequações dos municípios no processo de gestão da AF. Em 6,7% dos relatórios foi mencionado que a aquisição era realizada a preços superiores aos que constavam no Banco de Preços em Saúde (BPS); em 19,4% verificou-se a inobservância das normas de aquisição e licitação; em 4,7% identificou-se fraude e desvios de recursos da aquisição; em 11,7% não houve comprovação dos gastos. Além disso, vale lembrar os graves problemas relacionados ao controle de estoque que serão descritos ainda nesta seção.

Entretanto, em locais específicos a situação pode ser ainda pior. Em estudo com metodologia semelhante no estado da Paraíba, Bruns *et al.* (2014) mostraram que cerca de 52,7% dos relatórios entre 2003 e 2010 citavam a inobservância de normas de aquisição pelos municípios; 38,2% relatavam a ocorrência de desvios de verbas e/ou fraudes; 29,1% fracionamento de despesas para aquisição; 16,4% a aquisição de medicamentos com preço superior ao BPS; 14,5% compras sem licitação; 5,5% falta de comprovação de gastos além das deficiências na programação.

Outro problema identificado pelo estudo de Vieira (2008) é relativo aos repasses financeiros para a aquisição, que quando não executados pelas três esferas conforme pactuado, pode em muitas vezes impedir a aquisição. Em 13,6% e 15,7% dos relatórios as secretarias estaduais não realizaram ou realizaram em desacordo a contrapartida. Com relação às secretarias municipais, estes valores foram 8,4% e 6,0%. Estas questões podem estar associadas também a uma baixa integração entre estados e municípios. Segundo 47,5% dos gestores municipais, os

estados não têm participado de forma integrada aos municípios com vistas a garantir os medicamentos da AB (Lacerda, 2013). Além disso, os problemas relativos aos repasses se somam às dificuldades gerais de financiamento da AFAB. Segundo 62,8% dos gestores municipais, a falta de recursos financeiros tem importância grande ou muito grande quando não conseguem disponibilizar os medicamentos (Lacerda, 2013)

Outros relatos trazidos pelos gestores no mesmo estudo, indicam que além dos problemas técnicos e financeiros para realizar a aquisição, aspectos inerentes ao mercado farmacêutico também podem dificultar o processo. Cerca de 27% dos gestores relataram que a inexistência de fornecedores na região tem importância “grande” ou “muito grande” quando os gestores não conseguem disponibilizar os medicamentos que deveria (Lacerda, 2013). Isso pode ocorrer principalmente nos municípios de pequeno porte que compram em escalas menores ou ainda naqueles de difícil acesso geográfico, uma vez que atender a estas demandas pode ser pouco vantajoso para os produtores e ou distribuidores. Outra possibilidade que merece ser estudada é se a capacidade produtiva instalada no Brasil tem sido suficiente para atender as demandas do SUS e do mercado privado. Caso haja uma defasagem nesta capacidade, esta pode ser mais um fator explicativo para as dificuldades encontradas por gestores nas compras de medicamentos.

O grau de exigência técnica com relação à qualidade dos medicamentos também pode afastar fornecedores ou elevar os preços, como mostra o estudo de Bevilacqua *et al.* (2011). Outra prática de mercado que pode prejudicar os gestores é a articulação entre diferentes fornecedores para elevar os preços da licitação, possibilidade levantada por Zaire (2008) ao observar a baixa elasticidade-preço nas compras governamentais no estado e município do Rio de Janeiro. Ainda que não se possa medir a dimensão e o impacto deste tipo de prática, alguns casos se tornaram objeto de investigação pelo poder público¹⁰.

Apesar de todas estas dificuldades, também houveram avanços no que se refere a qualidade das compras públicas. A descentralização transferiu não apenas os recursos, mas também responsabilidades para as esferas subnacionais no que

¹⁰ Investigação apura cartel para encarecer remédios. O Globo, 18/05/2013. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/brasil/investigacao-apura-cartel-para-encarecer-remedios-8432284>

se refere à aquisição. Assim, ao longo do tempo foram sendo experimentados soluções que permitissem um aumento na eficiência nas compras públicas. Estas soluções passam principalmente por uma maior interlocução entre os entes estaduais e municipais, seja através de um maior protagonismo estadual enquanto organizador e indutor da AFAB, seja através da articulação entre municípios para realização de compras conjuntas, com conseqüente ganho de escala. Algumas experiências locais demonstram êxito nestas estratégias.

Dentro dos arranjos intermunicipais, o estado do Paraná foi um dos pioneiros a adotar esse tipo de mecanismo, tendo criado em 1999 o Consórcio Paraná Saúde (CPS) para a aquisição de medicamentos básicos. No ano de 2000, o consórcio cobria 88,2% dos municípios, sendo que mais de 80% dos participantes possuíam menos de 20 mil habitantes. No ano de 2000, 46 dos 55 itens comparados apresentaram menores preços de aquisição quando comparados ao Banco BPS apresentando custo 29,7% menor (Ferraes & Cordoni Jr, 2007).

Em outra experiência com municípios do estado de Santa Catarina, os preços pagos por unidade de medicamentos em 2007 (antes do consórcio) e 2009 (com o consórcio implementado) foram menores para 76% dos itens e os custos totais foram 33% em relação aos valores pagos anteriormente e 18% em relação ao BPS/MS. Além disso, a implementação do consórcio reduziu em 48% a falta de medicamentos em estoque em 48% por pelo menos um dia. O número de medicamentos indisponíveis por mais de 90 dias caiu de 11 para apenas 2 (Amaral & Blatt, 2011)

Com relação ao maior protagonismo estadual, podemos citar o caso de Minas Gerais, que através do Programa Farmácia de Minas, entre diversas outras ações de estruturação da AF, centralizou a aquisição e distribuição de medicamentos básicos para praticamente todo o estado, nas unidades do programa (Faleiros & Silva, 2014). Segundo dados informados pela SES-MG ao tribunal de contas de MG, entre os trimestres de 2011 a variação de atendimento às solicitações municipais de medicamentos variou entre 84% e 90%(TCE/MG, 2011). Entretanto, apesar da esperada economia na centralização dos recursos e na organização e qualificação das atividades da AF, não foram encontrados estudos

que abordassem questões específicas. Outras experiências de protagonismo estadual na organização da AF e na aquisição são descritas por Cosendey (2000).

Ainda com relação às eficiências nas compras, vale destacar os achados de Aurea *et al.*, (2009), que identificou aumento de eficiência nas compras federais relativas à insulina, medicamento da AB centralizado pelo MS. Segundo os autores, o fenômeno se deve alterações no processo aquisição e maior controle por parte do MS. Entre 2005 e 2009, as quantidades compradas foram relativamente constantes, porém o valor total de aquisição foi sendo reduzido ao longo do tempo.

4.5.3 Modelos Logísticos e Distribuição

Os quatro principais modelos logísticos utilizados para a distribuição de medicamentos no país são apresentados por Guerra Jr & Camuzi (2014). Os dois primeiros apresentam dois níveis logísticos, e os dois últimos tem esses níveis total ou parcialmente terceirizados. Os três primeiros modelos são adotados em diversos municípios do Brasil, enquanto que o terceiro é o modelo adotado no PFPB.

O primeiro deles conta no nível inicial com uma central de armazenamento/distribuição/abastecimento farmacêutico (geralmente denominadas CAF) sem dispensação de medicamentos e redes de farmácias e/ou dispensários nas unidades de saúde no segundo nível. Nesse modelo os medicamentos adquiridos são entregues na CAF e estas repassam quando demandados periodicamente os medicamentos nos locais de dispensação. A CAF é registrada como distribuidora, e não pode realizar dispensação. No segundo modelo, a organização é praticamente a mesma, com a única diferença que no lugar de uma CAF funcionam farmácias centrais, que além do armazenamento e distribuição de estoque para as demais unidades, também realiza a dispensação.

No terceiro modelo, parte das operações são terceirizadas para um operador privado, que fica então responsável pelo recebimento dos produtos adquiridos, pelo armazenamento adequado e pela distribuição destes para as unidades de dispensação. Dessa maneira, apenas um dos níveis logísticos fica por conta dos gestores municipais. Este modelo não tem como objetivo a redução de custos, mas sim diminuir perdas, melhorar o tempo de resposta às demandas e atingir maior disponibilidade dos medicamentos nos serviços. A remuneração ao operador

terceirizado é geralmente uma alíquota ou porcentagem sobre o valor dos produtos manejados e/ou sobre o volume de entregas ou transportes realizados.

Por fim, no quarto modelo os dois níveis logísticos são terceirizados, como é o caso do PFPB. Dessa maneira, são contratadas farmácias privadas para a realização da dispensação, e o gestor paga preços fixos de ressarcimento por dispensação aos estabelecimentos contratados. Do ponto de vista do gestor, este fica isento de qualquer responsabilidade direta na logística e na dispensação. Entretanto o modelo está associado a maiores custos e dificuldades de integração ao sistema de saúde, como será discutido mais adiante.

Não foram encontrados estudos que descrevam a proporção de municípios que utilizam cada tipo de serviço, ou a eficiência de cada modelo. Por outro lado, alguns estudos de disponibilidade apontam possíveis problemas nesta etapa. Isso porque na maioria deles são encontradas diferenças entre a disponibilidade média dos medicamentos nas CAFs e nas unidades de saúde, sendo que muitas vezes medicamentos encontrados nas primeiras não são encontrados nas segundas (Guerra Jr *et al.* 2004; OPAS, 2005; Moura & Perini, 2009). Estes estudos não permitem esclarecer se essa diferença está relacionada à demora de solicitação de medicamentos para as centrais ou na demora da entrega. Entretanto, é importante notar que a diferença de disponibilidade entre os estoques das CAFs e das unidades chegam no máximo à 10%, sendo que em alguns casos a falta de medicamentos em estoque em ambas chega a um percentual bem maior, o que de certa maneira indica que os problemas na programação e aquisição têm maior relevância para o desabastecimento do que os relacionados à distribuição. Outro fato que vale ser mencionado, é que esses estudos indicam que as condições de armazenamento nas CAFs, assim como nas unidades de saúde, também deixam a desejar.

4.5.4 Controle de Estoque, Programação e Armazenamento

Entre os diversos gargalos na gestão da AFAB, a deficiência no controle de estoque e na programação são questões recorrentes e generalizadas. Estas duas atividades estão relacionadas entre si, na medida em que uma programação adequada precisa se basear em dados concretos, que só podem ser obtidos de

maneira confiável a partir de um controle de estoque bem feito. Vieira (2008) adverte que a deficiência nestas atividades indica que a aquisição é feita sem se basear em parâmetros recomendáveis, o que pode ocasionar compras de quantidades superiores ou inferiores ao demandado, gerando por um lado desperdício e por outro, falta de medicamentos nos serviços.

Outra questão que também se relaciona ao controle de estoque e ao desperdício é o armazenamento. Medicamentos são insumos que necessitam de cuidados especiais para que não sofram alterações em suas características terapêuticas. Conseqüentemente, precisam ser armazenados de maneira adequada, seguindo alguns critérios mínimos.

Alguns estudos de abrangência nacional diagnosticaram estas situações. O primeiro deles foi a realizado em 2004 a partir de metodologia proposta pela OMS para avaliação de políticas farmacêuticas. O indicador de condições de conservação de medicamentos é representado por uma escala que vai 0 a 100. Nos almoxarifados e nas áreas de dispensação de medicamentos de unidades públicas de saúde tiveram resultado 61,10 e 70,10, respectivamente. A porcentagem de unidades com registro de movimentação de estoque foi de apenas 31,7%, e a porcentagem de medicamentos com data de validade vencida foi praticamente nula, 0,3% (OPAS, 2005).

Ao avaliar 5 estados brasileiros (Espírito Santo, Goiás, Pará, Rio Grande do Sul e Sergipe) com a mesma metodologia do estudo anterior, observou-se que com relação às condições de armazenamento a pontuação dos estados variou entre 42,9 (RS) e 85,0 (SE) nos almoxarifados e entre 86,7 (SE) e 52,5 (GO) nas áreas de dispensação. A porcentagem de unidades com controle de estoque variou de 0 (GO) a 50% (PA), enquanto a porcentagem de medicamentos vencidos foi nula para quatro estados e 1,2% no ES (Emmerick *et al.*, 2009).

Ao analisar as auditorias feitas pela CGU em 597 municípios brasileiros entre 2004 e 2006, o estudo de Vieira (2008) mostram uma situação mais grave. Os achados apontaram que em 81,3% dos municípios auditados, o controle de estoque não era feito ou era deficiente; em 47,2% as condições de armazenamento eram inadequadas; em 22,2% foram encontrados medicamentos vencidos, valores bem

acima dos descritos nos estudos anteriores. Diversos estudos locais confirmam esses problemas

No estado da Paraíba, quando também analisados os resultados de auditorias da CGU em 68 municípios entre 2003 e 2010, situação relativamente semelhante é observada. Em 52,7% dos casos não havia controle de estoque, ou este era deficiente; em 20% as condições de armazenamento eram inadequadas; e em 10,9% haviam medicamentos com validade expirada (Bruns *et al.*, 2014).

Já no estado de Minas Gerais, em estudo com 19 municípios com baixo IDH, constatou-se que na maioria dos meses entre maio de 2000 e abril de 2001, cerca de 90% das unidades de saúde não realizavam registro do estoque. Na maior parte delas também não havia registro de demanda atendida e não atendida (Guerra Jr *et al.*, 2005). Um outro estudo mais recente, realizado em 39 municípios de uma regional de saúde do estado, mostra uma situação melhor. Em 56% dos municípios os registros de estoque correspondiam à contagem física, sendo que em 47% dos municípios os mecanismos de controle de estoque foram considerados bons ou medianos (Moura & Perini, 2009),

Entretanto, apesar dos dados mais gerais apontarem uma situação crítica e em lenta evolução, as diversidades regionais (como já mostrado no estudo de Emmerick *et al.*, 2009) e municipais novamente se manifestam.

Em estudo com 20 municípios de uma regional de saúde do estado do Rio Grande do Sul no ano de 2003, apenas 10% não realizavam o controle de estoque; em 98% os medicamentos estavam dentro do prazo de validade; entretanto, não foram atendidos 22% dos itens considerados imprescindíveis segundo as boas práticas de armazenamento estadual, que foram relacionados principalmente a problemas estruturais, com falta de geladeira e espaço físico insuficiente (De Bernardi *et al.*, 2006). Estes casos locais, especialmente o último, exemplificam não apenas as possíveis diferenças regionais, mas também o fato de que na ausência de uma iniciativa coordenada nacionalmente para estruturação da AFAB, experiências regionais e estaduais bem-sucedidas ocorrem no Brasil, porém continuam sendo exceções.

Todas essas questões, podem em boa parte ser explicadas, como abordado anteriormente, pelas deficiências estruturais e de recursos humanos. A melhoria nas

condições de armazenamento depende diretamente de espaço físico e equipamentos adequados. A melhora no controle de estoque depende da disponibilidade de sistemas de informação adequados e de profissionais capacitados e sensibilizados da importância da atividade. Ainda que possa ser argumentado que os profissionais responsáveis pela AFAB não estão devidamente capacitados para tais atividades ou não realizam adequadamente suas funções, o que pode também ser uma realidade, a questão precedente é outra. Como já citado anteriormente, a escassez de recursos humanos é a regra. Apenas 20% das UBS contam com apoio matricial de farmacêutico, e nas poucas onde o profissional está presente há sobrecarga de demandas e funções.

Os estudos apresentados mostram que os problemas relacionados ao controle de estoque e armazenamento são generalizados. Mesmo com experiências bem-sucedidas, os pontos negativos destacados são praticamente uma constante, apesar de metodologias diferentes utilizadas e diversidade nos resultados. Vale ressaltar ainda que não foram encontrados estudos que abordem essas questões dentro de uma série temporal mais longa, que permita analisar de maneira mais clara avanços e retrocessos. Entretanto, é possível concluir, a partir estudos apresentados, que, apesar de realizados com amostras e metodologias distintas, os problemas relacionados ao controle de estoque e armazenamento são também crônicos. Mesmo que uma possível melhora geral tenha ocorrido, problemas antigos ainda estão presentes em grande parte dos municípios brasileiros.

4.6 Disponibilidade

A disponibilidade dos medicamentos nas unidades de saúde pode ser considerada um indicador chave, por alguns motivos. Primeiro porque o medicamento é parte importante do cuidado, e sua indisponibilidade pode impedir a realização de tratamentos gerando consequências negativas para os pacientes e para o próprio sistema de saúde. A falta de medicamentos pode também gerar grande insatisfação nos usuários dos serviços, já que muitas vezes o medicamento pode ser visto como símbolo de concretização do atendimento e da “cura”, o que tira a credibilidade de todas as outras ações realizadas, especialmente quando se fala em cuidado integral, promoção e prevenção. Uma baixa disponibilidade pode ainda gerar impactos econômicos diretos aos pacientes que não conseguem obter seus

medicamentos de maneira gratuita, uma vez que nessas situações a alternativa encontrada muitas vezes é adquirir os medicamentos por desembolso direto em farmácias comerciais. Por fim a disponibilidade é consequência direta de ações anteriores relacionadas principalmente ao âmbito da gestão, como financiamento, programação, aquisição, distribuição, etc. Dessa maneira, a disponibilidade também pode dar importantes indícios se etapas anteriores vêm sendo cumpridas de maneira eficaz ou não.

No Brasil, existem diversos estudos avaliam a disponibilidade ou o sucesso/fracasso na obtenção de medicamentos nos serviços. Esses possuem diferentes enfoques, amostras, metodologia se períodos de análise. O que se pode observar a partir das evidências é que a disponibilidade de medicamentos é geralmente um problema crônico e generalizado nas UBS brasileiras. Isso pode ser confirmado em estudos nacionais e locais, como veremos a seguir.

No que diz respeito aos estudos nacionais e regionais, o problema com a disponibilidade vem sendo relatados a tempos. Em 2004, estudo da OPAS (2005) mostrou que a disponibilidade média nacional de medicamentos principais (porcentagem em estoque) nas unidades de saúde era de 73,0%; a porcentagem de medicamentos prescritos que foram dispensados e administrados foi de 65,7%; e o tempo médio de desabastecimento dos medicamentos-chave nas UBS foi de 84,1 dias por ano. Utilizando a mesma metodologia, Emmerick *et al.* (2009) identificaram também em 2004, que nos estados do ES, GO, PA, RS e SE a disponibilidade variou entre 61,2% (RS) e 80,4% no (ES) e que a porcentagem de medicamentos que foram dispensados ou administrados ficou entre 52,6% (RS) e 89,6% (ES).

Em estudo com idosos em regiões cobertas por UBS e em cidades com mais de 100 mil habitantes nas regiões Nordeste e Sul, Paniz *et al.* (2010) identificou uma prevalência de acesso total a medicamentos de uso contínuo para tratamento de hipertensão e diabetes de 92,6% e 89,7% nas regiões S e NE, respectivamente. Entretanto, a prevalência de acesso gratuito foi bem abaixo desse valor – 55,1% e 62,4%, e menor ainda foi a prevalência de acesso gratuito na UBS da região – 36,0% e 54,1%. Esses dados demonstram mais uma vez que apesar de uma boa prevalência de acesso total, boa parte dos medicamentos não são obtidos nas unidades de saúde. Nesse caso, vale a ressalva de que o estudo avaliou as

pessoas que vivem em áreas cobertas pelas UBS, e não as que tiveram medicamentos dispensados em uma delas.

Em outro estudo de âmbito nacional, realizado a partir do resultado das fiscalizações da CGU entre 2004 e 2006, verificou-se que em 24,1% dos municípios faltavam medicamentos do programa de incentivo à assistência farmacêutica básica nas UBS. Entre as regiões, esse percentual variou de 17,6% na região SE a 30,3% na região NE (Vieira, 2008).

Mais recentemente, importantes estudos dão uma perspectiva atualizada sobre a dimensão da baixa disponibilidade de medicamentos nas UBS brasileiras. O primeiro deles demonstrou, a partir de dados da PNAD 2008, que entre os brasileiros que tiveram consultas no SUS e receberam uma prescrição medicamentosa apenas 45,7% receberam gratuitamente todos os medicamentos receitados. Outros 18,7% receberam parte e 35,9% não receberam nenhum deles (Boing *et al.*, 2013). Também com dados da PNAD, estudo do IPEA indica uma evolução no acesso a medicamentos ambulatoriais pelo SUS. Em 2003, das pessoas que tiveram atendimento no setor público ou privado, 34,7% receberam algum medicamento gratuito. Já em 2008, a proporção de pessoas que receberam todos ou parte dos medicamentos gratuitamente foi de 45,5%, sendo que este aumento foi mais ou menos parecido em todas as regiões brasileiras (IPEA, 2011).

O segundo, realizado no ano de 2012 dentro do escopo da PMAQ-AB, mostrou que a disponibilidade percentual média de 56 medicamentos-chave nas UBS brasileiras foi de 56,1%. Nelas, 17,7% dos profissionais referiram receber medicamentos suficientes para atender à sua população. Houve uma tendência de crescimento da disponibilidade na medida em que aumenta o porte populacional dos municípios analisados. Quando analisada a disponibilidade por classe terapêutica, observou-se uma ampla variação, com medicamentos de grande importância apresentando baixíssima disponibilidade. Antianêmicos, vitaminas e sais minerais tiveram disponibilidade total em 65,9% das UBS; analgésicos e antipiréticos em 61,5%; cardiológicos em 47,2%; anti-hipertensivos em 46,4%; antiácidos, antieméticos e antissecretores em 34,8%; contraceptivos em 34,5%; antidiabéticos em 30,2%; psicotrópicos em 28,2%; antiasmáticos em 17,2%; antiparasitários em 4,3%; e anti-infecciosos e fitoterápicos em 0,8%. Por fim, o estudo ainda identificou que melhor organização e estrutura nas unidades (sala de estocagem, ar-

condicionado, geladeira, apoio matricial de farmacêutico, UBS com equipe de ESF) estão associados aos casos de disponibilidade superior a 80% (Mendes, *et al.*, 2014). Estes últimos achados reforçam ainda a relação exposta anteriormente, entre a presença de estrutura física e recursos humanos e uma maior qualidade geral dos serviços.

Diversos outros estudos locais também abordaram o acesso e a disponibilidade. Em muitos dos casos, os resultados encontrados são superiores aos dos estudos nacionais, o que pode ser explicado em parte pelas diferentes metodologias empregadas e principalmente pelas grandes diferenças regionais na organização e estruturação da AFAB.

Em Minas Gêrias, Guerra Jr *et al.* (2004) identificou que entre 2000 e 2001 a disponibilidade média de medicamentos traçadores no setor público de 46,9% em cidades com IDH menor que 0,699. No mesmo estado, em municípios de uma regional de saúde, resultado bem melhor foi encontrado em 2005 – disponibilidade média de 81% (Moura & Perini, 2009). Mais recentemente, estudo em municípios com menos de 10 mil habitantes inseridos na Rede Farmácia de Minas, pacientes diabéticos e hipertensos obtiveram 74,5% de seus medicamentos no setor público. Houve problema na obtenção de 22,8% dos medicamentos, sendo o maior deles a falta deste nas farmácias do SUS (Pereira *et al.*, 2012). No Rio Grande do Sul, em vinte municípios do noroeste do estado, foi encontrada disponibilidade em UBS de 78% no ano de 2003 (De Bernardi *et al.*, 2006). Outro estudo em seis municípios de diferentes regiões do estado encontrou variação de disponibilidade no setor público de 68,8% a 81,7% entre eles no ano de 2007, corroborando os dados anteriores (Bertoldi *et al.*, 2012). Nos mesmos municípios, Helfer *et al.* (2012) apontaram disponibilidade ainda maior para medicamentos usados para tratar doenças crônicas na atenção básica em 2008 e 2009. Ela variou entre 83,7% e 97,6%. Na capital do estado, Porto Alegre, resultado muito bom também foi encontrado, 88% dos medicamentos prescritos por médicos do PSF foram obtidos gratuitamente no SUS em 2003 (Bertoldi *et al.*, 2009). Em outro estudo na região Sul, na cidade de Florianópolis, capital de Santa Catarina, identificou-se que apenas 19,8% da população obtinham ao menos 1 medicamento pelo SUS (Boing *et al.*, 2011). Na Paraíba, dados da CGU apontaram que em 27,3% das auditorias realizadas entre 2003 e 2010, foi identificada a falta de medicamentos nas unidades de saúde (Bruns

et al., 2014). No Distrito Federal, no ano de 2001 apenas 61,2% dos medicamentos prescritos foram dispensados nas unidades de saúde, apesar disponibilidade média em estoque dos medicamentos avaliados ter sido de 83,5% (Naves& Silver, 2005).

4.7 Atendimento, Atenção e Cuidado

Pensar as relações entre cuidado, assistência farmacêutica e atenção primária não é das tarefas mais fáceis. Em primeiro lugar porque a AF como um todo é geralmente vista como um conjunto de atividades à parte do sistema de saúde, relacionadas principalmente à gestão do medicamento, sem muita relação com as atividades de outros profissionais, incluindo o cuidado de uma maneira geral, e também a atenção primária.

Para analisar estas relações, utilizaremos como referencial a formulação de Machado (2008). Segundo o autor, a AF se articula com a atenção básica principalmente através das diretrizes de resolutividade e de reorientação das práticas de atenção à saúde, que devem orientar a segunda e das quais a AF também faz parte. Por outro lado, existem aspectos específicos da AF – acesso, organização dos serviços e uso racional – que condicionam diretamente a efetivação destas diretrizes. Nosso foco principal será no segundo e no terceiro, uma vez que o acesso e a disponibilidade já foram abordados. Em outras palavras, a AF enquanto parte da AB tem como objetivos a resolutividade e a reorientação das práticas, e para que isso se concretize, deve-se estar atento aos aspectos específicos da AF que condicionam esta relação.

Um primeiro indicativo sobre a situação, já abordado na seção 4.4, e que diz respeito à organização dos serviços, é a precariedade estrutural e de recursos humanos para o exercício de atividades de atenção relacionada ao medicamento. Como discutido, as farmácias nas unidades de saúde raramente possuem espaços específicos para a realização da dispensação e de orientações relacionadas ao uso dos medicamentos. O fato das farmácias funcionarem em espaços improvisados por si só já condiciona a dispensação a um procedimento meramente burocrático, com foco quase total na disponibilização do insumo.

Outro fato também já demonstrado é de que a maior parte das unidades não contam com a presença de farmacêuticos, e quando contam, estes ficam

sobrecarregados por atividades gerenciais. Como consequência disso, diversos estudos demonstram que a dispensação de medicamentos na AFAB raramente é realizada por farmacêuticos, ficando a cargo de profissionais improvisados na função, com pouca qualificação para tal (Cosendey, 2000; Costa, 2005; Arrais *et al.* 2007; Bittencourt, 2014; Bruns *et al.* 2014).

Um segundo indicativo, seria a avaliação de indicadores de prescrição e atenção ao paciente, relacionados ao URM. Propostas pela OMS, estas são ferramentas frequentemente aplicadas para a análise da utilização e provisão de medicamentos em serviços de saúde. Segundo a entidade apesar destes serem indicadores de fácil aplicação, eles podem não medir importantes dimensões da adequação da AF e também não possuem padrões claros de comparação (OMS, 1993). No Brasil diversos estudos avaliaram estes indicadores, em diferentes municípios e regiões. A tabela 1, na página seguinte, sintetiza alguns deles.

Entre os indicadores analisados, algumas observações podem ser feitas. Quanto ao número de medicamentos por prescrição, é possível notar que na maioria dos estudos este índice fica entre 2,0 e 2,5, com raras exceções maioria para menos. Este número está acima do máximo de 2,0 que recomenda Cosendey (2000). A porcentagem de prescrições que utilizam o nome genérico, a grande maioria está acima de 70%, com algumas exceções. Vale ressaltar que a legislação brasileira exige que a prescrição seja feita utilizando-se esta nomenclatura, o que mostra que os prescritores muitas vezes não respeitam este ponto. Além disso, a não utilização do nome genérico pode estar relacionada em alguma medida à prescrição de medicamentos que não constam entre os disponibilizados pelo setor público, obrigando o usuário a adquiri-los no setor privado.

Tabela 1 - Indicadores de prescrição e dispensação de medicamentos, Brasil.

Local ¹¹	Coleta de Dados	Medicamentos por prescrição	% prescrição pelo nome genérico	% prescrição injetáveis	% prescrição com antimicrobianos	% medicamentos padronizados (RENAME ou REMUME)	Tempo de Dispensação (s)	% pacientes com conhecimento sobre o uso correto ¹²	Classe de medicamento mais prescrita
Referência^a		2 ou menos	100	10 ou menos	20 ou menos				
Brasil^b	2004	2,3	84,2	6,9	40,1	78,3		77,8	
Acre ^a	1998	2,4	55,6	29	53,4				
Amazonas ^a	1998	2,4	69	18	48,7				
Goiás ^a	1998	2,4	72,6	10	41,3				
Pernambuco ^a	1998	1,4	80	5,7	35,4				
Rio de Janeiro ^a	1998	2,4	73,6	1,64	26,8				
Ribeirão Preto (SP) ^c	1998	2,2	30,6	8,3	21,3	83,4	18	70	
Campo Grande (MS) ^d	1999	2,3	84,3	10,2	27,4	92,7	55	56,7	
Brasília (DF) ^e	2001	2,3	73,2	7,5	26,4	85,3	53	18,7	Cardiovascular (26,8%)
Ponta Grossa (PR) ^f	2002	2,6	71	13	33	87	88	44,9	
Rio de Janeiro (RJ) ^g	2002	2,2	74		20	86	90	70	
Piracicaba (SP) ^h	2002	1,2	56	1	3	70			
Londrina (PR) ⁱ	2003	2,2	66,5	10,9	28,6	73,3		46,6	
Blumenau (SC) ^j	2003	1,8		8,1	12,5	84,7; 57,7			Analgésicos (14,3%)
20 municípios (RS) ^k	2003	2	64			76			

¹¹ (a) Cosendey, 2000a; (b) OPAS, 2005; (c) Santos & Nitrini, 2004; (d) Cunha *et al.*, 2002; (e) Naves & Silver, 2005; (f) Marcondes, 2002; (g) Chaves *et al.*, 2005; (h) Carmo *et al.*, 2003; (i) Menolli *et al.*, 2009; (j) Colombo *et al.*, 2004; (k) De Bernardi *et al.*, 2006; (l) Emmerick *et al.*, 2009; (m) Gierotto & Silva, 2006; (n) Farias *et al.*, 2007; (o) Frolich & Mengue, 2011; (p) Siqueira & Castro, 2010; (q) Laste *et al.*, 2013; (r) Kauffmann *et al.*, 2009; (s) Portela *et al.*, 2012; (t) Voos & Diefenthaler, 2011; (u) Lopes, 2008; (v) Rempel *et al.*, 2013; (w) Souza *et al.*, 2012; (y) Borges & Silva, 2010; (x) Ribeiro *et al.*, 2013; (z) Bittencourt *et al.*, 2014.

¹² Os estudos utilizados neste item apresentam variações metodológicas importantes, além de outros indicadores analisados que permitem uma melhor avaliação da situação. Para maior aprofundamento, recomendamos a leitura individual de cada um deles.

Local ¹¹	Coleta de Dados	Medicamentos por prescrição	% prescrição pelo nome genérico	% prescrição injetáveis	% prescrição com antimicrobianos	% medicamentos padronizados (RENAME ou REMUME)	Tempo de Dispensação (s)	% pacientes com conhecimento sobre o uso correto ¹²	Classe de medicamento mais prescrita
Espírito Santo ^l	2004	2,2	92,7	8,3	42,2	91,1		75,2	
Goiás ^l	2004	2,4	83,3	6,1	43,3	86,9		86,1	
Pará ^l	2004	2,5	80,6	7,8	45	67,9		75,3	
Rio Grande do Sul ^l	2004	2,5	86,3	4,7	33,3	75,7		93,3	
Sergipe ^l	2004	2,1	87,3	7,2	39,4	78,4		60,5	
Ibiporã (PR) ^m	2004	2	70,2	7	22	58,4			Analgésicos (16,1%)
Campina Grande (PB) ⁿ	2005	1,5	84,2	1,1	21,1	91,9			Antibióticos (21,0%)
Santa Cruz do Sul (RS) ^o	2006	1,8	84	3	8	81			
Distrito Federal ^p	2006	2,1	84,5			89		89,4	
Lajeado (RS) ^q	2007	2,4	86,1	1,3	9,6	85,7; 71,4			Cardiovascular (35,8%)
Vale do Taquari (RS) ^r	2007	2,4	81,8	4	11,9	76,5		70,7	
Esperança (PB) ^s	2007	2,4	74,6	3	9,3	85,3	49		Cardiovascular (41,6%)
Getúlio Vargas (RS) ^t	2008	2	72,8	2,4	21,7	80,3			
Fortaleza (CE) ^u	2008	2,5	90,6	2,1	22,5	87		86,7	Digestivo (15,4%)
Erechim (RS) ^v	2009	2,1				83	81	89,41	
Não Identificado (SC) ^w	2009	2,4	86,8	3	19	91,5; 80,9			Sist. Nervoso (49,4%)
Anápolis (GO) ^x	2010	2,4	82,1	1	27	81,7			Cardiovascular (32,5%)
Imperatriz (MA) ^y	2011	1,3	92	0	16	76			Antiparasitários (17%)
Uruguaiana (RS) ^z	2013	1,7	75,5	3,7	9,7	67,7		18,9	

Outro dado importante é a proporção de medicamentos prescritos que constam nas listas nacionais e/ou municipais, que também na maioria dos casos está acima dos 70%. Este resultado, se por um lado reforça a hipótese anterior, de que muitos médicos prescrevem medicamentos que não estão disponíveis na rede pública, por outro pode significar um certo êxito na adoção das listas de medicamentos enquanto orientadoras da prescrição. Entretanto, não é possível saber se os prescritores recebem os medicamentos da lista por serem os únicos disponíveis ou se estas têm orientado e educado de fato as prescrições.

Com relação ao excesso de injetáveis nas prescrições, pode-se dizer que especialmente a partir de 2003, que este não tem sido um problema nas localidades estudadas, estando todas dentro do limite recomendado. Por outro lado, ainda é possível observar muitos casos de utilização excessiva de antibióticos, com grande variação de utilização entre as localidades.

Os poucos estudos que analisaram o tempo de dispensação mostram que este processo na maioria das vezes é bastante rápido, o que reforça a hipótese de foco na distribuição dos medicamentos e baixa orientação dos pacientes. Em certa medida, isto também se reflete na proporção de pacientes que demonstraram conhecimento sobre a utilização correta dos medicamentos prescritos. Apesar da grande variação de local para local, é possível observar que diversos dos pacientes saem com o medicamento das unidades, porém sem as informações necessárias ou sem saber utilizá-los. No que se refere à dispensação, isso pode ser ainda mais grave, já que alguns deles mostram que o principal profissional a fornecer informações sobre os medicamentos são os médicos.

De maneira geral podemos afirmar que dificuldades de adequação estrutural e com recursos humanos acabam fazendo com que as atividades relacionadas ao cuidado na AF se limitem à mera entrega do medicamento, sem a devida orientação ou acompanhamento. O foco no insumo e não no cuidado tem sido destacado por diversos autores como uma característica marcante da AFAB (Perini, 2003 *apud* Machado, 2008; Vieira, 2008; entre outros). Isso, somado à baixa disponibilidade pode contribuir de maneira significativa para a baixa resolutividade na AB.

Entretanto, é importante assinalar que, ainda que a realidade da AFAB esteja bem distante do ideal, do ponto de vista da organização dos serviços e do acesso

ainda existe muito espaço para evolução. Apesar da precariedade atual, se dotada de estrutura adequada, profissionais e abastecimento contínuo de medicamentos, a AB ainda pode vir a se tornar um espaço mais resolutivo e privilegiado para a reorientação práticas de relacionadas à AF. Isso porque as UBS são portas de entrada no sistema e unidades propensas à integração com os demais serviços e níveis de atenção e, portanto, mais apropriadas práticas de cuidado mais centradas no usuário, à garantia da integralidade, além de menos mercantilizadas e medicalizadas.

5 O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

Para a caracterização do PFPB, um ponto de partida importante é o fato de que a política se realiza hoje em dia quase que totalmente através das farmácias comerciais, acontecendo dentro destes estabelecimentos. A FPRP, como já mencionado na seção 2.2.3, é residual tanto em número de estabelecimentos quanto de usuários. Essa relação acaba implicando em um padrão comum aos diversos aspectos que serão analisados adiante, pelo predomínio da influência do *modus operandi* das farmácias comerciais com suas consequências na dinâmica do próprio programa, definindo diversas características do mesmo.

Entretanto, para uma análise mais aprofundada do programa, a experiência do FPRP não deve ser descartada do ponto de vista qualitativo, uma vez que em diversos aspectos esta modalidade apresenta diferenças substanciais em relação ao ATFP.

Deve-se levar em consideração durante a leitura que, pensando o programa como um todo, a hegemonia será sempre dos padrões observados no ATFP. Entretanto, as diferenças qualitativas e quantitativas entre as modalidades serão exploradas na medida em que estas se tornarem relevantes uma análise e caracterização da política.

5.1 Abrangência

5.1.1 Pontos de acesso e Cobertura de Municípios e Regiões

Um primeiro elemento que exemplifica a expansão e as mudanças no programa, é a evolução da quantidade de pontos de acesso ao longo dos anos. Sobre este assunto, dados da SAGE/MS¹³ mostram a situação. Pode-se observar que houve uma forte expansão da modalidade FPRP durante a primeira fase do programa. Entre 2004 e 2008, o número de farmácias passou de 27 para 504. Desde então houve a opção pelo fim da expansão dessa rede – entre 2008 e 2012 o número de estabelecimentos passou de 504 para 558, sendo que a partir de 2010 praticamente não houve mais ampliação e a partir de 2013 começou a haver o fechamento de algumas farmácias, que em 2014 totalizavam 546 unidades. Por

¹³ Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em 14/01/2015

outro lado, desde o início da parceria com o setor privado, na modalidade ATFP, houve uma expansão mais acelerada e em maior escala dos pontos de acesso, superando em muito a quantidade de estabelecimentos do FPRP. No início do ATFP, em 2006, havia 2.955 farmácias conveniadas, 6.459 em 2008, 14.003 em 2010, 25.122 em 2012 e 33.264 no início de final de 2015.

Segundo dados do ICTQ (2014) existiam no Brasil 97.031 estabelecimentos farmacêuticos registrados em conselhos regionais de farmácia no ano de 2014, sendo que destes 76.483 eram farmácias e drogarias. Dessa forma, o ATFP hoje está conveniado a cerca de 43% de todos os estabelecimentos do país, o que por um lado representa um grande número e, por outro, mostra que ainda há um grande espaço para expansão.

No que diz respeito aos municípios cobertos, a mesma tendência é observada. Entre 2004 e 2008 o número de municípios com estabelecimentos do FPRP passou de 7 para 391, atingindo o máximo em 2012, com 441 e com uma ligeira diminuição a partir de então, atingindo 431 municípios em 2014, o que representa 7,7% dos municípios brasileiros. Já o ATFP terminou 2006 presente em 594 municípios, 1228 em 2008, 2467 em 2010, 3730 em 2012, terminando o ano de 2014 com 4282 municípios cobertos, equivalente a 76,9% dos municípios brasileiros.

Emmerick *et al.* (2015) observam ainda uma outra tendência, a de maior cobertura em municípios de médio/grande porte (acima de 20 mil habitantes) pelo programa como um todo, quando comparado aos municípios menores. Entre 2006 e 2008, a cobertura de municípios de maior porte passou de 21,7% para 46,1%. Em 2010 passou para 63,9% e em 2014 terminou com 84,0%. Já entre os municípios com menos de 20 mil habitantes, em 2006 apenas 0,7% eram cobertos, passando para 8,0% em 2008. A partir de então a cobertura se expandiu de maneira mais acelerada, atingindo 30,5% em 2010 e 54,6% em 2012. Entretanto, pode-se observar que a cobertura é bem menor nesses municípios.

Com relação à proporção de farmácias por habitantes, o FPRP começou em 2006 com 0,14 farmácias para cada 100 mil habitantes, número que chegou a 0,27 em 2008 e se manteve próximo, chegando a 0,29 em 2012. Já no que se refere ao ATFP, novamente uma expansão mais acelerada é observada. Em 2006 eram 1,62

farmácias por 100 mil habitantes, passando para 3,47 em 2008, 7,34 em 2010 e 12,87 em 2012. Esses dados mostram também que, apesar de uma maior parte dos municípios médio/grandes serem cobertos pelo programa, os municípios de menor porte possuem uma maior concentração média de estabelecimentos conveniados, com tendência oposta à do início do programa, tendo sido invertida entre 2006 e 2008. Em 2006, haviam 1,36 farmácias para cada 100 mil habitantes nas cidades maiores, e 0,15 nas menores. Já em 2012, esses números passaram para 10,78 e 21,52, respectivamente (Emmerick *et al.*, 2015)

5.1.2 Distribuição Geográfica

Quando analisada a evolução da distribuição geográfica das farmácias, outras tendências podem ser observadas. Em termos absolutos, é possível notar que a maioria das farmácias da rede própria, no início do programa entre 2004 e 2005, se concentravam nas regiões sudeste e nordeste. A partir de então, houve uma melhor distribuição entre as regiões. Entretanto, quando se analisa a proporção de farmácias por 100 mil habitantes, a maior concentração destes estabelecimentos sempre esteve nas regiões norte e nordeste. Vale ressaltar também que o mesmo padrão nacional se observa nas regiões – a partir de 2008 essas concentrações pouco mudam (Emmerick *et al.* 2015).

Já a modalidade ATFP não segue esses mesmos padrões. Em termos absolutos, as regiões S e SE sempre receberam a grande maioria das farmácias do programa, como já apontava o relatório do TCU em 2011 (Brasil. TCU, 2011). Em 2006 essas duas regiões concentravam 78,7% dos 2955 estabelecimentos conveniados, 82,9% dos 14000 em 2010 e 76,6% dos 25120 em 2012. Quando observada a proporção de municípios cobertos, a tendência permanece. Em 2006 a porcentagem de municípios cobertos no S e SE era de 9,0% e 13,2%, respectivamente, enquanto que nas outras regiões era igual ou inferior a 2,5%. Essas disparidades se mantêm em 2008 e 2010 e diminui um pouco em 2012, mas ainda com um padrão bastante desigual. Neste ano, as regiões S e SE possuíam mais de 80% de seus municípios cobertos com o ATFP, enquanto que a região CO tinha 63,8%, a NE tinha 41,2% e a N tinha 29,1% (Emmerick *et al.*, 2015).

Quando estes dados de evolução da cobertura de municípios por região são estratificados por porte municipal (pequenos e médios/grandes, sendo o ponto de

corde 20 mil habitantes), outros desequilíbrios ficam evidenciados. A cobertura nas cidades maiores começou ainda mais desigual em 2006. As regiões S e SE tinham aproximadamente 38% dos municípios cobertos, enquanto que nas outras regiões esse girava em torno de 7%. Em 2010, três regiões (S, SE e CO) possuíam mais de 85% de cobertura, enquanto que a NE e N tinham, respectivamente 30,9% e 24,4%. Essa diferença se reduziu um pouco em 2012, na medida em que neste ano as três regiões mais cobertas atingiram praticamente 100% dos municípios com pelo menos uma farmácia privada conveniada. Nesse mesmo ano, as regiões NE e N apresentavam cobertura de 71,7% e 49,4%, respectivamente. Considerando a tendência já citada de maior presença do ATFP nas cidades de maior porte, as desigualdades ficam ainda maiores quando observados os municípios com menos de 20.000 habitantes. Em 2006, apenas 1,3% dos municípios da região sudeste e sul tinham farmácias conveniadas, enquanto as outras regiões não tinham nenhuma. A expansão desigual se manteve. Em 2010, as regiões S e SE tinham 47,8% e 54,6%, a região CO tinha 16% e as regiões NE e N tinham 5,1% e 4,1%, respectivamente. Em 2012, novamente uma pequena diminuição da diferença – cerca de 76% dos municípios de pequeno porte das regiões S e SE tinham farmácias conveniadas com o programa, 53,1% na região CO e apenas 25,8% e 16,1% nas regiões NE e N (Emmerick *et al.*, 2015).

Assim, podemos afirmar que as desigualdades regionais foram uma marca na evolução do programa. Se por um lado nas cidades médias e grandes das regiões S, SE e CO existem farmácias no ATFP em praticamente todos os municípios, por outro as cidades pequenas do NE e N continuam com uma baixa cobertura. Além disso, as diferenças entre as regiões se mantêm para todos os portes municipais. Por outro lado, vale lembrar que como dito anteriormente, apesar de existirem muitos municípios de pequeno porte sem cobertura do programa, neles também se encontra maior concentração de farmácias por 100 mil habitantes do que nas cidades maiores, fato que se repete em todas as regiões.

Silva (2014) observou desigualdades também na distribuição das farmácias do ATFP dentro do município do Rio de Janeiro. Ao todo, dos 153 bairros da cidade, 81 contam com pelo menos uma unidade do ATFP. Entretanto, apenas dois deles (Centro e Copacabana) concentravam em 2013 com 75 dos 511 estabelecimentos

presentes na cidade, cerca de 14,6% do total. Enquanto isso, 38% dos bairros possuíam apenas 1 farmácia e quase metade (47%) não possuíam nenhuma.

Com relação ao estado do Rio de Janeiro como um todo, os dados mostram que a proporção de unidades na capital (cerca de 40% do total em 2012) e no restante do estado é condizente com a proporção da população que vive nestes lugares (6,32 milhões vivem no município, de um total de 15,99 milhões no estado, aproximadamente 39,5%¹⁴). Isto repercute na distribuição dos atendimentos; em 2012, o município do Rio de Janeiro foi responsável por aproximadamente 48% dos usuários atendidos em todo o estado (Silva, 2014).

As disparidades relacionadas à distribuição e capilaridade das farmácias do programa devem ser compreendidas a partir do modelo de adesão utilizado. Para participar do ATFP, as farmácias comerciais devem manifestar espontaneamente sua vontade de ser uma das unidades conveniadas e cumprir o protocolo de adesão, que estabelece os requisitos necessários. Entretanto, as farmácias no Brasil não sofrem nenhum tipo de regulação que limite a concentração geográfica ou que almeje uma melhor distribuição destas no território. Dessa maneira, elas tendem a seguir a lógica do mercado, se concentrando dentro das cidades nos locais de maior circulação e concentração de demanda (como nos centros e nos bairros de maior poder aquisitivo), nas regiões e estados do país com maior renda e demanda, nas capitais e cidades grandes em detrimento das cidades menores. Assim, o modelo de adesão do ATFP acabam reproduzindo esta mesma lógica, e conseqüentemente as disparidades geradas por esta forma de organização.

5.1.3 Usuários Atendidos e Volume de Vendas

Outros dados relevantes para analisar a expansão do ATFP é a evolução temporal do número de usuários atendidos e do volume de vendas do programa. Nos primeiros anos do programa, houve um crescimento praticamente constante na quantidade de indivíduos tratados para hipertensão e diabetes. Entre 2006 (início do ATFP) e 2009, o número de hipertensos e diabéticos que utilizava mensalmente o programa chegou a aproximadamente 950 mil e 400 mil, respectivamente. Após correções no sistema de dispensação na segunda fase do programa, houve uma importante queda neste número, principalmente no caso dos hipertensos, seguida

¹⁴ Segundo dados do IBGE para o ano de 2010.

de uma estabilização. Entre 2009 e 2011 o número de hipertensos tratados oscilou entre 550 mil e 650 mil mensais e o de diabéticos por volta dos 300 mil. A criação do SNTF desencadeou um *boom* no número de usuários atendidos, que cresceu em ritmo acelerado. Em julho de 2012, um ano e meio após esta intervenção, o número de hipertensos tratados passou para quase 3,9 milhões mensais e o de diabéticos para 1,4 milhões (Luiza & Emmerick, 2014). Outro estudo realizado a partir de dados do DAF, mostrou exatamente a mesma tendência, porém levando em consideração a quantidade anual de usuários atendidos (Silva, 2014).

Uma consequência direta do aumento de usuários atendidos, é o aumento do volume de vendas das farmácias comerciais pelo programa. Neste caso, a tendência observada na evolução do número de usuários atendidos é a mesma para todos os medicamentos de hipertensão e diabetes, variando apenas a dimensão do consumo e a intensidade do crescimento. Um caso específico é o da losartana, que foi incluída no elenco do programa no início de 2011 e rapidamente se tornou o medicamento anti-hipertensivo mais vendido (Luiza & Emmerick, 2014).

Outra situação que merece ser destacada é a evolução da venda mensais de anti-hipertensivos, cobertos e não-cobertos pelo programa, no setor privado como um todo entre 2002 e 2013. Até o ano de 2009, o ritmo de vendas aumentava lentamente para ambos os casos, em ritmo semelhante. A partir de então, a venda de unidades cobertas pelo programa passou a crescer em um ritmo mais acelerado, disparando a partir de 2011. Os não cobertos pelo programa mantiveram um mesmo ritmo de crescimento. Entretanto, não está claro se o ATFP interferiu diretamente no aumento da venda de unidades cobertas pelo programa, uma vez que durante o período de estagnação do número de usuários atendidos (entre 2009 e 2011) o crescimento também ocorreu. Além disso, a curva da venda desses medicamentos, apesar de coincidir com as mudanças do programa, parece seguir um padrão independente de desenvolvimento. O mesmo se observa com a razão de vendas entre anti-hipertensivos incluídos e não incluídos no programa (Luiza & Emmerick, 2014).

Apesar de relevantes para exemplificar a expansão do ATFP e as consequências das mudanças no escopo da política ao longo do tempo, esses dados relativos a usuários e atendimentos se tornam menos importantes dentro do contexto geral da dinâmica de acesso à medicamentos, na medida em que não

dizem nada sobre dimensões do programa comparativamente com a das outras fontes de acesso, que veremos a seguir.

5.1.4 Proporção de Usuários do Programa entre as diferentes fontes de acesso

Nesse sentido, outros estudos permitem com maior clareza observar o impacto do programa dentro do todo, a partir da proporção de pessoas que tem no PFPB e/ou em outros mecanismos suas fontes de acesso à medicamentos. Como veremos a seguir, a maior parte dos medicamentos é obtida por desembolso direto no setor privado, sendo este o *locus* principal de intervenção do programa. Assim, o público potencial do PFPB é principalmente as pessoas que tem nas farmácias comerciais sua fonte de acesso, seja devido a falhas na provisão pública, seja por opção própria. Dessa maneira, é importante analisar qual a proporção de usuários que acessam seus medicamentos por desembolso direto e o impacto disso.

Em municípios mineiros no ano de 2000 e 2001, as farmácias comerciais eram a principal fonte de acesso à medicamentos essenciais para 81,2% da população estudada (Guerra Jr. *et al.*, 2005). Já em Fortaleza/CE entre os anos de 2002 e 2003, situação semelhante foi encontrada: segundo relato dos pacientes, 86,6% das dispensações aconteceram no setor privado. (Arrais, 2005). No município de Campinas em 2008, cerca de 63% das pessoas tinham o setor privado como fonte exclusiva de acesso à medicamentos (Costa, 2014).

Segundo dados das Contas Satélites (IBGE, 2012) o peso dos medicamentos distribuídos pelo governo (excluídos quimioterápicos, medicamentos de uso hospitalar e vacinas) dentro do valor do consumo final foi de 0,2% do PIB em 2009, enquanto que o peso do que é financiado diretamente pelas famílias foi de 1,7%. Ou seja, o impacto dos medicamentos distribuídos pelo governo, entre todos os componentes (básico, estratégico e especializado) é de pouco mais de 10% do total de medicamentos ambulatoriais consumido no país. Vale a ressalva que estes dados não incluem o impacto do PFPB, e de que se considerados apenas os medicamentos da atenção básica, esta proporção pode ser bem menor.

Dados do Vigitel para 2011 aplicado em áreas urbanas de todo o Brasil, relativos à fonte de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes mostraram que para a primeira, a principal fonte de obtenção é a AFAB (45,8%),

seguida do desembolso direto (38,3%) e do PFPB (15,9%). Para diabetes, os números são ligeiramente diferentes: AFAB é a fonte de obtenção para 54,4%, as farmácias comerciais para 29,4% e o PFPB para 16,2%. O mesmo estudo aponta que estas proporções apresentam grandes variações entre as regiões e as capitais dos estados brasileiros. Entretanto, em apenas uma das capitais (Natal/RN) a proporção de usuários do PFPB é maior do que a AFAB, tanto para a hipertensão quanto para diabetes. Em todos os outros casos, a primeira e segunda fonte de acesso são o setor público e as farmácias comerciais, sendo o primeiro caso mais frequente (Costa, 2014).

Ao medir a cobertura do PFPB a partir da quantidade de usuários do programa dentro do universo de hipertensos e diabéticos brasileiros, Luiza & Emmerick (2014), estimaram que 13,0% dos hipertensos e 10,0% dos diabéticos estariam cobertos em 2012. O estudo mostra outra questão interessante. Até 2010, já no meio da segunda etapa do programa, a cobertura era de apenas 3,2% para hipertensos e 1,6% para diabéticos. A partir de então, antes mesmo do SNTF, há um grande crescimento (8,9% e 5,2%, respectivamente) que se mantém após esta intervenção, chegando aos números citados em 2012.

Mais recentemente os dados de um estudo transversal de representatividade nacional, a PNAUM, mostraram que para a hipertensão e diabetes, o PFPB era a fonte de obtenção de 16,5 e 18,1% dos usuários, respectivamente. Nestes casos, o setor privado era responsável por 26,1 e 20,6%, e a AFAB pelo restante. Entretanto, este quadro não se repete para doenças pulmonares crônicas, onde o PFPB era responsável por apenas 8,3% e o privado por 65,0%. Para outros agravos eventuais não cobertos pelo programa, a hegemonia das farmácias comerciais como fonte de provisão é ainda maior, como observamos na seção 4.1.

5.2 Perfil Socioeconômico e Origem das Receitas

O PFPB apresenta em suas regras de funcionamento poucas barreiras de acesso, com exceção talvez apenas do copagamento para a maior parte dos medicamentos e da exigência de receita médica para dispensação. Assim, apesar de em sua fase inicial o programa definir como público-alvo uma população com orçamento familiar entre 4 e 10 salários mínimos oriunda do setor privado (Santos-

Pinto *et al.* 2011), não houveram ao longo da existência do programa medidas concretas que restringissem o acesso apenas a esse grupo. Vale ressaltar neste ponto, que segundo as definições do IBGE, a chamada classe C encontra-se exatamente nesse patamar de renda familiar. Outra questão que merece destaque é que, apesar desse público-alvo ter sido definido no início do programa, os documentos oficiais posteriores não reafirmam esse objetivo.

Dessa maneira, podemos considerar que os possíveis usuários do programa tenham origens das mais diversas – desde pacientes do SUS que não conseguiram adquirir seus medicamentos pela AFAB; pacientes do SUS que optaram diretamente por pegar seus medicamentos no PFPB; pacientes oriundos do setor privado que pagavam totalmente por seus medicamentos.

O primeiro estudo realizado sobre o perfil dos usuários do PFPB, de Santos Pinto *et al.* (2011), analisou a origem das receitas atendidas na rede própria do PFPB entre 2005 e 2007. Em todos os anos estudados houve crescimento na quantidade total de pacientes atendidos, e a proporção de pacientes que apresentaram receita oriunda do setor privado foi maior que do setor público em todo o período. Padrão oposto foi observado na região Norte em todos os anos e na região Nordeste no ano de 2007. Em alguns estados dessas regiões, a população atendida era quase que exclusivamente originária do setor público. Nas regiões S e CO observou-se ao longo do período uma tendência de crescimento da proporção de usuários atendidos oriundos do setor público, sem que estes superassem os do setor privado. Apesar do objetivo inicial do programa ser os pacientes oriundos do setor privado, os autores chamam atenção para que a alta proporção de receitas atendidas com origem no setor público possa ser um indicador de sua ineficiência, uma vez que o elenco do PFPB está contido na RENAME.

No município de Ijuí no RS, também foi estudado o perfil dos usuários de uma farmácia da rede própria no ano de 2011. Observou-se que estes eram predominantemente do sexo feminino, com mais de 50 anos de idade. Com relação a renda familiar, para 45,5% dos entrevistados esta era de 1 a 3 salários mínimos, e para 27,7% até 1 salário mínimo. Este perfil pode ser considerado bem diferente do objetivo inicial do programa (4 a 10 SM). Com relação à origem das receitas, a tendência encontrada por Santos-Pinto *et al.* (2011) se confirmou.

Aproximadamente metade das receitas eram oriundas de ambulatórios privados, 45% de ambulatórios públicos e 5,0% de origem hospitalar (Bonotto & Colet, 2013).

Alguns estudos recentes analisaram o perfil socioeconômico e a origem dos usuários do ATFP. O primeiro deles (Carraro, 2014), realizado em 15 municípios de 14 estados brasileiros no ano de 2012, encontrou resultados semelhantes àqueles da FPRP. Os entrevistados eram também mulheres em sua maioria e com média de idade de 58 anos. Com relação à renda salarial declarada, 12% disseram receber mensalmente R\$ 300,00 ou menos e 66% entre R\$ 300,00 e R\$ 1900,00. Considerando que o salário mínimo do ano de 2012 era de 622 reais, novamente a grande maioria dos usuários do programa encontra-se na faixa de renda que vai de 0 a 3 salários mínimos. A proporção de receitas com origem no setor público (48%) e privado (39% plano de saúde e 12% médico particular) foi basicamente a mesma. (Carraro, 2013).

O Vigitel de 2011 (Costa, 2014), portanto já com dados pós implantação do SNTP, identificou que o PFPB foi proporcionalmente mais utilizado como fonte de acesso por hipertensos e diabéticos com 70 ou mais anos de idade, de pele indígena e branca, com 9 ou mais anos de escolaridade. Além disso, os hipertensos e diabéticos usuários de planos de saúde utilizaram bem mais o programa como fonte de acesso (23,3% e 20,9%, respectivamente) do que os que não possuem (9,8% e 11,7%).

Com relação à origem dos usuários, o estudo de Carraro (2013) traz elementos que corroboram a hipótese de Santos-Pinto *et al.* (2011), de que a grande proporção de receitas oriundas do setor público possa ser decorrente de falhas na provisão pública. Ao questionar os entrevistados sobre o local em que estes obtinham seus medicamentos *antes* do PFPB, 52% responderam que compravam em farmácias comerciais; 19% retiravam no SUS ou compravam, especialmente quando o medicamento estava em falta no setor público; 16% retirava na farmácia do SUS; e 11% não tinham o diagnóstico da doença. Quando analisados apenas os entrevistados que receberam receitas no SUS (48% do total), as diferenças entre essas proporções ficam ainda mais evidentes. Antes do PFPB, 38% compravam em farmácias privadas, 26% retiravam no SUS ou compravam, a depender da disponibilidade e a mesma proporção retirava exclusivamente no SUS (Carraro, 2013).

Ainda que sejam necessárias mais evidências para confirmação, estes achados apontam, em primeiro lugar que o PFPB cumpre em parte seu objetivo, uma vez que uma parcela importante de usuários do setor privado passa a ter acesso a medicamentos com desconto através do programa. Por outro lado, a grande proporção de receitas oriundas do setor confirma que o programa é realmente uma alternativa de acesso aos usuários que recebem prescrições no SUS, principalmente quando há falhas na provisão. Além disso, uma parte considerável de pacientes que retiravam medicamentos no SUS migraram para o PFPB (Carraro, 2014).

Por sua vez, o perfil socioeconômico dos usuários do programa indica que os maiores utilizadores do programa são brancos e indígenas, idosos e maior grau de instrução. Em termos de renda, as evidências demonstram a grande maioria deles está na faixa de renda de até 3 salários mínimos, parcela população que como demonstrado anteriormente, é a que tem maiores gastos com medicamentos e a que depende de maneira mais importante da provisão pública, em que pesem os estudos que geraram estes últimos dados serem anteriores ao SNTF. Tais dados soam um tanto contraditórios em relação aos anteriores. Ainda que o estudo não informe diretamente dados de renda, dificultando a comparação com os anteriormente apresentados, os dados sociodemográficos sugerem uma população de usuários de maior poder aquisitivo.

5.3 Financiamento

Entre as principais novidades trazidas pelo PFPB, parte importante está relacionada aos mecanismos de financiamento e à gestão dos recursos destinados. Essas novidades foram introduzidas ao longo do desenvolvimento do programa.

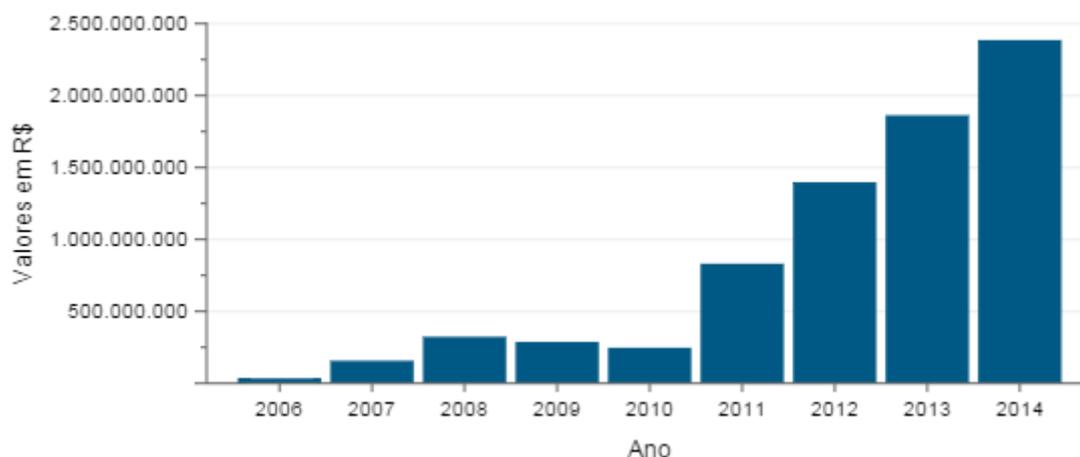
Uma primeira característica a ser destacada é que desde a origem do programa, os recursos destinados a ele nunca integraram diretamente as mesmas rubricas que o orçamento da AF. Mesmo com a evolução dos mecanismos de financiamento da AF discutidos anteriormente, como a criação de um bloco de financiamento específico e da adoção dos componentes da AF, o fluxo financeiro do PFPB sempre ocorreu por caminhos distintos.

Em seu início, a execução do Programa foi viabilizada através de parceria com a Fiocruz. Na impossibilidade legal de que o MS executasse tal atividade, a Fundação foi estabelecida como responsável direta por isso. Assim, na criação do programa a gestão era realizada de maneira conjunta entre MS e Fiocruz, tendo sido esta autorizada mediante decreto a realizar a distribuição de medicamentos por ressarcimento. Em outras palavras, a Fiocruz passou a comercializar medicamentos através da rede própria. Em um primeiro momento, as unidades do programa ficavam sob administração direta da Fiocruz. No final de 2004, passaram a ser realizadas parcerias com estados, municípios (Santos-Pinto, 2008).

Nesse modelo, o financiamento tinha três origens distintas. A primeira delas eram recursos próprios da Fiocruz, responsável pela aquisição, distribuição e logística. A Fundação se responsabiliza ainda pela capacitação de profissionais. Entre 2005 e 2012 foram destinados pouco mais de 1,2 bilhões de reais para estes fins, variando (com exceção do ano de 2005) em torno de 115 milhões e 140 milhões de reais anuais. A segunda fonte são verbas transferidas do FNS para estados e municípios parceiros, destinadas para instalação, manutenção e funcionamento das unidades do programa. Entre 2004 e 2012 foram transferidos cerca de 390 milhões de reais para estas atividades. A terceira e última fonte é o ressarcimento pago por usuários do programa por medicamento adquirido, o chamado copagamento, que será discutido mais adiante. Os recursos oriundos desse ressarcimento são absorvidos pela Fiocruz, e devem ser destinados a custear os gastos envolvidos coma dispensação (aquisição, distribuição e logística). Entre 2005 e 2012 foram arrecadados cerca de 655 milhões de reais com o copagamento, número próximo da metade do que foi gasto pela Fiocruz (Silva, 2014).

A partir da adoção do ATFP, em 2006, o financiamento passou a se dar através de transferência direta do FNS para as farmácias comerciais conveniadas, dispensando a participação de outros entes. Além disso, as farmácias também passaram a ser remuneradas com os valores pagos pelos usuários no copagamento. A evolução das transferências diretas do FNS para as farmácias comerciais é apresentada no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Evolução das transferências de recursos do FNS para farmácias comerciais conveniadas ao ATFP



Fonte: SAGE/MS, em 11/02/2014.

A partir do gráfico, algumas tendências podem ser observadas. A primeira delas é uma rápida expansão nos recursos transferidos durante a implementação do ATFP em 2006 até o ano de 2008, que passaram de cerca de 35 milhões para 324 milhões do período. Em seguida, houve um declínio até o ano de 2010, quando foram transferidos por volta de 247 milhões de reais. A partir de 2011, ano de adoção do SNTP, ocorre novamente uma forte expansão dos recursos destinados às farmácias, que saltaram para 2,39 bilhões de reais em 2014.

Em termos de comparação, segundo a SAGE foram transferidos no ano de 2013 cerca de 1 bilhão para estados e municípios pelo componente básico da AF, aproximadamente 5 reais *per capita*. No mesmo ano, foram destinados 1,86 bilhão ao ATFP, valor próximo de R\$ 9,30 reais *per capita*.

Diversos aspectos relativos ao perfil dos pagamentos pelo ATFP foram analisados por Silva (2014). Conforme aponta o autor, estes dados encontram-se distorcidos, superestimados, pelo fato da fonte de informações computar o pagamento à sede da empresa. Assim, redes sediadas em um estado e município, tem em seu nome computados pagamentos de dispensações realizadas em outros estados e outros municípios. Isso se torna ainda mais importante, pelo fato de que o autor aponta também que há uma forte participação das redes no programa. Ainda assim, mesmo que estes dados não apontem com precisão o grau de distorção, eles ao menos indicam que estas existem.

Quando analisada a distribuição dos recursos transferidos do programa para as farmácias comerciais na modalidade ATFP, por regiões, cidades e empresas outras características são observadas. As desigualdades observadas podem ser entendidas como consequência dos padrões descritos na seção 5.1, uma vez que os estabelecimentos estão distribuídos de maneira geograficamente desigual, é natural que a transferências de recursos do programa vá pelo mesmo caminho. Entretanto, em alguns casos que veremos, as disparidades na distribuição de recursos aparentemente são ainda maiores do que na distribuição dos estabelecimentos.

Com relação às regiões e estados, uma forte concentração geográfica pode ser verificada novamente. Como aponta Silva (2014), cerca de 73% dos pagamentos realizados entre 2006 e 2012 pelo programa estão concentrados nos estados de São Paulo (28,4%), Minas Gerais (18,8%), Rio de Janeiro (14,8%) e Rio Grande do Sul (14,8%). Por outro lado, estabelecimentos de estados das regiões Norte e Nordeste, como Acre, Amapá, Amazonas, Roraima, Maranhão e Sergipe, receberam cada um deles menos 0,1% dos recursos transferidos pelo programa.

A distribuição percentual dos pagamentos entre as regiões também mantém esse forte perfil de desigualdades. Entretanto, nota-se que ao longo da evolução do programa tem havido uma diminuição da concentração de recursos na região sudeste (79,5% em 2006 para 57,4% em 2012) e um aumento da participação da região Sul (5,8% para 22,3%). Mesmo assim, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste continuam com uma participação proporcional baixíssima. Em 2006, as três somadas recebiam 14,7% dos pagamentos e 20,4% em 2012, sendo que neste ano as regiões Norte e Centro-Oeste respondem ainda por apenas 2,4% e 6,3% dos pagamentos, respectivamente (Silva, 2014).

Por outro lado, um fato positivo é a inversão da proporção de pagamentos entre capitais e cidades do interior. Em 2006, 92,8% dos pagamentos eram destinados a estabelecimentos situados em capitais, já em 2012 esse valor caiu para 36,2%. Entretanto, vale lembrar como discutido na seção 5.1, que ainda assim muitas cidades de pequeno porte, especialmente nas regiões N e NE, continuam sem cobertura, e que de uma maneira geral os estabelecimentos do programa estão presentes de maneira muito mais marcante nas cidades acima de 20 mil habitantes.

Outra questão bastante relevante no âmbito do ATFP é o perfil das farmácias comerciais que recebem os recursos do programa. Entre 2006 e 2012, mais de 31% do montante de todas transferências foram realizadas para apenas 7 redes de farmácias. Dessas 7, três são sediadas no estado de São Paulo, uma no Rio de Janeiro, uma no Ceará e uma no Rio Grande do Sul. Esta concentração é ainda mais grave quando consideradas que algumas destas redes passaram pelo processo de fusão sendo, portanto, o mesmo grupo econômico. A primeira colocada no ranking de transferências (Jamyr Vasconcellos SA - Drogarias Pacheco), recebeu 8,8% de todos os recursos. Em 2011 se fundiu com a quarta colocada (Drogarias São Paulo SA), que recebeu no período 3,7% dos recursos. Já a Drogasil SA, segunda colocada, recebeu 6,0% dos recursos e se fundiu também em 2011 com quinta colocada (Raia SA), que recebeu 3,7% dos recursos do programa. Assim, apenas dois grupos econômicos, ainda que tenham se fundido no final do período, concentraram mais de 22% de todos os recursos do programa.

Estas distorções podem ser ainda maiores quando analisadas dentro de cada estado, como mostram os achados de Silva (2014) para o estado do Rio de Janeiro, onde as farmácias comerciais receberam a terceira maior quantia em transferências entre 2006 e 2012. Neste estado, a Jamyr Vasconcellos SA recebeu 59,3% do total recursos do programa no estado e 84,3% no município do Rio de Janeiro.

Em resumo, podemos concluir em primeiro lugar que ao longo do programa diversos mecanismos de financiamento foram utilizados. Entretanto, a partir da criação do ATFP e com a expansão do programa principalmente através dessa modalidade, prevaleceu a transferência direta de recursos para as farmácias comerciais. Houve uma grande expansão no financiamento do ATFP durante todo seu percurso, com três fases distintas. O SNTP foi responsável por forte expansão do financiamento do programa, que hoje já recebe mais que o dobro do que é destinado ao componente básico da AF. O financiamento do programa também apresenta fortes distorções dentro e fora de regiões, estados e municípios, como decorrência do modelo de adesão ao programa. Por fim, boa parte dos recursos do programa é concentrada em um pequeno grupo de grandes redes de farmácias, situadas principalmente na região sudeste.

5.4 Estrutura e Recursos Humanos

As diferentes modalidades do PFPB utilizam distintas estruturas físicas de funcionamento. No FPRP as farmácias são estatais, com estrutura física sob responsabilidade dos parceiros do programa (estados, municípios e entidades), e com investimentos estruturais realizados pelo MS (incentivo para implantação) e pela Fiocruz (cessão de móveis e equipamentos).

As unidades da rede própria têm que se adaptar aos padrões estipulados pelo manual programa. Devem ter área física de cerca de 100m² (ou menor, a depender de acordo com o MS) e ser situadas ainda em áreas com grande circulação de pessoas, regiões centrais ou centros comerciais de bairros, em vias públicas consideradas principais e preferencialmente distantes de UBS.

No interior da unidade, a área na qual os pacientes têm acesso deve contar com sala de espera, local para cadastro, caixas, balcão de dispensação, área de atendimento farmacoterapêutico (opcional), banheiro e banheiro para deficientes (opcional). A área técnica deve possuir local para armazenamento de medicamentos com área específica para medicamentos controlados, sala da gerência, sala da administração (opcional, a depender do modelo) área de serviço/depósito e vestiário (opcional) (Brasil/MS, 2014a). Vale lembrar que de acordo com a gestão compartilhada do programa, o MS é responsável por destinar verbas específicas para a instalação das unidades, e que a área física é de responsabilidade do partícipe (município, estado ou entidade), a não ser nos casos em que as unidades são totalmente geridas pela Fiocruz.

Fica também sob responsabilidade da Fiocruz adquirir todo os móveis e equipamentos previstos para o funcionamento do programa, que cede através de empréstimo por comodato aos parceiros. A descrição específica dos itens cedidos não está presente no manual. Por fim, é ainda previsto que os parceiros devem contratar um farmacêutico gerente, um farmacêutico corresponsável, um assistente de gestão, cinco auxiliares de gestão e um auxiliar de serviços gerais (Brasil/MS, 2014a).

O trabalho de Junges (2009) analisou a estrutura e recursos humanos nas unidades próprias do programa. A partir dos relatórios de fiscalização realizadas pela Fiocruz em 60 farmácias, demonstrou-se que em todas as unidades (100% ou

próximo) estavam presentes os espaços obrigatórios. As exceções são a sala da administração presente em 63% das unidades, a sala atendimento farmacoterapêutico em 52%, vestiários em 40% dos casos, além dos banheiros para deficientes e vestiários, todos estes espaços opcionais segundo o manual do programa. Com relação aos equipamentos, 78% das unidades referiram possuir refrigeração na área de estoque, sendo que 58% tinham aparelhos de ar condicionado. Havia ao menos um farmacêutico em todas as unidades, sendo que em 100% delas o farmacêutico gerente estava presente e em 90% também estava o responsável. Os auxiliares de gestão (atendentes e caixas) estavam presentes em 73% das farmácias, os assistentes de gestão em 58% e os auxiliares de serviços gerais em 98%.

Já no ATFP, as despesas com implantação, estruturação, aquisição e logística ficam totalmente a cargo das farmácias parceiras. Utilizar a estrutura já instalada e altamente capilarizada do grande número de farmácias presentes no território brasileiro foi desde o início um dos objetivos do programa, sob a justificativa de permitir uma expansão mais rápida (que de fato se concretizou) e reduzir os custos com as unidades próprias (fato que ainda precisa ser aprofundado).

Por sua vez, a legislação referente ao ATFP e o manual de orientação às farmácias e drogarias participantes não faz grandes exigências estruturais ou de recursos humanos para participação no programa, diferente do que ocorre com o FPRP. Na portaria que atualmente rege o programa (Brasil/MS, 2014b), para que o convênio seja firmado, é exigido apenas situação regular de funcionamento junto à ANVISA, farmacêutico responsável, equipamento para emissão de cupom fiscal e sistema de gerenciamento eletrônico para a interface com o programa. Esses requisitos são comuns aos requisitos mínimos de funcionamento das farmácias, o que em teoria não implica que grandes mudanças tenham que ser realizadas por estas para adesão ao programa.

Não foram encontrados estudos que avaliassem a estrutura física e recursos humanos especificamente nas farmácias conveniadas ao ATFP. Entretanto, pelo fato do programa utilizar a estrutura já instalada desses estabelecimentos e de não fazer grandes exigências extras ao que a legislação sanitária já faz, é possível se aproximar da questão utilizando os dados disponíveis sobre estrutura e recursos

humanos nas farmácias como um todo, independentemente de estarem conveniadas ao programa. Alguns trabalhos descrevem esses pontos e mostram em certa medida como a realidade nesses estabelecimentos tem sido distante do que é preconizado pelas normas.

Em estudo da ANVISA no município de Fortaleza entre 2002 e 2003, a ausência de farmacêuticos nas farmácias oscilou entre 59% e 75% no período (ANVISA *apud* Arrais, 2007), tendo sido ainda maior entre as redes de farmácias/drogarias (entre 82% e 89%). No ano de 2004, em 70 farmácias do Distrito Federal (cidades de Taguatinga e Brasília), Naves *et al.* (2008) identificou situação um pouco melhor: em 44,8% dos estabelecimentos não estava presente o farmacêutico responsável. A pesquisa ressalta ainda outros aspectos. Os balconistas, responsáveis pela dispensação, possuíam baixa qualificação; raramente ocorriam a realização de treinamentos, sendo que os laboratórios farmacêuticos acabavam muitas vezes atuando como formadores desses trabalhadores; e por fim, apesar da baixa qualificação, o tempo de permanência médio exercendo a função no estabelecimento era superior a 9 anos.

No município de Florianópolis no ano 2004, quadro bem diferente foi encontrado. Em estudo transversal envolvendo 10% das farmácias do estado (258 unidades), verificou-se a ausência do profissional farmacêutico em apenas 11,6% dos estabelecimentos, sendo que a ausência era mais frequente em farmácias independentes (17%) do que nas redes (3,1%). Cerca de 61,6% dos estabelecimentos não pertenciam a redes e 79,1% não possuíam área de conveniência. A prática da venda de correlatos foi bem maior nas unidades das redes (28%) do que nas independentes (16,3%). O número médio de farmacêuticos por farmácia foi de 1,4 e de balconistas 3,8. Em 46,1% das farmácias havia pagamento de comissão por vendas aos balconistas. Apenas 11,4% das farmácias possuíam área de atendimento privada para pacientes.

Com relação aos processos desenvolvidos pelos farmacêuticos nas farmácias a dispensação de medicamentos representa o de maior frequência (98,2%), seguido pelo registro de medicamentos controlados (90,8%), verificação de pressão arterial (88,2%) e administração de medicamentos injetáveis (85,1%). A realização de testes rápidos de glicemia e colesterol/triglicérides é pouco frequente

(9,2% e 1,8%, respectivamente), assim como a administração de medicamentos por nebulização (7,5%).

Em outro estudo sobre estrutura e recursos humanos no ano de 2003, ao entrevistar 35 farmacêuticos do município de Curitiba, *Correr et al.* (2004) identificaram que entre 60% e 76% dos entrevistados as farmácias nas quais trabalhavam não pertenciam a grandes redes ou não eram farmácias com conveniência (drogarias), respectivamente. Em cada farmácia trabalhavam uma média de 1,5 farmacêuticos e 3,1 auxiliares. Em 32% delas existiam uma área privada reservada para atenção. Com relação às atividades clínicas realizadas pelos farmacêuticos, todos dispensavam medicamentos, mais de 80% realizavam medição de pressão arterial e aplicação de injetáveis e entre 40 e 56% realizavam provas de glicemia, treinamento de auxiliares e seguimento farmacoterapêutico. Os farmacêuticos também se envolviam bastante com as atividades administrativas: 80% realizava o registro de medicamentos controlados, 65% o controle de estoque e compra de medicamentos, 52% monitoravam o caixa e 36% participava de atividades financeiras da farmácia. Um possível viés, principalmente no que se refere às atividades clínicas, é o fato da amostra ter sido composta por farmacêuticos que se dispuseram voluntariamente a participar de um curso de atenção farmacêutica.

Por fim, o censo demográfico farmacêutico do ICTQ mostrou que no Brasil, 52% das farmácias e drogarias, cerca de 40 mil estabelecimentos, funcionam ao menos uma parte do dia sem a presença do farmacêutico, sendo que cerca de 6% ou 4.852 funcionam com ausência total e integral de farmacêutico técnico responsável. O estudo mostrou ainda que 29% dos farmacêuticos não atuam diretamente com a população (ICTQ, 2014)

Os diferentes resultados encontrados podem apontar não necessariamente para inconsistências metodológicas, mas para divergências regionais. Isso pode acontecer principalmente pelo fato de a fiscalização de farmácias e drogarias ser regionalizada, tanto por parte da vigilância sanitária quanto por parte dos conselhos. Entretanto, mesmo existindo lugares como Florianópolis, onde a grande maioria das unidades conta com a presença de farmacêuticos, os dados apontam que é possível que em grande parte do país isso ainda não aconteça. Outro ponto notável é que, assim como na AFAB, os farmacêuticos dividem seu tempo entre atividades

assistenciais e administrativas, tendo muitas vezes que abrir mão das primeiras em função das últimas. Não é possível com as evidências regionais disponíveis avaliar se há (e como é) a diferença entre estabelecimentos independentes ou ligados a redes. Também não é possível avaliar como é a estrutura de funcionamento das farmácias, incluindo espaço para medicamentos controlados, armazenamento, refrigeração, etc. Por fim, outros fatos a serem destacados são a forte presença de balconistas realizando dispensação, sem a qualificação adequada, e a baixa presença de áreas de atendimento privada aos pacientes.

De maneira resumida, nota-se um padrão bem diferente no que se refere à estrutura e recursos humanos entre as duas modalidades. Por um lado, o FPRP possui importantes exigências estruturais e incentivos que demonstram uma maior preocupação em aproximar o perfil das unidades a estabelecimentos de saúde de fato. Por outro, o ATFP utiliza a estrutura instalada das farmácias comerciais e ponto, sem mais nenhuma preocupação com a adequação do espaço a uma proposta de cuidado ou padrão mínimo de exigências. Isso se reflete em estruturas e perfil de recursos humanos totalmente diferenciadas entre os programas, o que certamente se reflete no cuidado e aponta para objetivos diferenciados, ainda que não explícitos, entre as modalidades.

5.5 Gestão, Logística e Organização

5.5.1 Copagamento e Preços

Uma das maiores novidades (e também das maiores polêmicas) envolvendo o PFPB foi a adoção do copagamento, que consiste no compartilhamento do financiamento do medicamento entre Estado e usuário, que paga uma parte do valor referente à utilização de determinado serviço. O copagamento no PFPB pode ser considerada a primeira experiência nacional de pagamento por serviços de saúde no âmbito do SUS. O modelo foi adotado inspirado em experiências locais parecidas que já ocorriam no Brasil, como é o caso do LAFEPE em Pernambuco e da Farmácia Popular Vital Brasil no Rio de Janeiro. Uma descrição mais detalhada sobre estas e outras experiências que influenciaram o PFPB em sua criação são descritas por Santos-Pinto (2008) e Silva (2014).

Apesar de não ser um mecanismo comum no SUS, o compartilhamento de gastos com os usuários vem sendo utilizado em diversos sistemas de saúde na Europa ocidental desde meados dos anos 70 e na América Latina a partir dos anos 80, como uma das ferramentas (pelo lado da demanda) de ajuste para contenção dos crescentes gastos em saúde (Vianna *et al.*, 2008).

O copagamento pode ser aplicado em diversos tipos serviços, que pode ir desde internações ao acesso à medicamentos, passando pelas consultas médicas. Pode também ser aplicado a segmentos populacionais específicos e em amplitudes diferentes, a depender dos objetivos propostos. Entre os objetivos mais frequentes da utilização deste mecanismo, Vianna *et al.* (1998) destacam a redução da demanda, a recuperação de gastos, a ampliação do acesso e cobertura, estímulo ao controle social e promoção da equidade. Entretanto, como os próprios autores destacam, a depender dos diferentes contextos os resultados podem ser significativamente diferentes, bem-sucedidos ou até mesmo controversos.

No que diz respeito especificamente aos medicamentos e à assistência farmacêutica, Santos-Pinto (2008) aponta que o copagamento é adotado em países europeus em variados formatos (amplitude do copagamento, tipo de participação e população-alvo) como mecanismo de contenção de custos, na África como estratégia de aumento do acesso e na América Latina em ambas as situações. Vianna *et al.* (1998) o copagamento para medicamentos foi estimulado por diversos organismos multilaterais com o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o FMI, especialmente na América Latina nas décadas de 80 e 90.

O copagamento no PFPB é justificado primordialmente em seu decreto de criação como mecanismo para ampliar o acesso a medicamentos, na medida em que permite ofertar medicamentos a preços menores do que nas farmácias comerciais e conseqüentemente reduzir os gastos com medicamentos dos usuários (Brasil, 2004). Entretanto, ao analisarmos os documentos do programa e o funcionamento do copagamento em cada modalidade, outros pontos são revelados.

Na rede própria do PFPB o valor de copagamento é estabelecido através do preço de dispensação (PD). Este consiste em um valor atribuído a cada medicamento que correspondente aos custos de produção ou aquisição, distribuição

e dispensação dos medicamentos em sua rede (Brasil, 2012), apesar de nenhum dos documentos oficiais do programa informar como funciona precisamente o mecanismo de cálculo do PD (Silva, 2014). Outro ponto importante é que, apesar do mecanismo utilizado ser denominado “copagamento”, na prática o usuário no momento da aquisição não tem a dimensão do preço total do medicamento e nem da proporção do total que ele está arcando.

Entretanto, o objetivo explícito de cobrir todos os custos a partir do copagamento, com exceção da implementação e manutenção sob responsabilidade do MS e dos parceiros, deixa claro que o valor pago pelo usuário tem por finalidade a redução dos custos que o governo eventualmente teria caso assumisse a gratuidade, além da responsabilização do paciente pelo financiamento. Como citado na seção 5.3, até o ano de 2012, o valor ressarcido pelos usuários na modalidade FPRP foi próximo à metade da dotação orçamentária do programa pela Fiocruz.

Alguns estudos mostram que de fato a modalidade FPRP disponibiliza medicamentos a um preço significativamente menor que o mercado, e que a proporção desta diferença varia de medicamento para medicamento. O primeiro deles foi realizado por Ferreira (2006). Ao avaliar o preço de 21 medicamentos traçadores do FPRP com os preços do setor privado segundo a lista ABCFarma, a diferença de preço encontrada variou entre 74% e 94% quando comparado aos medicamentos de referência, e de 55% a 88% quando comparado ao genérico de menor preço. Vale ressaltar que a lista da ABCFarma pode apresentar preços superiores aos praticados no mercado.

No segundo, Santos-Pinto *et al.* (2010) comparou a mediana de preços de quatro medicamentos na rede própria e no setor privado no ano de 2007 e encontrou preços entre 76,0% e 90,3% menores no programa. O terceiro analisou a proporção entre o preço mínimo de medicamentos genéricos e similares e o índice internacional de preços (IRP) nas farmácias populares e comerciais de cidades do estado do RS entre 2008 e 2009. Os resultados mostraram que na rede própria do PFPB essa proporção foi de 2,88 e 2,64 para genéricos e similares, respectivamente. Já no setor privado os valores encontrados foram maiores: 11,32 e 8,60, valores cerca de 3,9 e 3,3 vezes maiores que nas farmácias populares, respectivamente.

Em Ijuí no ano de 2010 comparou-se o preço de medicamentos genéricos e de referência (a partir do Guia da Farmácia) e na unidade da rede própria do município. A diferença entre os preços também variou bastante entre os 15 medicamentos analisados, sendo que a maior foi para o enalapril 20mg, que possuía média de preço dos genéricos 20,9 vezes superior ao do PFPB. A menor diferença foi para metildopa 250mg, que custava 2,4 vezes a mais no setor privado. No mesmo município em 2011, observou-se uma economia de 87,1% dos gastos médios mensais dos pacientes quanto estes optam por adquirir seus medicamentos da unidade da rede própria no município, considerando-se como comparativo os preços do Brasíndice. Em termos monetários, os medicamentos que custariam mensalmente em média R\$ 78,70 no setor privado, foram obtidos por R\$ 10,15 mensais (Bonotto & Colet, 2013).

Na modalidade ATFP, os valores de copagamento são estabelecidos de outra forma. O MS paga até 90% de um valor de referência (VR) estabelecido para cada medicamento, enquanto o usuário arca com o restante. Quando o preço de comercialização é inferior ao VR, o MS paga 90% deste valor, prevalecendo o menor custo (Silva, 2014). Isto implica que o copagamento pode ser superior a 10% nos casos onde o VR não chega a cobrir os 90% do valor cobrado pelas farmácias. O complexo cálculo do VR é apresentado em linhas gerais na portaria que instituiu a modalidade ATFP, entretanto o autor citado não conseguiu reconstituir os VRs a partir dessas regras e foi informado pelo MS que não existem planilhas que detalhem o cálculo da construção do índice. No mesmo estudo, demonstrou-se que entre 2006 e 2013 os VRs tiveram significativa redução, em média 33,6% para cada medicamento variando entre 23% e 52%, dados que geram ainda mais dúvidas a respeito do cálculo desses valores.

Diferentemente do FPRP, nesta modalidade a contenção ou recuperação de custos não parece ser um dos objetivos do copagamento, uma vez que a estrutura terceirizada gera um aumento do custo operacional (como veremos adiante nas seções 5.5.3 e 5.5.4), além das evidências mostrarem que o orçamento do programa cresce em ritmo acelerado ano a ano. Vale lembrar ainda que o valor pago pelo usuário não é reembolsado pelo governo, ao contrário, ajuda a remunerar a farmácia conveniada.

No ATFP, o copagamento tampouco está relacionado à restrição da demanda, uma vez que a diminuição dos preços proporcionada provoca justamente o efeito oposto, o que é um objetivo explícito do programa e que pode ser observado ao longo de sua expansão. Todavia, vale destacar que a retirada do copagamento a partir do SNTP provocou um grande aumento na procura pelos medicamentos que se tornaram gratuitos. Apesar de tentador, não se pode afirmar com precisão se este *boom* se deve exclusivamente à retirada de uma barreira de acesso (o pagamento) ou se outros fatores também influenciaram este fenômeno, especialmente se considerada a constatação de Pereira (2013), que observou aumento da demanda inclusive para os medicamentos que mantiveram o copagamento a partir da adoção do SNTP, ainda que em menor escala dos que se tornaram gratuitos. Caso a primeira hipótese seja verdadeira, pode-se afirmar que os aparentemente baixos valores cobrados aos usuários vinham sendo subestimados enquanto limitadores do acesso/consumo.

Em resumo, a recuperação de gastos e a restrição da demanda não parecem ser objetivos do copagamento no ATFP. Dessa maneira, podemos afirmar que são obscuras as justificativas da utilização deste mecanismo na modalidade, especialmente se considerados os baixos percentuais repassados ao usuário (a partir de 10%) e a adoção do SNTP (com gratuidade para os medicamentos mais demandados no programa). Esta última ação inclusive pode indicar uma tendência de abandono do copagamento no ATFP com o passar do tempo.

Entretanto, apesar destes questionamentos, é notória a redução de preços atingida pela modalidade. Santos-Pinto *et al.* (2010) demonstrou que redução de despesas com tratamento nesta modalidade foi superior ao FPRP, representando uma economia de cerca 90% para todos os medicamentos analisados em comparação ao setor privado. Luiza & Emmerick (2014) em estudo mais abrangente, mostraram o contrário. Apesar dos descontos, no período entre 2009 e 2011, antes da adoção do SNTP, os usuários pagavam cerca de um terço do preço dos anti-hipertensivos e cerca de 40% dos antidiabéticos. Carraro (2013) estimou a partir do relato dos usuários que poderiam ter alguma economia com o programa (aqueles que não utilizavam o SUS), que estes autoavaliaram uma economia de R\$ 34,96 reais mensais.

5.5.2 Seleção e Elenco de Medicamentos

A proposta do PFPB, desde seu decreto de criação (Brasil, 2004), baseou-se na necessidade de “assegurar medicamentos básicos e essenciais à população”. Dessa maneira, os medicamentos selecionados para compor o elenco do programa em tese visam atender a esses objetivos. Os elencos das diferentes modalidades do PFPB foram sempre diferentes entre si e sofreram diversas alterações ao longo de suas evoluções e expansões.

O elenco inicial do FPRP contava com 85 apresentações farmacêuticas. A relação foi se alterando, com a adição de alguns itens e a retirada de outros, sendo que em maio de 2005 a lista chegou 96 itens, e a 107 em 2007 (Santos-Pinto, 2008). Atualmente o programa disponibiliza 111 apresentações medicamentosas, além de preservativo masculino (Brasil, 2012). Ao analisar o elenco da modalidade no ano de 2007, Santos-Pinto (2011) indicou que a lista de 107 itens se reduzia para 97 apresentações quando desconsideradas as variações de tamanho de embalagem, e para 71 medicamentos quando desconsideradas as variações de dosagens para um mesmo fármaco. O estudo apontou também que dentro do elenco, algumas classes de farmacológicas estão mais representadas que outras, como é o caso dos anti-infecciosos (25% do elenco), medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central (12%) e medicamentos que atuam no sistema cardiovascular (12%).

Segundo alguns autores (Ferreira, 2006; Santos-Pinto, 2008; e Junges, 2009) os critérios para seleção do elenco de medicamentos no FPRP se baseia em dados epidemiológicos (doenças mais incidentes e que geram maior impacto financeiro), na RENAME (contemplando ao menos um medicamento de cada um de seus principais grupos), em informações sobre segurança e eficácia dos medicamentos (incluindo os que não estão na RENAME, mas que já possuem evidências para serem incluídos), nos programas assistenciais do MS, na capacidade produtiva dos laboratórios oficiais (que como a própria autora argumenta, ao longo do tempo deixou de ser uma questão primordial), na disponibilidade de registro como genéricos, e em sugestões de diferentes setores do MS.

Alguns dos medicamentos que constam no PFPB não constam na RENAME, como observou Santos-Pinto (2011). Segundo a autora, entre as 96 apresentações

disponíveis à época, 76 constavam na RENAME de 2006, 12 constavam na RENAME de 2002 e foram retiradas, 17 constavam na RENAME de 2006 em concentrações ou formas farmacêuticas distintas e 8 medicamentos não estavam presentes em nenhuma das duas edições anteriores. Observou-se ainda que 70% dos medicamentos do PFPB eram comuns ao elenco dos programas do MS.

O ATFP tem como característica um elenco mais reduzido. A modalidade começou em 2006 ofertando apenas 8 medicamentos diferentes, para diabetes e hipertensão. Ao longo dos anos foram sendo incorporados novos medicamentos e outras classes terapêuticas (Silva, 2014). Ao todo o programa sofreu 8 alterações em seu elenco, e hoje conta com 41 itens ofertados, além de fralda geriátrica (Brasil, 2012). Os medicamentos que fazem parte também do SNTP totalizam hoje 26 itens, relacionados à diabetes, hipertensão e asma (Silva, 2014). Com relação aos critérios de seleção dos medicamentos do programa, Pereira (2013) afirma que esta é também baseada na RENAME. De fato, os medicamentos do elenco atual do ATFP estão presentes na RENAME de 2013. Entretanto existem diversos outros da relação que não estão presentes na lista do ATFP, ou que estão presentes do FPRP mas não no ATFP, o que deixa de certa maneira obscuro quais os critérios de fato são utilizados. Essas incertezas sobre os critérios valem para todas as modalidades do programa. Os documentos oficiais, normas e portarias também não fazem menção a esses critérios.

5.5.3 Modelos Logístico, Programação, Aquisição e Distribuição

Em decorrência dos diferentes modelos de gestão utilizados nas modalidades do PFPB, a logística e as etapas de programação, aquisição e distribuição também seguem diferentes padrões.

O FPRP baseia-se fortemente na centralização dos processos gerenciais na Fiocruz, que é responsável por todas estas etapas. Segundo Santos-Pinto (2008), é compromisso do programa “nunca permitir a falta de medicamento”, o que no caso da modalidade FPRP, acaba se refletindo em uma obrigação da Fiocruz.

Segundo o manual do FPRP, a programação das compras e das entregas de medicamentos é feita pela Fiocruz. Entre os itens incluídos na implantação de novas unidades do FPRP, estão computadores e sistema de informação para controle de

estoque, dispensações e contabilidade. É através dos dados desse sistema informatizado que a Fiocruz faz o planejamento da programação e reposição dos estoques, a partir de estimativa da média de consumo mensal, estoque estratégico, entre outros indicadores (Brasil, 2012). O sistema de informação do FPRP é integrado ao DATASUS (Guerra Jr. & Acurcio, 2013).

A aquisição também é realizada pela instituição priorizando-se medicamentos oriundos de laboratórios oficiais e medicamentos genéricos, mas podendo recorrer ao setor privado e aos medicamentos similares caso os primeiros não estejam disponíveis no mercado. As aquisições no programa são realizadas através de licitação, seguindo as normas do setor público. Santos-Pinto (2008) destaca que devido à baixa capacidade dos laboratórios oficiais para atender a demanda do programa, a não adesão de laboratórios estaduais e o não cumprimento de contratos acabou fazendo com que o programa tivesse que recorrer ao mercado mais do que o planejado inicialmente.

De maneira geral, pode-se afirmar que a gestão destas etapas tem se mostrado efetiva no FPRP, como pode ser comprovado pela alta disponibilidade de medicamentos no programa (ver seção 5.6). Não foram encontrados estudos que avaliassem especificamente cada um desses processos.

Já o ATFP adota modelo de gestão totalmente terceirizado, sendo esta modalidade a primeira experiência do tipo realizada no país. A terceirização isenta o setor público de toda a logística, aquisição e distribuição. O valor de referência pago pelo MS às farmácias e o copagamento dos usuários devem ser suficientes para que o estabelecimento efetue estas etapas e ainda retire o lucro.

Os processos de programação, aquisição e logística no setor privado diferem de maneira significativa do setor público. Em um primeiro ponto, porque diferentemente deste, onde as compras têm que ser programadas com antecedência devido ao processo licitatório, as farmácias comerciais de maneira geral adquirem seus medicamentos diretamente de distribuidores, com gerenciamento diário de estoque e aquisições frequentes. Assim, a parte logística fica a cargo das distribuidoras, que entregam os medicamentos nas farmácias sempre que solicitados, com alta frequência. A dependência de distribuidores para compras e atividades logísticas acontece mais frequentemente entre farmácias

pequenas e/ou independentes, enquanto que entre as grandes redes é comum que as próprias tenham seus sistemas de distribuição ou atuem também como distribuidoras (Ferrari 2010; Cunha, 2012).

Em segundo lugar, o fato das farmácias comerciais em geral comprarem em menor escala (consequentemente, menos descontos) pode fazer com que os preços de aquisição no setor público sejam substancialmente menores, como demonstra Carraro (2014) ao comparar os gastos com compras no setor público e no privado.

Dessa maneira a escolha da utilização da estrutura privada pode implicar em aumento substancial dos custos (Guerra Jr *et al.* 2004). O modelo terceirizado implica indiretamente no pagamento por todas as atividades que em outros modelos seriam de responsabilidade do Estado. Isto significa, em outras palavras, arcar com os custos de remuneração de todos os entes privados lucrativos envolvidos no processo para prestação de serviços ao longo de todas as etapas. Além disso, ao se pagar por medicamentos dispensado unitariamente, perde-se ainda o poder de escala do Estado enquanto comprador. Na seção seguinte, estas questões serão aprofundadas.

5.5.4 Custos

Desde seu início, o PFPB suscitou questionamentos quanto aos resultados obtidos frente aos recursos investidos, ainda mais quando se considera a existência de outra política pública com objetivo similar – a AFAB. Isso se tornou ainda mais evidente com a implementação do ATFP e sua rápida expansão, devido ao modelo terceirizado, ao pagamento por medicamento dispensando de maneira unitária e aos altos preços cobrados pelos medicamentos no varejo farmacêutico no Brasil.

Para a discussão destas possibilidades, ou seja, para que seja possível determinar se o programa é mais custoso ou não ao poder público, são úteis análises econômicas das políticas implementadas.

Dentro das análises econômicas em saúde, uma medida bastante utilizada é a custo-efetividade. Segundo Silva (2003), as Análises de Custo-Efetividade (ACE) são metodologias de síntese, baseadas em avaliação microeconômica. Em saúde, as ACEs comparam as diferenças de custos com as diferenças de consequências, ou desfechos. No caso do PFPB e da AFAB, em geral as ACEs realizadas até o

momento comparam os custos envolvidos na aquisição de medicamentos e com o preço final obtido pelo poder público nesta aquisição (desfecho). Nem todos os estudos que apresentamos nesta seção se tratam de estudos de custo-efetividade. Os que se enquadram nesta categoria serão discriminados.

Um primeiro ponto que deve ser destacado de antemão são os indícios de que, os preços cobrados no varejo farmacêutico brasileiro são relativamente altos, bem como a margem de lucro das farmácias. Considerando que o PFPB se baseia nos preços do varejo Dois estudos levantam esta possibilidade. Nóbrega *et al.* (2007) mostraram que para 132 medicamentos presentes nas listas de medicamentos do Brasil e da Suécia, os preços foram em média 1,9 vezes maiores, apesar de em 45,5% dos casos os preços no Brasil foram menores. Além disso, os preços de 94 medicamentos no Brasil foram em média 13,1 vezes maior do que em lista de um guia internacional de preços. Apesar dos autores destacarem que uma média maior era esperada, devido ao fato de ser uma comparação de preços no varejo no Brasil) com preços a granel na lista (que não inclui diversos custos de produção), isto por si só não explica a grande diferença. Em outro estudo, Barberato-Filho & Lopes (2009) mostraram que a margem de lucro de farmácias, considerando-se o preço máximo ao consumidor (PMC), pode ficar entre 98-199%, 44 e 57% e 49-236% para medicamentos genéricos, referência e similares, respectivamente.

Com relação ao FPRP, um estudo comparou custos do programa com os do Programa Farmácia de Minas. O estudo concluiu que dentro do elenco de 53 medicamentos comum entre os dois programas o preço unitário por medicamento cobrado aos usuários do FPRP, que em tese equivale aos custos de dispensação envolvidos (aquisição, distribuição e logística), é na maioria das vezes (49 em 53) superior aos custos do Farmácia de Minas para disponibilizar gratuitamente os mesmos medicamentos a seus pacientes. As diferenças de preço podem chegar a mais de 8 vezes (Garcia *et al.* 2012). Entretanto, não é possível concluir as razões destas diferenças, que podem ir desde um processo de compra menos eficiente no FPRP até um sistema logístico que envolve maiores custos. Vale ressaltar também que essa comparação não pode ser generalizada para toda a AFAB no Brasil, uma vez que o Farmácia de Minas a organiza e estrutura de que a maioria dos estados e municípios conseguem fazer.

As dúvidas de que o ATFP possivelmente gastava muito mais do que outras modalidades de provisão pública em função da gestão terceirizada ganharam força principalmente a partir da divulgação do resultado de uma auditoria realizada pelo TCU no ano de 2011, tendo se tornado uma das principais polêmicas envolvendo o programa. O relatório, entre outras importantes questões levantadas, concluiu que o VR pago pelo MS às farmácias por medicamento dispensado era muito superior à mediana do valor unitário pago por 26 secretarias municipais de saúde pelos mesmos medicamentos em licitações. As diferenças positivas encontradas (12 entre 13 medicamentos) variavam de 14% a 2507%, sendo que os medicamentos com maiores diferenças são medicamentos amplamente disponíveis no mercado farmacêutico e de grande utilização para doenças crônicas (captopril, enalapril, atenolol, glibenclamida, propranolol, hidroclorotiazida, metformina, entre outros). O único medicamento mais barato no ATFP apresentou diferença de apenas 15% para o preço de aquisição das secretarias. A média de variação de preços entre os medicamentos foi de 814% (TCU, 2011).

Apesar dos fortes indícios apontados pelo TCU de que o PFPB era mais custoso que a AFAB, ainda restavam dúvidas se esta relação desfavorável para o programa persistiria caso fossem incluídos na análise os gastos governamentais indiretos da AFAB, como infraestrutura, manutenção e logística. Esses custos encontram-se embutidos no VR pago pelo MS no ATFP às farmácias. Entretanto na AFAP eles são de responsabilidade dos municípios e não haviam sido considerados no cálculo realizado pelo TCU, que estimou o gasto público apenas baseado na aquisição

Mais recentemente, duas análises de custo-efetividade confirmaram que mesmo considerando os custos indiretos da AFAB, o ATFP ainda é sensivelmente mais custoso. O primeiro deles (Carraro, 2014) estimou os gastos totais para a dispensação dos mesmos medicamentos analisados pelo TCU. Considerou-se para as estimativas, dados de 12 municípios das quatro regiões brasileiras. Os cálculos levaram em consideração o volume financeiro empregado para as compras, bem como o gasto operacional unitário. Este atribui e embute um valor relacionado às despesas de pessoal, despesas gerais de manutenção e despesas de depreciação em cada unidade de medicamento dispensada. O gasto operacional unitário variou de 3 a 12 centavos de real entre os municípios, com média de 6 centavos. A

diferença do gasto total médio por unidade farmacotécnica no ATFP foi 150,1% maior que na AFAB, variando de -15% à 669%.

Identificou-se também que entre 27 medicamentos analisados, em 25o valor de compra na AFAB foi menor do que o valor de compra das farmácias privadas junto aos fornecedores, diferença que chegou até 8,8 vezes. A autora (Carraro, 2014) atribui aos custos mais elevados uma série de elementos com possível influência, que vão desde o tipo de fornecedor e volume de compras até custos logísticos e características diferenciadas dos produtos comercializados em farmácias comerciais (como embalagens e apresentações).

Considerando-se apenas o VR e o valor de compra das farmácias, identificou-se também que para 13 dos 25 medicamentos analisados, o VR pago pelo MS às farmácias é superior ao valor de compra destes estabelecimentos. Isso ocorre principalmente com os medicamentos do SNTF (Carraro, 2014). Importante destacar que quase metade dos medicamentos tiveram valor de compra superior ao VR e que houve grande variação entre as diferenças. Isso significa que podem existir medicamentos que geram maior retorno financeiro para os estabelecimentos financiados, enquanto outros podem até mesmo gerar prejuízo.

Por fim, analisou-se a diferença no custo-volume, isto é, a diferença global entre valor de aquisição e VR considerando o volume de consumo de cada medicamento. O resultado foi que, de uma maneira global, o VR foi 34,2% maior do que o valor de compra pelas farmácias comerciais. A autora destaca que deste percentual, as farmácias ainda têm que deduzir tributos, gastos operacionais e margem de lucro.

O outro estudo (Silva, 2014) baseou-se nos valores de compra praticados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e nos gastos com recursos humanos, contratos e serviços e equipamentos e materiais para a comparação com os VRs do ATFP. O elenco comum entre a AFAB no município do Rio de Janeiro e o ATFP totalizou 25 medicamentos. Considerando o VR máximo pago pelo MS (descontado o copagamento) e descontando-se os impostos incidentes sobre as farmácias, os medicamentos da SMS custaram em média 254,9% ou 3,5 vezes a menos, porcentagem superior ao estudo anterior. Essa porcentagem variou de -73% a 1325,8% (entre -0,3 vezes a 14,3), sendo que

apenas 5 medicamentos apresentaram variação negativa (VR menor que custos da SMS).

Os valores de custo por unidade farmacotécnica encontrados neste trabalho foram em média 235,2% inferiores aos encontrados por Carraro (2014). O autor argumenta que estas diferenças podem ser consequência de um maior porte populacional da cidade do Rio de Janeiro em comparação com os municípios utilizados como amostra no estudo anterior, implicando em diferentes volumes de compra, além outros aspectos relacionados às metodologias de custeio aplicadas nos trabalhos (Mendes, 2014).

Por fim, o trabalho ainda simulou quais seriam os custos da SMS-RJ caso esta pagasse por unidade farmacotécnica o VR do ATFP. Nesse cenário, o setor público teria gasto no ano de 2012 ao invés de 28,5 milhões de reais, 124,2 milhões, um valor 333,5% maior. A segundo fez a estimativa inversa, de quais seriam os custos do ATFP se o valor pago pelo MS fosse o mesmo da SMS (Mendes, 2014).

Apesar das diferenças metodológicas e de amostras, ambos os estudos confirmam a hipótese de que o ATFP é menos custo-efetivo que a AFAB.

5.6 Disponibilidade

A disponibilidade, como referido na seção 4.6, é além de um indicador importante de efetividade, também uma consequência direta de ações anteriores relacionadas a mecanismos de organização, gestão e financiamento. Como visto anteriormente, as duas modalidades do PFPB adotaram diferentes mecanismos de organização, gestão e financiamento, tanto entre si, quanto quando comparadas à AFAB. Analisar a disponibilidade dos medicamentos no FPRP e no ATFP permite entender parte do resultado dessas diferentes opções.

No FPRP o modelo adotado foi de uma rede de farmácias estatais, com o MS financiando através de incentivo para a instalação e manutenção das unidades, e a Fiocruz realizando com recursos próprios a aquisição e distribuição dos medicamentos, e com gestão das unidades e contratação de pessoal pelos estados, municípios e entidades parceiras. Vale destacar que a gestão desta modalidade do

programa é totalmente pública. Alguns estudos mostram a alta disponibilidade de medicamentos nas farmácias da rede própria.

O primeiro deles identificou em duas farmácias populares da rede própria, uma no DF e outra no RJ, disponibilidade de 95% e 100% de 21 medicamentos traçadores, respectivamente (Ferreira, 2006). Em estudo envolvendo mais unidades espalhadas pelo Brasil, Santos-Pinto *et al.* (2010) mostrou que no ano de 2007, em 25 farmácias da rede própria, a disponibilidade de medicamentos para hipertensão e diabetes também foi alta. Entre os quatro medicamentos analisados, a disponibilidade foi de 100% para três e 96% para um deles. Resultados similares também foram encontrados por Bertoldi *et al.* (2012). Em quatro municípios gaúchos entre 2008 e 2009, a disponibilidade dos 36 medicamentos dispensados pelo programa foi superior a 91%, sendo superior a 97% em duas das cidades.

Já no ATFP, o modelo utilizado é totalmente terceirizado, ficando as farmácias comerciais responsáveis por todas as ações relacionadas à gestão e são remuneradas por medicamento dispensado pelo MS. Apenas um estudo avaliou a disponibilidade de medicamentos no ATFP. No mesmo estudo citado anteriormente (Santos-Pinto *et al.* 2010), em 25 farmácias comerciais conveniadas a disponibilidade de quatro medicamentos para hipertensão e diabetes foi de 100%.

Apesar de não existirem muitos estudos específicos sobre a disponibilidade de medicamentos no ATFP, podemos assumir que esta deve ser bem parecida com a disponibilidade geral de medicamentos nas farmácias comerciais, uma vez que o programa se utiliza de toda a estrutura física e logística do setor privado. Assim é útil também analisarmos estudos sobre a disponibilidade de medicamentos nesse setor, fora do âmbito do ATFP. De uma maneira geral, podemos afirmar que a disponibilidade é alta.

Entre os anos de 2000 e 2001, em 21 farmácias comerciais do estado de Minas Gerais, Guerra Jr. *et al.* (2004) encontrou uma disponibilidade média de 81,2% para os 21 medicamentos traçadores. Desses 21, apenas 6 tiveram disponibilidade abaixo de 90%, sendo que parte deles eram de medicamentos geralmente pouco encontrados nas farmácias comerciais, como a combinação para o tratamento de tuberculose e a vacina anti-sarampo. Porcentagem mais alta foi encontrada em um estudo de abrangência nacional, em 29 farmácias brasileiras,

onde a disponibilidade média foi de 89,0% entre os medicamentos principais (OPAS, 2005).

De maneira resumida, podemos dizer que em ambas as modalidades do programa a disponibilidade de medicamentos é alta, mesmo tendo sido adotadas diferentes estratégias e mecanismos de gestão. É possível também inferir que tanto no caso do FPRP (onde a gestão fica a cargo principalmente da Fiocruz) quanto no ATFP (gerida diretamente pelas farmácias comerciais) as etapas anteriores à dispensação de financiamento, programação, aquisição, distribuição e armazenamento tem sido de certa maneira cumpridas com mais efetividade do que na AFAB, daí a maior disponibilidade.

5.7 Atendimento, Atenção e Cuidado

As diferenças entre as duas modalidades do PFPB influenciam também na maneira como o cuidado é realizado, e no papel do medicamento dentro da farmácia. Como vimos anteriormente, na rede própria, a estruturação e organização das farmácias demonstram uma certa preocupação com que, diferentemente do varejo farmacêutico, estas se aproximem de estabelecimentos de saúde. Segundo destaca o manual do programa, “o foco das atividades é o caráter humano da dispensação de medicamentos” e “trata-se de ação voltada à atenção à saúde e à educação quanto ao uso correto dos medicamentos”. Junges (2009) aponta que um dos objetivos principais da modalidade é que as unidades sejam modelos de referência na prestação de serviços, na assistência farmacêutica e que sejam referência na prática da atenção farmacêutica.

Com relação a estrutura física, no FPRP observa-se dentro dos modelos padronizados de farmácias, a destinação de espaços específicos para o atendimento, orientação e acompanhamento de pacientes pelo farmacêutico quando necessário (ainda que não obrigatórios e presentes em cerca de 50% das farmácias da modalidade). As farmácias também possuem local destinado à espera dos pacientes para o atendimento que é realizado a partir de senhas, organização que se assemelha de certo modo aos demais serviços de saúde, especialmente na atenção primária. O manual do programa também estimula que as farmácias

disponham de instrumentos para obtenção de informações, como livros, manuais, revistas técnicas e acesso a banco de dados.

Outro ponto importante em que o FPRP se diferencia tanto da AFAP quanto do ATFP é na quantidade de profissionais envolvidos nos serviços da farmácia. Como visto anteriormente, a grande maioria das farmácias possuem dois farmacêuticos, além de auxiliares e assistentes de gestão. A disponibilidade de profissionais qualificados certamente favorece o aumento da qualidade nos processos relacionados ao cuidado e à dispensação, e permite que o foco das farmácias não sejam exclusivamente os processos de gestão e a disponibilização do medicamento.

Para além de uma boa estrutura e da disponibilidade adequada de recursos humanos, o FPRP em si prevê uma série de atividades e processos que visam atingir os objetivos relacionados ao cuidado. O manual fala sobre acolhimento e abordagem ao usuário, orientação ao usuário de medicamentos, atendimento personalizado, acompanhamento e monitoramento do tratamento, educação em saúde, orientação quanto ao direito à saúde e à assistência farmacêutica. Além disso, o mesmo documento também abre a possibilidade que as unidades estabeleçam programas específicos de atenção farmacêutica, mediante aprovação da coordenação do programa.

Ao avaliar o FPRP, Junges (2009) faz alguns apontamentos relativos ao atendimento e ao cuidado. Entre as unidades estudadas, em 90% delas o atendimento acontece em até 10 minutos, sendo que em 60% este é imediato. Cerca de 73% cumprem o fluxo de atendimento preconizado pelo programa. Segundo a avaliação dos fiscais, em 78% das unidades os atendentes são educados e prestam as devidas orientações e em apenas 15% observou-se pouco envolvimento dos atendentes com o usuário.

Em praticamente 100% das unidades os farmacêuticos praticam o atendimento e a orientação aos usuários. Com relação ao tempo destinado às estas atividades, 64% dos farmacêuticos reservam de 1 a 4 horas por dia para o atendimento aos usuários, e apenas 5% dedicam menos de 1 hora para estas atividades. Por volta de 41% dos profissionais relataram ainda que as orientações são fornecidas a todos pacientes, e 56% afirmaram que estas orientações são

repassadas apenas quando solicitadas. No que se refere ao tipo de orientação as mais frequentes são horário de administração, como utilizar o medicamento, armazenamento do medicamento em casa, reações adversas e interações medicamentosas.

Entretanto, apenas 5% dos farmacêuticos entrevistados praticam a atenção farmacêutica, mesmo tendo 97% deles manifestado o interesse em desenvolver a prática e que em 48% dos casos eles acreditassem que teriam apoio do parceiro do programa para tal. Além disso, também foi relatado por 71% que o FPRP proporciona condições técnicas e físicas para a realização da atividade.

Outro ponto relevante com relação ao PFPB como um todo (incluindo o ATFP) é o isolamento das unidades do programa em relação ao restante do sistema de saúde. Apesar do público-alvo do programa serem clientes de planos de saúde, o perfil socioeconômico dos usuários mostra que boa parte deles são oriundos do próprio SUS. Entretanto os dados referentes às dispensações e ao consumo de medicamentos não estão acessíveis ao restante dos serviços de saúde, principalmente a atenção básica. O inverso também acontece, uma vez que nas unidades da FPRP e nas farmácias do ATFP não se tem acesso a nenhum dado dos pacientes, seus prontuários e histórico. Além disso, como o próprio manual do FPRP orienta, as unidades não devem se situar próximas aos centros e unidades de saúde, o que dificulta ainda mais essa integração.

Esse descompasso entre o que acontece nas farmácias e o que acontece nas unidades de saúde certamente dificulta para ambos os lados os processos relacionados ao cuidado, como o acompanhamento, o monitoramento e as intervenções. A questão, entretanto, não se resume à troca de informações. Ao contrário, esta é apenas um reflexo da desintegração do programa aos demais serviços e às equipes de saúde. Isso a princípio, dentro da proposta do programa, não parece ser um problema na medida em que nenhum dos documentos oficiais do programa menciona esta integração como objetivo. Por outro lado, trata-se de uma política pública no campo da saúde, e este distanciamento das demais ações deve no mínimo ser questionado.

No que diz respeito ao ATFP a realidade do atendimento, da atenção e do cuidado pouco difere do que acontece nas farmácias comerciais, uma vez que o

programa utiliza esta estrutura para sua concretização. Essas pequenas diferenças ocorrem por conta de algumas exigências feitas pelo programa, como a proibição de dispensação para terceiros, entrega em domicílio, substituição dos medicamentos de dosagens diferentes das que constam no programa, dispensação em quantidade superior à prescrita (Brasil, 2014b). Entretanto, estes requisitos parecem estar mais ligados ao controle interno do programa, a fim de se evitar fraudes. Além disso, muitos destas exigências já estão previstos em lei e deveriam ser aplicadas a todas as dispensações, o que nem sempre ocorre.

O ambiente mercantil onde ocorre o programa, as farmácias e drogarias, se reflete na percepção da população sobre estes estabelecimentos. Segundo o ICTQ, apenas 11% dos farmacêuticos enxergam estes estabelecimentos como estabelecimentos de saúde. Já entre a população, 16% os enxergam desta forma, 28% como perfumaria e loja de cosméticos, 31% como supermercado e 25% como loja de conveniência (ICTQ, 2014).

Na ausência de estudos específicos sobre o atendimento no ATFP e como este ocorre nas farmácias comerciais, estudos sobre o setor privado trazem elementos importantes para entendermos as questões relativas a esta seção. Em estudo no município de Fortaleza/CE nos anos de 2002 e 2003, Arrais *et al.* (2007) identificou que em farmácias e drogarias o dispensador era o farmacêutico em 23,3% dos casos, sendo que na maioria das vezes esta realizada pelo balconista (57,1%). Segundo os entrevistados, raramente o dispensador orientava sobre como tomar o medicamento (23,5%), reações adversas (6,8%), interações medicamentosas (13,1%), a importância de cumprir o tratamento (14,6%) e cuidados com o armazenamento (11,9%). Em todos os casos, no setor público estas porcentagens foram maiores, ainda que abaixo do esperado.

Em duas cidades do Distrito Federal entre 2004 e 2005, Naves *et al.* (2008) encontrou números parecidos. Nos estabelecimentos visitados por clientes simulados antes de intervenção, 17,8% dos atendimentos foram realizados por farmacêuticos, 53,8% por balconistas e 28,5% por outros trabalhadores não identificados. O trabalho analisou também as orientações dadas aos pacientes que simulavam ser portadores de DSTs. A grande maioria das orientações (74,1%) foi na verdade a indicação de medicamentos, sendo que muito poucos recomendaram

a procura de serviço de saúde (31,5%), o tratamento de parceiros (7,4%) e o uso de preservativos (5,5%). No mesmo estudo observou-se que antes da intervenção, os farmacêuticos recomendavam mais a procura de serviços de saúde e menos medicamentos que os balconistas. Cerca de 48% dos balconistas recebiam comissão por vendas.

De maneira resumida, podemos dizer que o FPRP possui elementos em sua concepção e estruturação que viabilizam que as unidades da modalidade se assemelhem mais a estabelecimentos de saúde e que o foco na atenção seja um pouco mais próximo do usuário. Por outro lado, o ATFP utiliza-se de uma estrutura mercantilizada para sua concretização, funcionando na mesma dinâmica das farmácias comerciais, assumindo por um lado as facilidades logísticas e de gestão e por outras práticas de atenção bem distantes do que é preconizado para atenção básica do SUS. Dessa maneira, o foco é única e exclusivamente a disponibilização do medicamento enquanto insumo, ficando todas as outras dimensões do cuidado e o próprio usuário em segundo plano.

6 RELAÇÕES ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROVISÃO DE MEDICAMENTOS

A criação e evolução do PFPB enquanto uma segunda política pública de Estado para a provisão de medicamentos completou dez anos em 2014. Nas seções anteriores evidenciou-se que se tratam de estratégias que apresentam grandes diferenças entre si, especialmente quando se pensa no *desenho* das duas políticas. Durante este tempo de convivência, pouco se tem abordado sobre os efeitos de uma sobre a outra, as consequências e dimensões das relações entre elas e, principalmente, a influência desta dualidade na situação geral do acesso a medicamentos.

Transformando em perguntas: o que mudou a partir da criação do PFPB? O que há de contraditório e/ou confluyente entre as políticas, em que medida? Como elas tem colaborado para a garantia do direito à assistência farmacêutica, para ampliação do acesso a medicamentos? A partir destas questões e das categorias levantadas nas seções anteriores, nos propomos a analisar *em conjunto* ambas as políticas, no intuito de obter um panorama mais claro dos desdobramentos desse processo e das questões que emergem sobre os rumos das políticas de medicamentos no Brasil.

6.1 Abrangência e Impacto

Após oito anos de expansão via setor privado, hoje o número de pontos de atendimentos na AFAB e no PFPB é praticamente o mesmo. Para o primeiro, estimamos a partir de dados do CNES e de Mendes *et al.* (2014) cerca de 34 mil UBS que dispensam medicamentos, enquanto que para o segundo os dados da SAGE apontam a existência de 33.264 farmácias conveniadas ao ATFP e 532 farmácias na rede própria (FPRP). É possível que a partir de 2015 a quantidade de pontos de acesso no PFPB ultrapasse a AFAB, considerando o ritmo de crescimento de estabelecimentos privados participantes, que já inclui cerca de 43% das cerca de 76.483¹⁵ farmácias e drogarias brasileiras. Como exemplo,

¹⁵ Fonte: ICTQ. Anuário 2014. Mercado Farmacêutico 360°.

apenas entre o 2013 e 2014, cerca de 3700 novos estabelecimentos se conveniaram.

As diferenças ficam mais notáveis quando observamos outros indicadores sobre a distribuição e concentração de estabelecimentos, em termos geográficos, demográficos e econômicos. De um lado, sobre a AFAB, identificamos a partir dos dados de Mendes *et al.* (2014) e da PNAD 2008¹⁶ que: (1) é possível que mais de 90% dos municípios brasileiros possuam UBS que dispensam medicamentos; (2) na medida em que diminui o porte populacional das cidades, aumenta a concentração de pontos de dispensação na AFAB por mil habitantes; (3) a porcentagem de usuários de UBS é maior nas regiões N, NE e S, com tendência de expansão em todas; (4) a porcentagem de usuários de UBS – potencialmente usuários da AFAB – é maior nos menores quintis de renda em todas as regiões.

Por outro lado, no PFPB nota-se que (Emmerick *et al.*, 2015 e Silva, 2014): (1) o ATFP estava presente em cerca de 76,9% dos municípios brasileiros em 2012; (2) a proporção de municípios atendidos pelo ATFP é bem menor entre os de menor porte (menos de 20 mil habitantes – cerca de 54,6%) do que nos de maior porte (84,0%) (3) apesar disso, nos municípios menores, a proporção de estabelecimentos por 100 mil habitantes é maior; (4) A proporção de municípios atendidos nas regiões S, SE (mais de 80%) e CO (63,8%) é bem maior do que nas regiões NE (41,2%) e N (29,1%), sendo que os municípios médio/grandes das regiões S, SE e CO essa proporção chega a quase 100% e nos municípios pequenos das regiões N e NE chega a 16,1% e 25,8%, respectivamente; (5) dentro dos municípios, é possível que também haja grande concentração de estabelecimentos em determinadas áreas.

O que estes dados mostram é, em primeiro lugar, que a quantidade de municípios atendidos pela AFAB é maior que o PFPB, apesar da mesma quantidade de estabelecimentos. Em segundo lugar, a proporção de usuários regulares de UBS é maior nas regiões N, NE e S, o que pode indicar que a AFAB é mais utilizada nestas regiões, enquanto que o PFPB é nitidamente concentrado nas regiões S, SE e CO. Além disso é notório também a maior presença do PFPB nas cidades acima de 20 mil habitantes, apesar de em ambos os casos a concentração de

¹⁶ Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/> . Acesso em 20/02/2015

estabelecimentos por habitantes ser maior nas cidades de menor porte. Apesar de não haver informações mais específicas sobre a AFAB, é de se esperar, a partir dos dados encontrados, que uma proporção maior de municípios menores sejam atendidos pela AFAB. Mesmo as duas políticas tendo mais estabelecimentos por habitantes nos municípios menores, nestes a falta de cobertura do PFPB é grande.

Estas informações poderiam levar à interpretação de que o PFPB *complementa* a AFAB, na medida em que a distribuição geográfica e demográfica mostra perfis relativamente opostos de cobertura. Entretanto, essa aparente relação deve ser relativizada e olhada de outra forma. Em primeiro lugar, é de se esperar que em boa parte dos municípios e regiões, *ambos* os serviços estejam disponíveis, sendo que a situação mais provável nos demais casos seja a de presença da AFAB e ausência do PFPB, e não o contrário. Em segundo lugar, as desigualdades relativas à distribuição geográfica e demográfica das UBS que dispensam medicamentos e de utilização geral de UBS tem dimensões menores do que a do PFPB.

Além disso, os dados relativos ao PFPB devem ser interpretados principalmente a partir do modelo de adesão de farmácias ao ATFP, que segue a distribuição das farmácias comerciais no Brasil, totalmente guiada pelo mercado. Portanto, a maior presença da modalidade nas regiões S, SE e CO, nos municípios de maior porte e em regiões centrais das cidades é consequência *direta* da própria distribuição das farmácias comerciais pelo território, que segue a demanda *comercial* e não as necessidades de saúde.

6.2 Público Alvo e Perfil Socioeconômico dos Usuários

A primeira característica socioeconômica dos usuários dos dois programas a ser destacada é a renda. Na AFAB, tanto a proporção da utilização regular de UBS¹⁷ quanto a de obtenção de medicamentos no SUS aumenta na medida em que diminui a renda (Bertoldi *et al.*, 2009 e 2011; Aziz *et al.*, 2011; Boing *et al.*, 2011 e 2013). Estes dados são significativos, uma vez que em que alguns estudos anteriores (Paniz *et al.* 2008; Aziz *et al.* 2011, entre outros) demonstraram que o maior acesso geral a medicamentos (independente da fonte) está associado a uma

¹⁷ Segundo dados da PNAD. Disponível em www.proadess.icict.fiocruz.com.br

maior renda, e que a maior parte dos gastos em saúde entre os mais pobres são decorrentes de despesas com medicamentos (Garcia *et al.* 2013). Dessa maneira, podemos afirmar que em termos de renda, a AFAB enquanto política tem um caráter progressivo, e tem um papel importante na proteção da população de baixa renda, seja com relação aos gastos (já elevados), seja com relação ao acesso.

Além da renda, também se mostraram associadas à uma maior obtenção de medicamentos pelo SUS cor da pele negra, não possuir plano de saúde e baixa escolaridade (Boing *et al.* 2011; Aziz *et al.*, 2011; Costa, 2014). Por outro lado, Boing *et al.* 2013 mostram que mesmo sendo estes perfis os mais beneficiados pela AFAB, são também estes os que mais sofrem quando os medicamentos não estão disponíveis no SUS. Os dados encontrados pelos autores mostram que cor de pele negra, baixa escolaridade, ser das regiões N e NE, e menor nível de renda estão associados aos casos onde os pacientes receberam prescrição no SUS e não conseguiram obter nenhum dos medicamentos prescritos. Essas informações reforçam ainda mais a importância da política para esses setores da população.

Com relação ao PFPB, a primeira consideração a ser feita é o objetivo expresso no início do programa, porém não reforçado durante o seu desenvolvimento, de atender uma população com renda familiar entre 4 e 10 salários mínimos oriundas do setor privado. Entretanto, não existem condições expressas no programa que restrinjam a utilização a este perfil, que garantam esta segmentação proposta em texto. Todos os estudos encontrados, tanto os que estudaram o FPRP quanto o ATFP, demonstraram que a maior parte da população usuária também é de renda baixa (Bonotto & Colet, 2013; Carraro, 2014). Esta constatação reforça a hipótese de que o PFPB é em parte procurado a partir da falha da provisão pública, uma vez que a AFAB é mais utilizada por usuários de baixa renda.

Entretanto, estes dados não podem ser comparados diretamente aos relativos à AFAB, uma vez que a maioria dos estudos relativos a esta, analisaram a proporção de obtenção de medicamentos pelo SUS de acordo com faixas de renda, o que não é o caso dos relativos ao PFPB. São necessários mais estudos para um maior esclarecimento do perfil de renda dos usuários do programa.

Com relação às outras características, Costa (2014) evidencia que, ao contrário do que ocorre na AFAB, pessoas de pele branca, alta escolaridade e que possuem plano de saúde utilizam proporcionalmente mais o PFPB do que negros, de baixa escolaridade e sem planos de saúde. Estes dados mostram que o programa acaba atingindo estratos populacionais um pouco diferentes, e pode ter caráter mais regressivo.

Com relação à utilização do PFPB pelos que possuem planos de saúde (Costa, 2014), os hipertensos usam o programa mais do que a AFAB (23,3% e 20,8%, respectivamente), o que não acontece para os diabéticos (20,9% e 32,4%). Em ambos os casos a maioria dos usuários compra os medicamentos no sistema privado. Estes dados mostram ainda que, mesmo sendo objetivo do programa atender os que utilizam planos de saúde, a AFAB ainda atende proporção similar ou superior de usuários da saúde suplementar do que o PFPB. Em outras palavras, até quando se considera apenas a população-alvo do programa, seus resultados de utilização são próximos ou inferiores ao da AFAB.

Resumidamente, percebe-se que, de certa maneira, o público das duas políticas apresenta algumas diferenças, sendo as principais o fato do PFPB ser proporcionalmente mais utilizado por brancos, de alta escolaridade e usuários de planos de saúde, perfil oposto aos dos que utilizam a AFAB como fonte de acesso. Entretanto, dada a maior abrangência da AFAB não é possível afirmar se em termos socioeconômicos eles atendem grupos totalmente distintos.

O que pode ser uma hipótese razoável para justificar estas diferenças é de que os usuários do PFPB teriam ao menos dois perfis distintos. Por um lado, o programa atenderia uma população de baixa renda, oriunda do setor público e que não obteve acesso na AFAB, e por outro lado o público alvo do programa, pessoas oriundas do setor privado, de renda baixa ou intermediária, e que obtinham seus medicamentos no setor privado principalmente (mas também no setor público), o que explicaria as diferenças encontradas em termos de resultados.

Novamente, estas diferenças de perfil de utilização poderiam ser outra justificativa para uma possível *complementariedade* entre as políticas. Porém o fato do PFPB ser em parte utilizada por um mesmo perfil socioeconômico de usuários que a AFAB em decorrência de falhas na provisão, apontam em partes para uma

sobreposição entre as políticas. Além disso, pode ser questionável sob o prisma da universalidade que duas políticas públicas com um mesmo objetivo final, a provisão de medicamentos ambulatoriais, tenham perfis de utilização e públicos-alvo distintos, uma vez que isso pode significar a diferenciação entre usuários a partir da utilização dos serviços.

6.3 Proporção de Utilização de Cada Fonte e Migração de Usuários

Um dos indicadores mais esclarecedores sobre a dimensão que ocupa hoje o PFPB e a AFAB entre todas as fontes de obtenção de medicamentos é a proporção de usuários que utiliza cada uma delas.

Os estudos analisados (Costa 2014; Mengue, 2014) mostram que para os hipertensos, a principal fonte de obtenção de medicamentos é a AFAB (entre 45% e 58%), seguida do desembolso direto (entre 26% e 38%) e pelo PFPB (entre 13% e 16%). Entre os diabéticos, as proporções são parecidas – entre 54% e 61% obtém na AFAB, de 21% a 29% por desembolso direto e entre 16% e 19% no PFPB.

A partir disso, pode-se concluir que para estas doenças a AFAB é a principal fonte de obtenção de medicamentos e atende uma população por volta de 3 vezes maior que o PFPB. Vale ressaltar que, principalmente os dados de Mengue (2014) foram coletados bastante tempo após a intervenção SNTP, que ampliou bastante a distribuição de medicamentos para estas doenças no âmbito do PFPB. Mesmo com a forte expansão do PFPB, este ainda é a fonte menos utilizada.

Vale destacar que a realidade é bem diferente quando consideramos outras doenças. Mengue (2014) mostra que apenas 26,7% dos portadores de doença pulmonar obtém seus medicamentos pela AFAB, 8,3% no PFPB e 65% por desembolso direto, sendo que há medicamentos com esta indicação no SNTP.

Para outras afecções de caráter agudo, os dados sobre pagamento por medicamentos, a maioria deles não incluída no PFPB, mostram situação semelhante em termos de proporção de acesso pago. Cerca de 54,8% dos usuários pagaram para obter medicamentos para afecções gastrointestinais, 63,1% para infecções, 70,9% para febre, 77,9% para dor e 81,2% para afecções respiratórias agudas como gripe, resfriado e rinite. Esse acesso pode ter ocorrido tanto no desembolso direto quanto no copagamento no PFPB.

Em outras palavras, ainda que as políticas públicas para a provisão de medicamentos tenham mostrado resultados mais expressivos de cobertura para hipertensão e diabetes, para outras doenças ficam evidenciadas grandes lacunas, restando ao usuário como única opção o desembolso direto.

Outra questão bastante relevante é a origem dos usuários e das prescrições do PFPB. Um dos questionamentos recorrentes ao programa é sobre uma possível migração de usuários da AFAB para o PFPB, dada a coincidência de boa parte dos medicamentos dos elencos, a gratuidade (ou descontos) e ausência de barreiras administrativas para o acesso. Outra hipótese associada, seria a de que o PFPB funcionaria como alternativa de acesso aos pacientes da AFAB que sofram com falhas na provisão. As evidências encontradas reforçam estas suposições.

Com relação à origem das receitas, aproximadamente metade são originárias do setor público tanto no FPRP (Santos-Pinto *et al.*, 2011; Bonotto & Colet, 2013) como no ATFP (Carraro, 2014), o que mostra que muitos medicamentos que deveriam ser obtidos nas UBS são no PFPB. Adicionalmente, cerca de 19% dos usuários do ATFP relataram que *antes* da existência do programa adquiriam os medicamentos no SUS ou em farmácias comerciais no caso de indisponibilidade no setor público e 16% afirmaram que adquiriam exclusivamente no SUS (Carraro, 2014).

6.4 Financiamento

A análise do financiamento das duas políticas é um dos elementos-chave para entendermos a relação entre elas. Isso porque os recursos destinados aos dois programas mostram uma evolução distinta.

O financiamento público da AF no Brasil é feito pelas três esferas de gestão. Os estudos disponíveis mostram que a união tem sido a maior financiadora, seguida por estados e municípios com participação relativamente próximas até o ano de 2009, mas com tendência de aumento de gastos pelos estados e estagnação pelos municípios. Apesar de a União ser a maior financiadora, são os estados os principais compradores de medicamentos, seguidos pela própria União e os municípios (Vieira & Zucchi, 2011 e 2013). Estes estudos apontam também que o

financiamento em termos absolutos para medicamentos tem crescido em todas as esferas.

Outra tendência observada é o avanço na descentralização dos recursos da União, evidenciada pelo aumento proporcional das transferências a estados e municípios e diminuição das compras dentro do orçamento do MS, o que pode ser considerado uma evolução. Todavia, entre os diversos componentes, tem aumentado a proporção de gastos da União com o componente especializado e diminuído com o estratégico e, em maior grau, com o básico (Vieira & Zucchi, 2009 e 2013; Aurea *et al.*, 2011), o que pode apontar para uma alteração de prioridades entre os componentes ao longo do tempo.

Com relação ao componente básico, que é de onde vem os recursos para a AFAB, este é orientado através da pactuação de valores *per capita* que as três esferas têm que destinar para tal fim. Estes valores tiveram uma grande evolução principalmente entre 2005 e 2009, passando de R\$ 1,65 e R\$ 1,00 (união e estados/municípios respectivamente) para R\$ 5,10 e R\$ 1,86. Desde então, apenas a parte dos estados e municípios foi reajustada para R\$ 2,36 em 2013. Observa-se a partir disso que desde 2010 os recursos destinados pela União à AFAB estão estagnados, o que pode ser comprovado pelos dados da SAGE, que mostram que de 2011 a 2014 os recursos investidos pela União têm girado em torno de 1 bilhão de reais anuais. Estes valores têm sido relatados pelos gestores como insuficientes para garantir a provisão adequada (Lacerda, 2013).

Outra questão relevante decorrente da falta de reajuste, é a grande diminuição da participação proporcional dos recursos destinados ao MS para o componente básico dentro de seu orçamento. Utilizando os dados de Mengue (2014) e da SAGE, notamos que em 2010 foram repassados 1,1 bilhão de reais para este componente dentro de um orçamento total de 7 bilhões de reais, o que representa aproximadamente 15,7%. Em 2014 foram destinados 1 bilhão em um total de 11,5 bilhões, aproximadamente 8,7%.

Por outro lado, o ATFP tem tido um crescimento bem mais rápido em seu financiamento, decorrente de sua expansão. Segundo dados da SAGE, o programa passou de 247 milhões de reais transferidos para as farmácias comerciais em 2010 para 2,19 bilhões em 2014. No ano de 2012, os valores destinados pelo MS ao

componente básico foram ultrapassados pelo montante aplicado no ATFP, e em 2014 esses valores já representam mais do dobro do que é destinado à AFAB pela União.

Vale lembrar que aos recursos do MS, se somam as aplicações de estados e municípios. Se tomarmos como base os valores *per capita* do incentivo que totalizam R\$ 10,82 para as três esferas e a população atual, podemos estimar que os recursos destinados à AFAB giram em torno dos 2 bilhões de reais anuais. Ou seja, é bem provável que hoje o orçamento do PFPB seja maior do que as três esferas investem somadas na AFAB.

Estes dados geram fortes questionamentos a respeito das prioridades na condução das políticas de medicamentos. Em favor do PFPB, Pereira (2013) argumenta que o aumento de recursos para o programa não tem impedido o aumento do financiamento da AFAB. Entretanto as evidências mostram uma grande disparidade entre na evolução dos recursos. Enquanto a AFAB tem os valores de responsabilidade da união sem ajuste há quase 5 anos, o orçamento do programa cresce em ritmo exponencial. Não há como negar uma priorização do PFPB e uma concorrência por recursos entre as duas políticas, uma vez que esses são oriundos do FNS e destinado para a aquisição de medicamentos ambulatoriais. Isso se torna ainda mais grave se considerado que a AFAB é uma política mais abrangente e que cobre um número maior de pessoas, como mostrado anteriormente.

Outra questão importante reside no fato de há uma coincidência grande no elenco de medicamentos das duas políticas. No âmbito da gestão municipal do SUS, notadamente subfinanciada e sobrecarregada de demandas, esta questão pode levar aos gestores a se questionarem sobre seu papel, enquanto provedores de medicamentos, uma vez que uma mesma política federal oferta parcela do que ele deve prover, em grande parte com recursos próprios. No município de Porto Alegre em 2014, a rede municipal do SUS parou de ofertar os medicamentos contidos no PFPB, alegando redução de custos¹⁸.

¹⁸ Disponível em: <http://www.correiodopovo.com.br/Noticias/?Noticia=526540>. Acesso em 09/02/2015.

6.5 Gestão, Organização e Custos

Analisar as diferenças entre o PFPB e a AFAB passa em grande parte pelo entendimento das características gerenciais e organizativas próprias de cada uma das políticas. Ao optar por simultaneamente ofertar medicamentos por duas políticas diferentes, as formas de organização e gestão utilizados por cada uma delas são inevitavelmente comparadas, uma vez que formas de operacionalização distintas podem implicar também em resultados distintos.

Antes de qualquer análise mais específica, vale a diferenciação geral entre os dois modelos. De um lado, a AFAB tem seu modelo de gestão fortemente baseado nos parâmetros clássicos de administração direta pelo Estado. Isso quer dizer que o modelo se baseia na divisão de responsabilidades entre os entes federados, na autonomia destes, segue as regras do setor público para a contratação de pessoal e aquisição de bens/insumos, se realiza em grande parte dentro de estruturas públicas que são as UBS. Por outro lado, o PFPB se baseia na terceirização, onde o Estado se convenia à uma rede privada de provisão e remunera o prestador por serviço realizado, no caso, a dispensação. Dessa maneira, as únicas responsabilidades do Estado são a remuneração dos prestadores e a fiscalização das atividades, ficando todas as demais atividades a cargo do conveniado.

A simples existência simultânea destes dois modelos distintos, que carregam em si concepções profundamente diferentes de administração pública, merecem por si só um debate mais aprofundado sobre as contradições inerentes. Isso será mais aprofundado no capítulo seguinte. Por hora, nos ateremos a analisar a realidade dentro da organização e gestão dos diferentes modelos, destacando as diferenças entre eles, decorrentes ou não dos próprios modelos.

Em primeiro lugar, falaremos da seleção. Nacionalmente, como uma das diretrizes da PNM, tem sido elaborada e revisada a RENAME, que é um importante referencial quando se fala na seleção. A lista deve servir enquanto uma referência nacional para elaboração das listas locais, além de nortear a oferta, a prescrição e a dispensação dentro do sistema de saúde.

No âmbito da AFAB, a RENAME não é uma lista obrigatória, na medida em que os municípios têm autonomia para elaborar suas próprias relações municipais, as REMUMES. Isso em certa medida resulta em baixa uniformidade entre os

elencos de cada município. Entretanto, a adoção de um elenco de referência para medicamentos da atenção básica pela União e a utilização de um incentivo para a aquisição (IAFAB) dos medicamentos deste elenco funciona como um mecanismo indutor para que todos os municípios se restrinjam a um determinado grupo de fármacos. Apesar de nem todos os medicamentos da atenção básica incluídos na RENAME estarem neste elenco, todos do elenco estão na RENAME.

Os estudos encontrados (ver tabela 1, seção 4.7) mostraram que, enquanto mecanismos promotores de uma seleção adequada, as listas têm sido bem disseminadas, e tem conseguido em boa medida orientar a prescrição. Na maioria dos casos, proporções de 80% ou mais dos medicamentos prescritos na AFAB estão presentes na RENAME ou nas REMUMES. Os gestores também se referem à RENAME como importante referência para a seleção nos municípios, ainda que esta adesão possa estar mais relacionada aos incentivos financeiros e à demanda do que às necessidades de saúde.

Já no PFPB a lista de medicamentos é mais reduzida, especialmente no ATFP. O FPRP disponibiliza 111 apresentações medicamentosas, e o ATFP 41. Segundo os documentos do programa, a seleção de medicamentos se baseia na RENAME, entretanto nem todos os medicamentos do FPRP estão na RENAME. No caso do ATFP, todos estão incluídos na lista. As diferenças entre os elencos das duas modalidades e a RENAME deixam obscuros os critérios de inclusão no programa, informações que não estão presentes nos documentos oficiais.

Na programação e na aquisição, podemos dizer que no setor público estas se tratam de etapas das mais críticas, uma vez que exigem um conhecimento técnico sobre as maneiras de como planejar e realizar adequadamente a compra de medicamentos, além da necessidade de informações, muitas vezes indisponíveis sobre o consumo de medicamentos em cada localidade. Não foram encontrados estudos específicos sobre a programação. Todavia, existem diversas evidências de falhas relacionados diretamente à esta etapa, como a baixa disponibilidade de medicamentos e a descontinuidade da oferta (seção 4.6), que indicam a possibilidade de que existem problemas em sua realização. O mesmo também pode ser concluído a partir de falhas em etapas anteriores à programação, mas essenciais para que esta seja realizada, como é o caso do controle de estoque, dos

registros sobre consumo, da disponibilidade de sistemas de informação e controle (seções 4.4 e 4.5.4).

No ATFP, a programação e a aquisição, bem como a logística, são etapas que ficam a cargo das farmácias comerciais, a partir do modelo terceirizado. Estas etapas diferem significativamente do setor público, uma vez que no privado não há a necessidade de se comprar com a mesma antecedência requerida nas licitações. É possível, portanto, comprar quantidades menores, gerenciar mais frequentemente os estoques e mantê-los mais reduzidos sem risco de desabastecimento. Entre as farmácias independentes, as compras são geralmente realizadas com distribuidoras, que também ficam responsáveis pela logística, enquanto que para as grandes redes algumas tem seus sistemas próprios de abastecimento ou atuam elas próprias também como distribuidoras. A partir das evidências de alta disponibilidade de medicamentos nas farmácias comerciais e no ATFP (OPAS, 2005; Guerra Jr. *et al.*, 2005; Santos-Pinto *et al.* 2010) é de se esperar que a programação e a aquisição também encontrem menos dificuldades que no setor público.

A aquisição de medicamentos no âmbito da AFAB é, na maioria das vezes, realizada pelos municípios, a despeito da existência de outros arranjos, como os consórcios municipais de compra, ou nos casos onde é pactuada a compra de itens pelo nível estadual, além dos itens de responsabilidade de compra federal. O fato da aquisição de medicamentos no setor público envolver grandes escalas e longos períodos de tempo faz com que, na maioria das vezes, obtenha-se no mercado descontos importantes devido ao grande volume de compras. Vale a ressalva de que nem sempre esta premissa é verdadeira, especialmente nos casos de municípios pequenos que realizam compras sozinhos. De qualquer modo, a utilização da licitação e do ganho de escala são importantes vantagens da AFAB no que tange a melhor utilização do dinheiro público.

Os problemas encontrados nesta etapa são grandes. Elas perpassam por questões técnicas, como a falta de pessoal capacitado e informações para a execução adequada da programação e aquisição; financeiras, como a insuficiência do financiamento e a não realização de repasses por outros entes federados; éticas, como fraudes e desvios de recursos, e formação de cartéis por parte dos fornecedores para elevar o preço; por questões políticas como a falta de articulação entre municípios, baixo protagonismo estadual na organização dos processos e no

auxílio técnico; e ainda por questões de mercado, como o não aparecimento de fornecedores nos processos. Como pontos positivos, podemos citar a existência de experiências bem-sucedidas na melhoria nas condições de aquisição, como por exemplo a partir realização de consórcios intermunicipais ou de uma maior atuação dos estados enquanto organizadores dos processos de aquisição.

No que diz respeito à logística, as informações de Guerra Jr. & Camuzzi (2014) mostram que no setor público esta pode ser de duas maneiras. Na primeira, os fornecedores entregam os medicamentos em CAFs ou farmácias centrais, e posteriormente a administração pública repassa os medicamentos para as unidades de saúde. No segundo, a entrega e/ou o armazenamento em locais intermediários é terceirizado, ficando a empresa contratada responsável pela entrega nos locais de dispensação. No setor público, alguns estudos evidenciaram a diferença de disponibilidade de medicamentos entre CAFs ou almoxarifados e as unidades de saúde, que pode mostrar deficiências nesta etapa. Já no ATFP, como o contrato tem como base a dispensação, subentende-se que a logística está incluída no processo.

Apesar das grandes dificuldades encontradas no setor público nas etapas programação, aquisição e logística, problemas inexistentes no ATFP, o modelo terceirizado do programa implica em custos significativamente maiores. Isso porque, ao remunerar os prestadores diretamente pela dispensação de medicamentos, o Estado em primeiro lugar arca com os custos e com o lucro de diversos atores envolvidos no processo, desde os fornecedores até as farmácias. Além disso, como o pagamento é feito por unidade dispensada, o Estado não utiliza seu poder de compra para obter menores preços. Esta questão tem sido uma das maiores polêmicas envolvendo o programa.

Os estudos de custo-efetividade realizados comparando as aquisições públicas e os preços pagos no ATFP mostram claramente estas disparidades. O estudo do TCU, que não incluiu em seu cálculo despesas com logística e estrutura, encontrou uma média de variação de preços pagos pelo poder público de 814% entre o ATFP e a AFAB (TCU, 2011). Em outros dois estudos que consideraram estas outras despesas, a diferenças entre os preços foi de 150,1% (Carraro, 2014) e 254,9% (Mendes, 2014)

Estes dados levam a um natural questionamento da opção política do poder público pelo PFPB, especialmente quando considerado que o financiamento do MS para o programa já ultrapassa o dobro do que é destinado à AFAB e de que o PFPB atende cerca de 1/3 dos hipertensos e diabéticos. Além disso, mesmo com todas as enormes dificuldades encontradas na AFAB, esta ainda é uma política mais abrangente e econômica.

6.6 Estrutura e Recursos Humanos

Por se realizarem em locais distintos (AFAB nas UBS e PFPB nas farmácias comerciais), existem importantes diferenças entre as duas políticas no que diz respeito às condições estruturais nos locais onde se realizam a dispensação e os demais processos gerenciais e de cuidado relativos à AF.

Nesse sentido observou-se, em primeiro lugar, que a AFAB ainda apresenta nos dias de hoje a precariedade como regra. Os exemplos são diversos. Segundo os relatos encontrados, o espaço físico onde se realiza o atendimento é geralmente reduzido, fazendo com que a dispensação muitas vezes seja realizada através de janelas gradeadas e dificultando qualquer tipo de orientação ao usuário (seção 4.7). O mesmo acontece com o armazenamento. Na maioria das localidades falta espaço físico, mobiliário adequado, controle de temperatura ambiente, refrigeração (seção 4.4). Além disso, diversos locais não possuem acesso à internet ou sistemas informatizados para gerenciamento de estoque e dispensação. Vale destacar ainda que estas dificuldades têm implicação diretas na operacionalização de diversas outras atividades, como a programação, o controle de estoque, e o cuidado.

A carência de recursos humanos também é outro fato marcante na AFAB. Todos os estudos encontrados dão conta de que a ausência de farmacêuticos nas UBS é uma regra. Segundo Mendes *et al.* (2014), apenas 20% das unidades contam com apoio matricial deste profissional. Além disso, mesmo quando estes estão presentes, acabam sobrecarregados por atividades gerenciais, dedicando pouco tempo à dispensação e à orientação dos usuários. Assim estas atividades acabam sendo realizadas por pessoal sem a capacitação adequada.

Apesar de louváveis iniciativas como a inserção do farmacêutico no NASF e mais recentemente o Qualifar-SUS, é possível afirmar que até o momento são

esforços insuficientes quando considerado o panorama nacional. A pouca atenção dada ao problema e os poucos investimentos tem sido uma constante pelos governos de todas as esferas.

Com relação ao ATFP não foram encontrados estudos que avaliassem a estrutura dos estabelecimentos conveniados ao programa, apesar de ser conhecido que nas farmácias comerciais o atendimento é realizado em balcões. As exigências feitas para adesão ao programa não fazem qualquer menção à estrutura, a não ser que estas possuam autorização de funcionamento da vigilância sanitária e sistema de informação com conectividade ao programa, de modo a realizar o controle das operações. De certa maneira, as questões estruturais no ATFP parecem ser consideradas secundárias na própria concepção do programa, uma vez que o objetivo expresso é principalmente a distribuição de medicamentos. Assim, estando o medicamento disponível para os usuários, é menos importante o local onde este é dispensado ou como este é armazenado.

O ATFP exige que as farmácias conveniadas possuam farmacêutico como responsável técnico. Entretanto, os estudos disponíveis sobre o setor privado (Arrais *et al.* 2007; Naves *et al.* 2008; ICTQ, 2014) mostram que em muitos locais é possível que ainda existem muitos estabelecimentos que não contam com este profissional, principalmente em tempo integral. Assim como na AFAB, também foram encontrados relatos de sobrecarga de atividades gerenciais dos mesmos, ficando a dispensação e orientação em segundo plano. Estas atividades são na maioria das vezes realizadas por balconistas, sem a devida capacitação.

O que estes resultados mostram é que a AFAB apresenta no geral uma condição estrutural e de recursos humanos pior do que as farmácias conveniadas ao PFPB. Entretanto, fica evidente que em ambos os casos estes problemas não têm sido tratados como centrais na evolução das políticas. Além disso, a realidade dos locais onde se realizam as políticas públicas de provisão de medicamentos mostram que pouco se tem evoluído na qualificação e dos serviços farmacêuticos como eixo estruturante da atenção, da integralidade e do cuidado.

6.7 Disponibilidade

Se por um lado a AFAB se mostra uma política mais econômica e efetiva a despeito das enormes deficiências estruturais, financeiras e gerenciais apresentadas, por outro lado todas estas questões costumam se refletir, como consequências finais e mais importantes, na disponibilidade de medicamentos nas unidades de saúde e no cuidado prestado.

Entre os diversos estudos que mostram a baixa disponibilidade, destacam-se dois mais recentes, realizados a partir de bases de dados de abrangência nacional, em que pesem quadros melhores terem sido evidenciados em estudos locais. O primeiro mostrou uma disponibilidade média de medicamentos em UBS no Brasil de 58,5% (sem fitoterápicos), sendo que anti-hipertensivos e antidiabéticos tem disponibilidade ainda menor (46,4% e 30,2%). O estudo identificou ainda que melhores condições estruturais e de organização estão associadas a uma maior disponibilidade (Mendes *et al.* 2014). O segundo estudo mostrou que entre os brasileiros que receberam uma consulta no SUS e recebem uma prescrição médica, apenas 45,3% recebeu todos os medicamentos recomendados e 18,7% recebeu parte deles (Boing *et al.*, 2013). Vale destacar também que os estudos incluídos na revisão cobrem uma faixa temporal que vai desde o início dos anos 2000 até 2013, e dentro desse período de tempo não é possível observar uma tendência de evolução.

É neste ponto onde talvez resida a maior vantagem do ATFP com relação à AFAB. Os dados encontrados mostram que a disponibilidade no setor privado como um todo (Guerra Jr. *et al.*, 2004; OPAS, 2005) e também no ATFP (Santos-Pinto *et al.*, 2010) é bem mais alta, com o mínimo a 90%. Esta situação certamente coloca o PFPB como uma alternativa mais garantida de acesso, apesar de abranger uma quantidade menor de usuários. Os impactos da baixa disponibilidade podem ser diversos, indo desde das consequências mais óbvias, como a não realização do tratamento ou da necessidade de despender recursos próprios para que isso não aconteça, até a efeitos mais simbólicos como a deslegitimação da AB como um todo frente à população

Esta situação é utilizada muitas vezes como argumento de *complementariedade* entre as duas políticas, uma vez que os usuários do SUS que

não conseguem obter seus medicamentos na própria unidade de saúde não ficam desassistidos, sendo desta maneira um fato positivo. Entretanto, discordamos desta visão, por duas razões. Em primeiro lugar pela tendência já citada de migração de usuários da AFAB para o PFPB, que aponta para o sentido oposto, para uma certa competição entre as políticas. Em segundo lugar, porque o termo complementariedade evoca uma conotação de uma relação virtuosa; entretanto, se existe esta relação – usuários recorrendo ao PFPB por falhas de provisão na AFAB – ela se dá a partir da falha de uma das políticas, e não por um desenho complementar entre elas. Além disso, a noção de complementariedade acaba, ainda que indiretamente, naturalizando e justificando as falhas na provisão pública.

6.8 Atenção, Atendimento e Cuidado

Lembrando novamente a proposição de Machado (2008), consideramos para nossa análise que o acesso, a organização dos serviços e o URM são os pontos críticos da AF enquanto parte integrante da AB, para a garantia da resolutividade e da reorientação das práticas de saúde.

No que diz respeito à organização dos serviços, como já dito anteriormente, sabe-se que a AFAB apresenta grandes problemas em função da grande limitação de condições estruturais e de recursos humanos capacitados. Dessa maneira, a dispensação fica limitada à mera distribuição dos medicamentos, hipótese reforçada pelos achados de que esta é realizada entre 18 a 90 segundos. Outro reflexo desta situação é a proporção de pacientes que demonstraram conhecimento sobre os medicamentos dispensados e sua utilização. Apesar de parte dos estudos mostrarem bons resultados (acima de 80%), grande parte dos pacientes não sabem como utilizar corretamente os medicamentos que receberam.

Neste contexto, onde nem sequer a dispensação é realizada de maneira orientada, era de se esperar que a prática da atenção farmacêutica também estivesse distante do cotidiano na AFAB. De fato, nenhum dos estudos incluídos neste estudo relatam a implementação desta prática nos serviços. Ainda que possam existir experiências locais, estas claramente são residuais dentro da realidade da AFAB.

Alguns outros indicadores utilizados para avaliar os serviços farmacêuticos quanto ao URM apresentam situação um pouco melhor: a média de medicamentos por prescrição, a proporção de antibióticos e injetáveis nas receitas, a porcentagem de medicamentos prescritos incluídos em listas de medicamentos essenciais, de medicamentos prescritos pelo nome genérico. De certa maneira, mostram que alguns aspectos das políticas de medicamentos, como a utilização da RENAME e genéricos, têm sido bem-sucedidos. Outra questão relevante que diz respeito ao acesso, é a também já mencionada baixa disponibilidade de medicamentos na AFAB, o que prejudica de maneira importante a resolutividade da AB.

No ATFP as condições de atendimento também encontram problemas, uma vez que a organização do serviço está condicionada pela orientação mercantil das farmácias comerciais. Apesar de na estrutura padrão desses estabelecimentos, a dispensação ser tradicionalmente realizada em balcões, algumas questões presentes na AFAB se repetem também nas farmácias comerciais. Apesar do farmacêutico estar mais presente nestes estabelecimentos do que na AFAB, ainda assim o processo de dispensação também é na maioria das vezes realizado por profissionais pouco qualificados (no geral balconistas), poucas orientações são dadas aos pacientes. Além disso, nas farmácias comerciais os usuários do ATFP também viram alvo de práticas mercantis com a chamada “empurroterapia”, onde atendentes recomendam a aquisição de determinados medicamentos em troca de comissões. Outra questão relevante quando se pensa no PFPB é a total desintegração dos estabelecimentos cadastrados com o sistema de saúde. Não há nenhum diálogo, nenhum canal de informação entre o que acontece nas unidades de saúde e nas farmácias.

De modo geral, pode-se afirmar que tanto na AFAB quanto no ATFP, a lógica de atendimento ainda está totalmente focada na disponibilização do insumo, em detrimento do paciente e do cuidado. Apesar da realidade de ambos não ser nada animadora quando se pensa na AF enquanto parte estruturante da AB, estas políticas sofrem de problemas diferentes. Considerando as dimensões da AB que dependem das condições da AF (resolutividade e a reorientação da prática), podemos dizer que o ATFP está mais próximo da primeira, uma vez que o acesso se dá de maneira confiável, e distante da segunda, dado o caráter mercantil dos estabelecimentos, o isolamento dos demais serviços de saúde e a ausência de

atividades de orientação e cuidado. Por outro lado, na AFAB a resolutividade encontra-se altamente prejudicada pela baixa disponibilidade de medicamentos. Já a reorientação das práticas é prejudicada por problemas na organização dos serviços (ausência de recursos humanos capacitados e estrutura física apropriada), em que pese a existência de iniciativas de sucesso.

6.9 Considerações sobre o FPRP

Antes de concluirmos o capítulo, vale a pena retomar alguns apontamentos sobre o FPRP. Como apresentado anteriormente, esta modalidade do PFPB é residual em termos de impacto quando comparada ao ATFP. Entretanto, ao longo do capítulo anterior, observamos que a modalidade em muito se diferencia, algumas vezes de maneira radical, tanto do ATFP quanto da AFAB. Do ponto de vista qualitativo, estas diferenças merecem ser evidenciadas.

Em primeiro lugar, a modalidade tem gestão centralizada pela Fiocruz e MS (programação, aquisição, financiamento e distribuição) e operacionalização na maioria das vezes por parceiros locais (estado, municípios, entidades filantrópicas, universidades). Esta forma de organização difere tanto do ATFP, totalmente terceirizado, quanto da AFAB, sob administração pública, mas funcionando de maneira mais descentralizada. As evidências mostram que etapas problemáticas na AFAB funcionam de maneira adequada no FPRP, com a programação, o financiamento, a aquisição. Uma consequência importante é a alta disponibilidade de medicamentos, diferentemente do que ocorre na AFAB, onde a gestão também é pública.

O sucesso nestas etapas está relacionado também com uma boa infraestrutura e disponibilidade de recursos humanos. O FPRP conta com farmácias planejadas e padronizadas, com áreas de dispensação e atendimento, local de espera, armazenamento, controle de temperatura. Vale destacar que a modalidade recebe recursos específicos tanto para a estruturação inicial das farmácias, tanto para manutenção desta, o que coloca o FPRP em situação bem distinta do que ocorre na AFAB. Além disso, a quase totalidade das farmácias conta com 2 farmacêuticos e mais auxiliares, o que permite um funcionamento mais adequado e, principalmente, qualificado.

Além de pessoal e estrutura adequada, há também uma orientação clara nos objetivos e diretrizes da modalidade no sentido de que as farmácias funcionem como unidades de referência na prestação de serviços farmacêuticos, com estímulo à prática da atenção farmacêutica e foco no usuário e no cuidado. As informações encontradas confirmam que de fato as farmácias do FPRP se assemelham muito mais a estabelecimentos de saúde do que nos outros casos, e que o atendimento e a orientação são feitos de maneira mais qualificada (Junges, 2009) que na AFAB ou no ATFP, ainda que os custos deste modelo não tenha sido estudados. Dois pontos em comum ao ATFP são o isolamento dos demais serviços de saúde e a exigência do copagamento para diversos medicamentos.

Nesse sentido, pode-se afirmar que com atendimento mais qualificado, estrutura adequada e alta disponibilidade de medicamentos o FPRP (Junges, 2009), ainda que uma experiência restrita, aproxima-se bem mais que o ATFP e a AFAB de um modelo de farmácia mais qualificado em termos sanitários e com foco no paciente, com maior potencial de resolutividade e de possibilidade de reorientação das práticas de saúde.

7 POLÍTICAS PROVISÃO DE MEDICAMENTOS FRENTE ÀS TENSÕES POLÍTICAS, ECONÔMICAS IDEOLÓGICAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

7.1 Modelos de Atenção à Saúde e as Questões Centrais

No capítulo anterior, ao analisarmos a evolução da AFAB e do ATFP, um dos quadros que mais nos chamaram atenção foi a situação distinta em que se encontram ambas as políticas. Para aprofundar o entendimento dessa situação dentro de um contexto mais amplo, consideramos essencial localizar nestas diferenças o que há de comum com outros processos em curso no sistema de saúde. O que veremos é que em partes essas questões são atravessadas pelas constantes tensões enfrentadas pelo SUS, que por um lado é enunciado como universal e abrangente e por outro passa por constrangimentos financeiros e por disputas entre diferentes concepções de modelos de atenção em tempos de forte investida econômica-ideológica neoliberal e ensaios de políticas desenvolvimentistas.

Para que se proceda neste debate é necessário, do nosso ponto de vista, enunciar a perspectiva pela qual se pretende analisar essas tensões. Assim, relembramos dois aspectos de nossos referenciais metodológicos. Em primeiro lugar, Baptista & Mattos (2011) apontam que é importante o reconhecimento da implicação do analista com o objeto de pesquisa, o que de certa maneira se afasta das premissas difundidas pela ciência moderna de neutralidade e distância do objeto de estudo. Além disso, Boschetti (2010) destaca que a compreensão de significados e sentidos dentro dos resultados obtidos na análise e avaliação de políticas sociais se dá principalmente a partir referenciais teóricos adotados.

Dessa maneira, a perspectiva de análise que se adota neste capítulo, bem como os referenciais teóricos mobilizados para esta discussão, partem da defesa de um sistema de saúde público, universal, abrangente, redistributivo, capaz de prestar serviços de qualidade, garantir o direito à saúde e enfrentar as profundas desigualdades sociais do Brasil. Assim consideramos importante como ponto de partida não apenas os princípios constitucionais do SUS, mas também a maior parte

dos pressupostos construídos pela Reforma Sanitária Brasileira. Na mesma direção, os referenciais utilizados compartilham ao menos em partes destas visões.

Todavia, os princípios do SUS tem sido constantemente ressignificados a partir de diferentes perspectivas e necessidades, estando assim em constante disputa sobre seus sentidos, objetivos e meios para concretização. Assim, para diminuir essas possíveis ambiguidades e tornar mais claro nosso ponto de partida, recorreremos de início às formulações de Paim (2012) sobre os modelos de atenção à saúde, ou modelos assistenciais.

Segundo o autor, um modelo de atenção pode ser entendido como *uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde*. O conceito de modelos de atenção não deve ser entendido como um molde que deve ser seguido ou rejeitado, ao contrário *indica modos de organizar a ação e dispor dos meios técnicos-científicos existentes para intervir sobre problemas e necessidades de saúde, que podem ser diversos tendo em conta as realidades distintas*. Ainda sobre o conceito, além de se considerar as tecnologias como meio de trabalho, em uma perspectiva estratégica de mudanças no sistema de saúde, devem ser consideradas ainda as dimensões política, gerencial e organizativa como alvos de propostas sinérgicas para este fim (*ibidem*).

Durante a história das políticas de saúde no Brasil, diversos movimentos ideológicos influenciaram na proposição de modelos de atenção que se desdobraram em iniciativas de políticas de saúde. Como exemplos destes movimentos, podemos citar a medicina preventiva, medicina comunitária, atenção primária à saúde, promoção da saúde entre outros. Estes movimentos ideológicos ao mesmo tempo em que elaboraram representações da realidade, também contribuíram para a construção de modelos de atenção à saúde como racionalidades (*ibidem*).

Considerando a conformação histórica do sistema de serviços de saúde no país, os modelos de atenção podem ser classificados entre “modelos hegemônicos”, definidos como *a direção política e cultural exercida por um dado projeto de uma classe ou segmento social acionada para obtenção de um consenso ativo da população*, que nesse caso representam os modelos predominantes no sistema de saúde brasileiro; e “propostas alternativas” (*ibidem*).

Os principais modelos hegemônicos no Brasil seriam o modelo médico e o modelo sanitaria. O primeiro apresenta como principais características o individualismo (centralidade no atendimento de doentes – demanda espontânea ou induzida), a ideia de saúde/doença como mercadoria, a medicalização dos problemas, o privilégio da medicina curativa, o estímulo ao consumo médico, entre outras. Já o segundo, centrado na ideia de intervenção vertical em necessidades específicas baseadas em campanhas ou programas, com foco nos modos de transmissão e em fatores de risco, utilização de tecnologias específicas para cada problema, entre outras (*ibidem*).

Segundo o autor, o modelo médico hegemônico, voltado para a demanda espontânea, *apresenta sérios limites para uma atenção que valorize a integralidade, a efetividade, a equidade e as necessidades prioritárias em saúde*. Por sua vez, o modelo sanitaria, voltado para o atendimento de necessidades que nem sempre se expressam em demanda *tem enfrentado dificuldades para a promoção e proteção à saúde, bem como na prestação de uma atenção de qualidade, integralidade, equidade e efetividade* (*ibidem*).

Nesse sentido, desde a 8ª CNS se discutem questões decorrentes dos esforços da implantação do modelo sanitaria, como as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a inadequação dos serviços face às necessidades, a qualidade insatisfatória e a ausência de integralidade nas ações. Dessa forma, diversas iniciativas têm sido empreendidas no sentido de superar os limites dos modelos hegemônicos e construir propostas mais coerentes com a Reforma Sanitária Brasileira, como por exemplo a oferta organizada, o acolhimento, as linhas de cuidado, a estratégia saúde da família, a distritalização, a promoção da saúde, entre outras (*ibidem*).

Assim, dentro desse contexto de diferentes modelos de atenção e na perspectiva da consolidação de um sistema de saúde universal e de construção de propostas alternativas aos modelos hegemônicos, consideramos algumas questões centrais para o debate qualificado em torno das políticas de provisão de medicamentos no Brasil. É provável que deixemos temas importantes de fora, uma vez que não pretendemos esgotar o assunto neste capítulo, mas sim ampliar os limites do debate sobre as políticas de provisão de medicamentos no Brasil.

A primeira delas é o acesso, que tem sido, ao nosso ver, o centro do debate acadêmico e político, e objetivo prioritário das políticas de medicamentos no Brasil. As formas utilizadas para se avaliar o acesso são variadas. Entre os principais estudos brasileiros, existem aqueles que avaliam a disponibilidade de medicamentos nas fontes de obtenção, o acesso de maneira global, entre outras. Além disso, os estudos podem ser focados em cidades ou regiões, grupos específicos e fontes de obtenção (OPAS, 2005; Guerra Jr. *et al.* 2005; Paniz *et al.* 2008 e 2010; Bertoldi *et al.* 2009 e 2012; Emmerick *et al.*, 2009; Aziz *et al.*, 2011; Helfer *et al.*, 2012; Boing *et al.*, 2013; Costa, 2014). Os estudos que avaliaram o acesso de maneira global ao longo da década de 2000 mostraram que no geral, o acesso a medicamentos no Brasil tem sido similar ou superior a 80% (Paniz *et al.* 2008; Aziz *et al.*; 2011). Mais recentemente, a PNAUM (Mengue, 2014) demonstrou que a prevalência de acesso total a medicamentos para hipertensão e diabetes está por volta dos 95% e para doenças pulmonares crônicas é de 88%, sendo que para todos os casos, a proporção de pessoas sem qualquer acesso é menor do que 1%.

No que pese o leque restrito de agravos analisados¹⁹, é possível concluir que, em conjunto, as diferentes fontes de provisão têm sido extremamente bem-sucedidas em promover o acesso a medicamentos no Brasil, englobando quase a totalidade da população. O necessário reconhecimento deste êxito permite, por outro lado, um olhar mais crítico sobre outras questões. Ao nosso ver, o debate em torno das políticas de medicamentos tem se focado demasiadamente no acesso (há ou não há acesso? Em que grau?), o que acaba ofuscando muitas vezes outros temas fundamentais, na medida em que o objetivo final e enunciado “aumento do acesso” acaba por ocultar o como esse acesso se dá. Levando em conta a perspectiva da consolidação de um sistema de saúde universal, público e redistributivo, é necessário lançar luzes sobre outras questões.

Um primeiro elemento seriam os altos e regressivos gastos privados com medicamentos no país. É fato largamente descrito na literatura que, os medicamentos são responsáveis por grande parte dos gastos privados em saúde, com peso maior nas famílias de mais baixa renda (Carvalho *et al.*; 2003; Barros & Bertoldi, 2008; Barros *et al.*, 2011; Boing *et al.*, 2011; Garcia *et al.*, 2013). Outros

¹⁹ No momento de elaboração deste estudo, ainda não estavam publicizados todos os resultados da PNAUM. É possível que novos dados da pesquisa ajudem a elucidar estas e outras questões.

estudos apontam que as políticas de medicamentos no Brasil, especialmente a provisão gratuita através do SUS, têm sido responsáveis por amortecer este impacto, sendo neste sentido políticas de caráter mais progressivo (Bertoldi *et al.* 2009 e 2011; Boing *et al.* 2011; Garcia *et al.* 2013).

Os estudos analisados neste trabalho mostram que entre 63-85% das pessoas tem no setor privado, via desembolso direto, sua principal fonte de acesso (Guerra Jr. *et al.* 2005; Arrais *et al.* 2007; Costa, 2014). As exceções para esta regra seriam nos casos de hipertensão (45-58%) e diabetes (54-61%), onde a AFAB prevalece como maior fonte de acesso (Costa, 2014; Mengue, 2014). Segundo o IBGE, as políticas a provisão pública de medicamentos, em todos os seus componentes (básico, estratégico e especializado), tem impacto financeiro de apenas cerca 10% do total do consumo final de medicamentos no país (IBGE, 2012). Este proporção pode ser ainda bem menor se considerarmos apenas os medicamentos ambulatoriais utilizados na atenção primária. Esta situação, onde o mercado é o principal provedor de medicamentos e o pagamento a principal forma de aquisição, é diametralmente oposta à proposta de um sistema de saúde universal e equitativo, e ao entendimento da saúde enquanto direito. Dessa forma, podemos considerar que os gastos privados com medicamentos são talvez, a principal questão estrutural a ser enfrentada pelas políticas públicas.

Outro ponto central do nosso ponto de vista, é a qualificação dos serviços farmacêuticos, considerado por alguns autores uma agenda inconclusa (Vieira, 2008; Azeredo, 2012; entre outros). A precariedade estrutural, a ausência de recursos humanos e as falhas na gestão tem colaborado para que no setor público que a atenção e o cuidado relacionados ao uso de medicamentos sejam praticamente inexistentes. No setor privado a realidade não é diferente, pois a forma mercantil de organização destes serviços colabora fortemente para situação similar. Assim, seja no setor público ou no privado, a tônica dos serviços farmacêuticos tem se resumido à mera distribuição de medicamentos. Esse quadro também não condiz com a concepção de que a assistência farmacêutica é parte integrante e inseparável do direito à saúde e um dos eixos centrais para a consolidação de uma atenção básica abrangente, dentro de uma estratégia mais ampla de organização do sistema de saúde.

Por último, a regulação do varejo farmacêutico também é de suma importância. Mesmo considerando a recente aprovação da lei 13021/14 (Brasil, 2014), as farmácias comerciais têm sido de um modo geral reguladas apenas por suas condições sanitárias – sobretudo estruturais, pela presença de profissionais e técnicos prevista em lei e pelo adequado controle de entrada e saída de medicamentos. Entretanto, nestas farmácias ainda prevalece um espírito fortemente comercial, que inclui a venda de itens sem relação alguma com a saúde, a remuneração de balconistas por vendas realizadas, a distribuição territorial totalmente orientada pelo mercado, entre outras estratégias comerciais. Sem contar obviamente, com a enorme distância entre estes estabelecimentos e o restante do sistema de saúde. Esse quadro tem impactos importantes, ainda que tenham sido pouco estudados, se levado em conta que estes estabelecimentos são os principais responsáveis pela dispensação de medicamentos ambulatoriais no Brasil.

Assim, a partir desses eixos centrais, discutiremos nas seções seguintes uma série de temas que colaboram para situar as políticas de públicas de provisão de medicamentos entre as tensões políticas, econômicas e ideológicas que permeiam o SUS nos dias atuais.

7.2 Subfinanciamento

Com relação ao financiamento, alguns autores têm apontado as dificuldades da consolidação de um sistema de saúde universal sem a destinação de verbas suficientes para este fim. Sobre essa questão, Mendes & Marques (2009) consideram que a trajetória de implementação do SUS se deu em um ambiente de tensões políticas e econômicas, onde se observa um duplo movimento permanente e contraditório. De um lado estaria a necessidade de construção da universalidade, *que afirma o direito de cidadania às ações e serviços de saúde, viabilizando o acesso de todos, por meio de defesa permanente de recursos financeiros seguros.* De outro, estaria o princípio da “contenção de gastos”, *uma reação defensiva que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica, na qual a diminuição de despesas públicas é o instrumento-chave para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista e a manutenção do alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal.* Este último princípio estaria diretamente ligado à política econômica nos anos 1990 e 2000. Logo, a defesa do primeiro passaria

pelo embate aos ditames desta política, a partir da defesa da garantia de recursos financeiros.

Como efeito dessa política econômica, implementada pelo governo FHC e mantida durante os governos Lula e Dilma, Mendes (2012) assinala que desde a criação do SUS, já sob a hegemonia destas políticas, uma série de ações no sentido de restringir o orçamento da saúde ocorreram. Entre elas, a criação da desvinculação das receitas da união (DRU) em 1994; a aprovação da CPMF, mas com simultânea retirada de recursos de outras fontes; a aprovação da EC-29 em 2000 sem definições claras sobre o que seriam ações e serviços de saúde e sem esclarecimento da origem dos recursos para a seguridade social; investidas da equipe econômica do governo Lula para introdução no orçamento da saúde despesas de outros setores; pendência na regulamentação da EC-29 entre 2003 e 2011; e manutenção do método de cálculo da participação federal após a regulamentação desta.

O resultado é que por durante todo esse período, as despesas federais em saúde em proporção ao PIB e das receitas correntes brutas da união (RCB) se mantiveram constantes (Machado *et al.*, 2014), ou seja, o governo federal gasta proporcionalmente o mesmo durante toda a trajetória do SUS. Já quando se considera as despesas de saúde de todos os entes federados pode-se observar um aumento global do financiamento, apoiado no aumento da participação de estados e municípios, resultante principalmente da aprovação da EC-29. Entre 2000 e 2011 a destinação de recursos para a saúde passou de 2,9% para 3,9% do PIB. Mesmo com este aumento, o Brasil ainda destina em gastos públicos proporção pequena de seu PIB quando comparado a outros países com sistemas universais (Piola *et al.* 2013). Além disso, a estrutura de financiamento da saúde ainda passa majoritariamente pelos gastos privados, especialmente quando se trata de medicamentos.

Sobre os impactos do subfinanciamento na AB, Rizotto *et al.* (2014) destacam que a *insuficiência de recursos financeiros, com sobrecarga dos municípios em relação aos custos da assistência, bem como os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal*²⁰ são fatores determinantes da baixa

²⁰ A Lei de Responsabilidade Fiscal também pode ser considerada um dos instrumentos de ajuste fiscal e contenção de custos no contexto citado no início da seção.

capacidade dos municípios na gestão da força de trabalho desde a contratação e, conseqüentemente, na composição e distribuição das equipes e fixação dos profissionais para cobrir as demandas dos serviços.

Na AFAB, como pudemos observar neste estudo, ainda que o financiamento de medicamentos no SUS tenha crescido ao longo dos anos, em termos absolutos e dentro da proporção total gasta pelo MS, esse aumento tem sido liderado principalmente pelos medicamentos de alta complexidade, no componente especializado. Ainda que o financiamento do componente básico por parte do MS tenha também aumentado desde o início dos anos 2000, observa-se nos últimos anos uma diminuição da participação deste componente no total investido em medicamentos, devido principalmente ao período de quase 5 anos sem reajuste na parte de responsabilidade do governo federal. Nesse sentido, a pressão sobre o aumento de financiamento para esses medicamentos tem recaído principalmente sobre estados e municípios, tendência que não foge à regra das demais dimensões da atenção básica.

O constrangimento do subfinanciamento à AFAB não deve ser entendido apenas como relação totalmente direta ou automática. Se por um lado a falta de recursos é um dos fatores que impedem a expansão dos elencos de medicamentos e colabora de maneira decisiva para o quadro de baixa disponibilidade, descontinuidade da oferta e desabastecimento, por outro as conseqüências do subfinanciamento na AFAB também respingam nas condições estruturais e nos próprios problemas de gestão, por conta do quadro geral de precariedade que atravessa diversas dimensões da política.

Ainda que as dificuldades na gestão possam aparentar, sob um primeiro olhar, questões de outra ordem, ao analisar a AFAB, percebemos que diversas condições relacionadas à baixa qualificação dos serviços influenciam nas etapas de programação e aquisição. O controle de estoque ineficaz ou ausente, a falta de condições estruturais de armazenamento, a baixa capacitação e escassez de profissionais, a grande deficiência nos sistemas de informação são questões certamente influenciadas pela falta de recursos para a qualificação dos serviços farmacêuticos.

Aliás, podemos afirmar sem enganos, que o principal reflexo da falta de recursos para AFAB são as terríveis condições estruturais e a falta de recursos humanos que impactam diretamente nos serviços prestados. Se por um lado estes fatores dificultam os processos de programação e aquisição, mas sem os interromper, por outro lado interditam qualquer possibilidade de prática de atendimento e cuidado que coloquem a AFAB em consonância com a proposta de uma atenção básica abrangente, integral, centrada no paciente.

A vontade política de gestores e governos e a destinação de recursos para qualificação da AFAB andam lado a lado. Em um contexto geral de financiamento restrito na saúde, onde muitas vezes diferentes setores “competem” por recursos escassos, com grande sobrecarga de estados e municípios, a existência de experiências locais ou regionais bem-sucedidas que avançaram no enfrentamento destes problemas mostram que a sensibilização dos governos é central para que a qualificação da AFAB seja uma prioridade, inclusive financeira. É o caso por exemplo, do Programa Farmácia de Minas e da própria modalidade FPRP, que possui financiamento específico para a para estruturação e contratação de pessoal.

Nesse sentido, vale a crítica ao papel do governo federal, que deveria ao menos ter um papel indutor em termos de elaborações políticas específicas, na busca de soluções e mobilizador do debate público. A qualificação dos serviços farmacêuticos é definida na PNAF, há 15 anos atrás, como um dos eixos estratégicos da política. Como os próprios gestores federais admitem (Azeredo, 2012), está é uma agenda inconclusa. Durante muitos anos, nenhuma linha de recursos específica foi destinada para o enfrentamento dos problemas que nos referimos, mesmo com as inovações legais nos mecanismos de financiamento. Esse quadro começa a mudar timidamente apenas com iniciativas mais recentes (e louváveis) como o Qualifar-SUS. Mas, novamente, vale destacar, estas contam com recursos reduzidíssimos dentro do orçamento da AFAB e abrangem apenas uma pequena quantidade de municípios.

Ainda no que toca ao financiamento, a grande dicotomia que se observa ao analisar a AFAB e o PFPB é que o último passa por situação oposta ao primeiro. Se por um lado o subfinanciamento tem grandes impactos na AFAB, esta realidade passa longe do PFPB. Como destacado, em contraste do que ocorre na primeira, o montante destinado ao programa cresce de maneira explosiva. Uma primeira

conclusão que se pode tirar dessa situação é a evidente priorização de uma política frente a outra. Outra é que se por um lado o subfinanciamento ajuda a explicar a situação atual da AFAB, o mesmo não ocorre para o ATFP.

Assim, considerando as pressões pela contenção de custos no financiamento do sistema de saúde, importantes questões se colocam: o que justifica a forte expansão do financiamento do ATFP? Porque o programa conta com recursos crescentes, sendo que a AFAB ainda carece de muitos investimentos? Estas perguntas se tornam ainda mais relevantes considerando as evidências da baixa custo-efetividade e reduzida abrangência do programa. Estes fatos inclusive, apontam para a possibilidade de que esta priorização possa estar relacionada a outros fatores que não a mera comparação dos resultados entre as políticas. Nesse sentido, pretendemos nas seções seguintes, mais do que trazer respostas definitivas, trazer outros elementos para a reflexão sobre estas questões.

7.3 Modelos de Gestão

Para além das tensões em torno do financiamento geradas pela política de contenção de custos, a política econômica implementada a partir dos anos 90 trouxe também questões para a gestão pública como um todo, incluindo o sistema de saúde. Além de um rígido controle fiscal, pregava-se a necessidade de se redefinir o papel do Estado, de modo que os esforços deste se concentrassem em consideradas tarefas fundamentais (lei e ordem, infraestrutura, serviços básicos) abrindo espaço para uma maior participação de entes privados em ações e serviços que não mais deveriam ser prestados pelo poder público. Nesses casos, o Estado deveria ter um papel principalmente financiador e regulador (Rizotto, 2000).

Sob forte influência (técnica, política, financeira) de organismos internacionais, estes princípios se materializaram no Brasil principalmente a partir da reforma do Estado. Esta teria quatro objetivos principais: a delimitação do tamanho do Estado, a redefinição de seu papel, a recuperação da governança e o aumento da governabilidade. Nesse contexto, seriam simultaneamente necessários à reforma “o ajustamento fiscal duradouro, as reformas econômicas orientadas para o mercado, a reforma da previdência social, a inovação dos instrumentos de política social” (Presidência, 1995 *apud* Rizotto, 2000), o que demonstra claramente que a

reforma estava profundamente articulada com uma perspectiva política, econômica e ideológica mais ampla, articulando todos esses setores.

As principais ferramentas para viabilizar a reorientação do Estado seriam a *privatização*²¹, *por meio da venda de ativos públicos, que “não deveriam mais permanecer no setor público”*; a *“publicização”*, ou *transformação de órgãos estatais em “entidades públicas não-estatais”, de direito privado e sem fins lucrativos*; e a *terceirização, que seria a contratação de serviços prestados por terceiros*. Assim, ao poder público permaneceria a *responsabilidade pela formulação e acompanhamento de políticas públicas* (Rizotto, 2000).

Seguindo essas orientações, e na perspectiva da “administração gerencial”, onde o Estado deveria se afastar do campo da prestação e produção de bens e serviços e se concentrar na função reguladora (*ibidem*), diversas ações concretas no campo da saúde foram desenvolvidas a partir de então. Do ponto de vista da gestão, ponto que nos interessa nesta seção, novos arranjos jurídicos vêm sendo desenvolvidos até os dias de hoje, dando concretude a essas diretrizes. Como aponta Cardoso (2013), é o caso das Organizações Sociais (OS), criadas em 1998; dos entes públicos de direito privado, como as fundações estatais e empresas públicas, mais comuns a partir de meados da década de 2000; e as parcerias público-privado (PPPs).

A defesa destes modelos de gestão estaria ligada, para além do contexto da necessidade de redução de atuação do Estado na prestação de serviços, às justificativas de que os mecanismos da administração direta são pouco flexíveis para a gestão dos recursos financeiros e humanos, devido a questões como a necessidade das licitações e de concursos públicos, o que levaria a uma ineficiência deste modelo. Não pretendemos aqui entrar no mérito dessas questões. Entretanto, o que vale ser destacado é que o debate ao redor dos modelos de gestão é permeado não apenas por questões técnicas, mas também por fortes elementos ideológicos.

²¹ Como destaca a autora, diversos mecanismos tem sido utilizados para a privatização dos serviços públicos: *transferência ou venda de estabelecimentos públicos para a iniciativa privada, a estratégia do seu afastamento progressivo em ações específicas (privatização implícita), a redução da oferta de serviços, reconduzindo a demanda para o setor privado (privatização por atribuição), até o financiamento público do consumo de serviços privados e a desregulamentação, que permite a entrada do setor privado em setores que antes eram monopólio do Estado* (Rizotto, 2000).

Assim, a tônica hegemônica dada ao debate, que não se restringe aos modelos de gestão, mas a toda dinâmica da articulação entre público e privado no sistema de saúde, tem sido direcionada não pelo embate de ideias, mas principalmente pela naturalização e diluição das fronteiras entre público e privado, tornando a forma ou mecanismo de prestação de serviços questões menos importantes. Nesse sentido, Bahia (2011) aponta que *a adoção especialmente a partir da segunda metade dos anos 1990, de um vocabulário técnico-gerencial, não mais marcado pelas oposições clássicas entre público e privado ou estatal e privado, mas pela “convicção” sobre a virtuosa relação entre Estado e mercado, trouxe consigo novas conotações para o público e para o privado.*

Esta naturalização segundo Sestelo *et al.* (2013) se basearia na noção difundida por organismos internacionais de mix público/privado, *que toma sem distinções qualitativas os elementos públicos e os privados do sistema de serviços de saúde.* Essa não diferenciação seria uma armadilha conceitual, na medida em que subordina o primeiro ao segundo. Ainda que o foco do estudo do autor tenha sido a produção acadêmica sobre saúde suplementar, essas reflexões nos parecem pertinentes para o tema aqui abordado.

Vimos neste trabalho que a AFAB e o ATFP possuem modelos radicalmente diferentes de gestão. Enquanto o primeiro se enquadra nos mecanismos tradicionais de administração direta pelo Estado, o segundo está entre os modelos privatizantes de uma maneira geral. Pode ser visto como uma PPP, na medida em que o setor público é o comprador dos serviços disponibilizados (Aragão-Junior, 2012); como uma terceirização na medida em que o Estado contrata um serviço prestado por terceiros, transferindo a responsabilidade de diversas etapas para estes (Guerra Jr. & Camuzzi, 2014); ou ainda como uma das formas de privatização descritas por Rizotto (2000), na categoria de financiamento público do consumo de serviços privados.

Bem mais importante que a classificação do ATFP dentro de uma categoria ou de outra, é a menção de que esta iniciativa representa a primeira vez que as políticas públicas de medicamentos estabeleceram uma parceria com o setor privado na prestação de serviços farmacêuticos e na provisão de medicamentos. Na tentativa de afastar o PFPB dos processos de privatização da gestão, pode ser argumentado em favor que antes do ATFP os serviços hoje incluídos no programa

eram totalmente prestados pelo setor privado. Entretanto, não se pode negar que, na prática, uma atividade anteriormente totalmente realizada pelo Estado na AFAB passa também ser pelas farmácias comerciais.

Nesse sentido, uma consideração importante é que, segundo as definições de Laurell (1996), a mercantilização é a condição básica necessária para a privatização. Segundo a autora, transformar um tipo de serviço em mercadoria é a única forma de torná-lo interessante para o setor privado; no caso do ATFP a dispensação de medicamentos é a mercadoria, que passa a ser comprada unitariamente pelo governo. Em outras palavras, a privatização é viável a partir do momento em que determinado serviço se torna rentável, que a sua prestação possa se constituir uma esfera de acumulação; o que não ocorre quando a prestação do serviço é pública. A especificidade das políticas de provisão de medicamentos estaria no fato de que o que foi mercantilizado não foram as ações relativas à AFAB, mas sim um novo campo de intervenção estatal, a contratação de serviços das farmácias comerciais, levando do ponto de vista da assistência à convivência de dois modelos distintos de provisão.

Todavia, não nos parece realista caracterizar o ATFP como uma ação deliberada de reforma do estado, nos termos propostos na década de 90, dentro de uma política ampla e articulada de privatização dos serviços, seguindo uma orientação direta de organismos internacionais. É evidente a coerência do modelo adotado no ATFP com os princípios gerais de reorientação do papel do Estado, mas não se pode resumir a isso sua implementação. Assim, consideramos mais razoável e explicativo situar a modalidade como uma política que foi implementada dentro de um contexto de hegemonia econômica-ideológica neoliberal, onde seus pressupostos já estariam naturalizados e consolidados nos debates e formulações sobre as políticas sociais.

De maneira resumida, em um contexto de contenção de custos, deslegitimação da capacidade e eficiência da gestão pública direta e naturalização dos pressupostos da reforma do estado, não surpreende que a tentativa de ampliação do acesso à medicamentos via política pública fosse pensada a partir da priorização do mercado frente à prestação direta, sem que essa condição fosse vista como um constrangimento por seus formuladores. Como bem conhecido na história das políticas de saúde no Brasil, não há contradição entre a expansão dos

serviços de saúde e a privatização, seja no passado durante a vigência do modelo de privilegiamento do produtor privado (Oliveira & Teixeira, 1986), seja no presente, onde se verifica a intensificação da privatização do financiamento e da provisão de serviços de saúde (Bahia, 2011).

Este pano de fundo não deve ofuscar algumas questões que ajudam a explicar de maneira mais objetiva a opção pela parceria com o setor privado, mas sim ajudar a entendê-las. Em um contexto em que não há indícios de disposição para o enfrentamento aos problemas estruturais da AF, é inegável que do ponto de vista da ampliação da distribuição de medicamentos, o modelo adotado pelo ATFP permite uma série de facilidades à gestão.

A possibilidade de contornar a complexidade de diversos pontos caros à administração pública, como as compras públicas, a logística, a contratação de recursos humanos, a relação com outros entes federativos e as dificuldades da gestão descentralizada são fatores que certamente tiveram e ainda tem peso importante na preferência pela contratação de prestadores privados no ATFP. Sem desconsiderar o que já foi exposto, vale lembrar que algumas destas etapas são justamente aquelas que sofrem maior constrangimento pelas políticas fiscais em curso e pelo novo papel do Estado (restrições orçamentárias, lei de responsabilidade fiscal, dificuldades para a contratação de pessoal, etc.). Ainda dentro das vantagens administrativas, devem ser citadas o aproveitamento da ampla rede de farmácias privadas existentes como pontos de distribuição e o grande controle central por parte do governo federal sobre as diretrizes, funcionamento e evolução do PFPB.

Se por um lado essas facilidades são reais, cabem duas ressalvas. A primeira delas é que a promessa geral de maior eficiência na utilização de recursos públicos nas parcerias com o setor privado não se concretiza no caso do ATFP. A segunda é que gestão por si só não é um fim, mas sim uma ferramenta para viabilizar objetivos. A adoção desta modalidade como um dos eixos centrais das políticas de provisão de medicamentos tem impactos diretos na assistência, seja na organização da demanda, seja no modelo de atenção. Estes pontos serão discutidos mais adiante.

Retomando ainda o debate em torno do financiamento, as questões levantadas nesta seção ajudam na compreensão do contexto de implementação e legitimação do ATFP pelo lado da gestão. No entanto, apenas a coerência de um modelo gerencial com diretrizes gerais adotadas na administração pública nas últimas décadas e as eventuais facilidades possibilitadas por sua adoção não trazem elementos suficientes para justificar a priorização, do ponto de vista financeiro, de uma política sobre a outra, especialmente no contexto citado de restrição orçamentária.

Explicações mais simplistas poderiam colocar esta priorização apenas como ferramenta de transferências de recursos do fundo público para beneficiar segmentos privados, no caso as farmácias comerciais e drogarias. Todavia, ainda que isso de fato aconteça, tomar o subsídio ao setor privado como fim em si próprio deixa grandes lacunas para o entendimento dos caminhos tomados pela política.

7.4 Mercado Farmacêutico

Uma das características mais marcantes do PFPB consiste na subvenção financeira direta ao varejo farmacêutico, consequência intrínseca à opção de expansão do atendimento através de parcerias com o setor privado. Chamam a atenção não apenas o volume de recursos destinados ao programa, mas principalmente a rápida expansão, os efeitos dos incentivos no mercado e os principais beneficiados destes. Estas questões mostram que o PFPB, para além de um papel assistencial, possui também um papel econômico enquanto intervenção estatal.

Este papel econômico estaria ligado às políticas governamentais para o desenvolvimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS). Este conceito, de forte inspiração desenvolvimentista, tem em sua principal formulação a necessidade de uma articulação virtuosa, analítica e normativa, entre as dimensões da inovação, da base produtiva e do bem-estar social, de modo a orientar a estratégia de investimentos em saúde (Gadelha *et al*, 2012a; p.14).

Esta formulação teórica deriva do diagnóstico de que no setor saúde no Brasil há uma dependência comercial generalizada de importações, cuja maior

expressão seria o crescente déficit na balança comercial da saúde. Esta dependência, já antiga, seria decorrente de políticas macroeconômicas liberalizantes e de deficiências na política industrial, e teria como principais consequências na base produtiva nacional a baixa competitividade e capacidade de inovação. Por outro lado, o setor saúde é uma área dinâmica e de abrangência ímpar, que confere ao Estado grande poder de intervenção, tendo suas ações grande impacto na demanda por serviços e bens e na produção. Para além do papel econômico, a intervenção estatal no setor saúde teria o primordial papel de garantia das condições de saúde, o que implica não apenas na promoção do acesso a bens e serviços, mas também na imputação de limites que protejam a população das estratégias empresariais e comerciais de organizações públicas e privadas. Como solução para estes interesses opostos, o Estado deveria então administrar este aparente conflito utilizando a sua capacidade de regulação, organização da demanda, provisão de serviços e de estímulo à produção para induzir a inovação e orientar os setores empresariais para os objetivos de natureza social e de atendimento das necessidades de saúde (Gadelha, 2003).

Assim, criar-se-ia uma relação sinérgica que apontaria para o enfrentamento da dependência, para melhoria nas condições de saúde e para o desenvolvimento econômico (geração de investimento, inovação, renda, emprego, consumo). Segundo o autor, *“o grande desafio estratégico é justamente o de viabilizar uma expansão e transformação de todo o sistema produtivo da saúde de forma articulada, visando a permitir, a um só tempo, a expansão das ações e serviços de saúde com o desenvolvimento do potencial nacional produtivo e de inovação”* (Gadelha, 2012: p. 177). A saúde, nessa visão, *“passa a se configurar tanto com um objeto da agenda social quanto como um veículo, implícito ou explícito, de desenvolvimento econômico”* (ibidem: p. 178).

Para além de uma formulação teórica, o conceito de CEIS impulsionou a implementação e articulou uma série de políticas públicas para o setor. Gadelha & Costa (2012) apontam como principais exemplos o Programa Mais Saúde ou “PAC da Saúde”, em 2007; o “PAC da Inovação” no mesmo ano; as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo a partir de 2008; o Plano Brasil Maior em 2011; a Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em 2012. Entre os objetivos comuns destas políticas apontados por Gadelha *et al.* (2012: p. 198), destacamos:

reduzir a vulnerabilidade da política social brasileira através do fortalecimento do CEIS; aumentar a competitividade em inovações das empresas e produtores nacionais; promover a substituição de importações; utilizar como ferramenta para estes fins o poder de compra do Estado; entre outros. Estas políticas articulam diversos atores públicos e privados.

Alguns autores têm apontado que o PFPB, principalmente na modalidade ATFP, tem forte articulação com estas políticas. A expansão do ATFP, com investimentos previstos no Programa Mais Saúde, é apontada por Trevisan & Junqueira (2010) como uma ferramenta de ampliação da oferta, com implicações no aumento do consumo de medicamentos entre as classes C e D. Pereira (2013) destaca que o ATFP tem sido um importante impulsionador do mercado de medicamentos genéricos, estimulando a prescrição e o uso e fortalecendo as indústrias farmacêuticas nacionais. Azeredo (2012) argumenta que, dentro da primazia do CEIS como eixo de planejamento na saúde, aspectos assistenciais ficaram em segundo plano. Nesse sentido o ATFP demonstra um importante deslocamento em favor do investimento direto do executivo para o capital privado.

Observando mais de perto os impactos do PFPB no mercado farmacêutico, é possível avançarmos no entendimento das relações entre o programa e as políticas para o CEIS. Como já mencionado, em 2014 o PFPB atingiu marca próxima a 2,4 bilhões de reais transferidos diretamente para as farmácias comerciais. Para além, das cifras, vale destacar a rápida expansão, principalmente a partir de 2011 com a adoção do SNTP. Em apenas 5 anos, entre 2010 quando foram destinados cerca de 247 mil reais e 2014, os recursos cresceram praticamente 1.000%.

A distribuição destes recursos tem como destino principal as grandes redes de farmácias e drogarias. Silva (2014) demonstrou que existe uma concentração de recursos do programa em poucas empresas – os 10 estabelecimentos que mais receberam recursos do programa acumularam 34,1% de todo o montante destinado entre 2006 e 2012. Neste mesmo período, apenas 4 empresas captaram cerca de 22% de todos o montante destinado, sendo que dentro do processo de fusão e aquisição que ocorre atualmente no setor estas se transformaram hoje em apenas duas – Raia Drogasil SA e DPSP SA.

O ATFP tem sido de fato tomado pelo varejo farmacêutico como uma de suas estratégias de expansão e impulsionadores do crescimento. Segundo publicação do Valor Econômico (2014), a modalidade representou 5% do volume total de vendas no varejo farmacêutico, e 9,3% entre as farmácias conveniadas no ano de 2013. Na rede Pague Menos por exemplo, terceira maior do país em faturamento, 35,2% das unidades de medicamentos vendidas são pelo programa, o que representa cerca de 4,5% do faturamento com medicamentos.

Com relação ao impacto do programa no mercado farmacêutico como um todo, Pereira (2013) destaca que o programa tem nele papel impulsionador. Os dados do IMS Health mostram que o programa aumentou o volume de vendas e a participação no mercado privado dos medicamentos incluídos em sua lista, principalmente após o SNTP. Após a intervenção, os medicamentos de hipertensão e diabetes incluídos no programa aceleraram o ritmo de vendas enquanto os não incluídos mantiveram o padrão anterior (Luiza & Emmerick, 2014). Outra tendência observada é o aumento do volume de vendas e de participação de medicamentos genéricos no programa, em ritmo superior ao de similares e de referência (Pereira, 2013; Luiza & Emmerick, 2014). A promoção do mercado de medicamentos genéricos é estratégica dentro das políticas do CEIS, uma vez que representam grande parte do faturamento das empresas farmacêuticas de base nacional (Pereira, 2013).

Outro indício que reforça esta hipótese foi o fato da ação SNTP ter sido negociada diretamente com diversas entidades patronais representantes de laboratórios nacionais e do varejo (Aragão-Junior, 2012).

Um último ponto que merece menção é o fato da implementação do ATFP ter beneficiado também outros segmentos do mercado, como o gerenciamento de benefícios farmacêutico (GBM). Segundo Sousa (2009) a implantação da modalidade criou um novo mercado para estas empresas, na medida em que estas foram contratadas como centralizadoras, recebendo todas as informações relativas ao programa e repassando ao MS. Além disso, a participação das farmácias comerciais no programa obrigaram que as drogarias adotassem os sistemas das empresas de GBM, que anteriormente encontravam dificuldades para que as farmácias o utilizassem. Hoje, empresas como a Vidalink realizam inclusive estudos

de rentabilidade para participação das farmácias no ATFP, indicando aqueles medicamentos mais rentáveis para o comércio no programa (Mattos, 2014).

Entretanto, o papel econômico impulsionador do programa deve ser relativizado. Ainda que o programa mostre uma expansão forte em financiamento e medicamentos dispensados, com grande participação de genéricos, o ATFP tem uma pequena participação no faturamento das grandes redes com a venda de medicamentos, apenas 2,6% em 2013²². Este valor não deve ser maior no geral do varejo, uma vez que como já destacado, o programa é responsável por apenas 5% do volume de vendas. Além disso, o volume de vendas no programa e faturamento não se equivalem, sendo o segundo provavelmente menor, em função dos preços dos medicamentos do elenco serem em geral menores que o restante dos medicamentos comercializados no varejo. Considerando ainda o mercado farmacêutico como um todo, o faturamento no ano de 2014 foi de cerca de 41,8 bilhões de reais²³, enquanto os valores destinados ao programa ficaram em torno dos 2,4 bilhões de reais. Ainda que não tenhamos uma estimativa precisa, é provável que apenas uma pequena parte desses recursos se convertam em faturamento, considerando as despesas envolvidas na produção e comercialização. Essas ponderações podem indicar que o tamanho do estímulo do PFPB ao setor privado talvez seja pequeno, frente à magnitude do mercado.

No que diz respeito aos genéricos, pode ser que o impacto seja de fato maior, uma vez que a maior parte dos recursos do programa se concentram nestes medicamentos. Entretanto, algumas questões podem diluir este impacto sob um olhar global. A primeira delas é que o impacto do programa se restringe a um número pequeno de medicamentos, principalmente para hipertensão e diabetes, o que representa apenas uma parte do mercado de genéricos. Outra questão é que, ainda que dominado por empresas nacionais (alvo prioritário das políticas para o CEIS), empresas estrangeiras também produzem genéricos no Brasil e podem ficar com uma parte deste estímulo. Por fim, os genéricos atingiram em 2014 cerca de

²² ABRAFARMA em números. Disponível em <http://www.abrafarma.com.br/Abrafarma%20-%20Grandes%20N%C3%BAmeros%20-%20Jan2014.pdf>. Acesso em 11/02/2015

²³ Segundo dados do IMS Health. Disponível em: <http://www.guiadafarmacia.com.br/noticias/mercado/9179-mercado-farmaceutico-cresce-45-em-quatro-anos> Acesso em 11/02/2015

28% do mercado em faturamento²⁴, ou seja, representa apenas uma fatia deste. De qualquer maneira, todas estas hipóteses merecem avaliações mais detalhadas e o que as evidências no momento mostram é que sim, o programa impacta de maneira significativa no mercado farmacêutico brasileiro.

Não nos cabe aqui entrar no debate conceitual em torno do CEIS. Ainda que necessária e urgente, esta é uma tarefa que exige um esforço teórico-empírico muito maior do que nos propomos a realizar neste trabalho. Entretanto, o que questionamos, exclusivamente no âmbito da avaliação do PFPB, é se a premissa desenvolvimentista da *articulação virtuosa* tem se concretizado.

O próprio formulador dessa proposição admite que essa articulação tem encontrado problemas na prática. Em suas palavras, “*no Brasil, entretanto, a abordagem para o desenvolvimento do CEIS não tem sido sistêmica, dado que as políticas sociais, econômicas e tecnológicas que impactam o desenvolvimento de serviços e produtos de saúde não têm sido elaboradas nem (ou) implementadas de forma articulada. Como consequência, observam-se obstáculos ao desenvolvimento produtivo e inovativo da base do CEIS com resultado socioeconômico adequado, o que vem crescentemente fragilizando a capacidade de entrega de bens e serviços de saúde efetivos à população*” (Gadelha et al. 2012b).

Do ponto de vista do estímulo ao consumo, à produção de genéricos, e à expansão do mercado farmacêutico, os dados apresentados mostram que ele pode estar cumprindo este objetivo e impulsionando o crescimento econômico e a acumulação por parte das indústrias farmacêuticas e farmácias comerciais. Já em termos assistenciais, observamos que o PFPB se sustenta principalmente, enquanto possível consequência positiva para o sistema de saúde, pelo discurso de ampliação do acesso e cobertura e redução dos gastos privados, que se mostram de baixa magnitude nas doenças de maior prevalência cobertas.

Com relação ao acesso e cobertura, como já abordado no início do capítulo, além das incertezas sobre os impactos do PFPB nestes quesitos, a ampliação do acesso nos dias de hoje, ainda que relevante, parece se tornar um tema menos importante frente ao alto acesso global observado no Brasil (Mengue, 2014). Já no que diz respeito aos gastos privados, como também já mencionado, não há

²⁴ Segundo dados do IMS Health. Disponível em: <http://www.progenericos.org.br/index.php/medicamento-generico/mercado>. Acesso em 11/02/2015

evidências que confirmem o impacto do programa na redução destes, uma vez que sua cobertura é baixa e específica para determinadas doenças que representam apenas uma pequena parte desses gastos.

Assim, do ponto de vista assistencial, o PFPB mantém intactas uma série de problemas estruturais, que incluem os elevadíssimos e regressivos gastos privados com medicamentos, a precariedade e baixa abrangência dos serviços farmacêuticos públicos, frágil regulação do setor privado, o foco na distribuição de insumos em detrimento da atenção e do cuidado, e a medicalização. A partir disso, acreditamos que a promessa de *articulação virtuosa* não se concretiza, na medida em que funciona bem para o mercado e pouco ajuda no enfrentamento dos reais problemas da assistência farmacêutica enquanto política social no Brasil, e em alguns casos até os aprofunda.

A sobreposição do foco econômico sobre o foco assistencial no PFPB pode ainda ser corroborada pela rápida evolução do financiamento, enquanto as questões relativas ao atendimento e ao cuidado no âmbito das farmácias comerciais continuam sendo mantidas em segundo plano. Reforça também essa hipótese a insistência na decisão de se expandir fortemente o programa mesmo com fortes indícios (antigos) de sua baixa custo-efetividade para o sistema de saúde (altos gastos, baixa cobertura) e com a estagnação dos gastos públicos no componente básico. Assim, a expansão do ATFP parece realmente estar mais relacionada a seus possíveis impactos econômicos do que aos impactos no sistema de saúde.

Ainda neste tema, cabem outros dois questionamentos, dos quais não temos repostas. O ATFP é um programa gerido de maneira centralizada pelo MS, que administra os convênios e o financiamento e, portanto, tem grande controle sobre sua expansão. O gerenciamento do programa resulta em impactos econômicos mais diretos em dois subsistemas do CEIS, o da produção (laboratórios) e dos serviços (farmácias). Por outro lado, na AFAB, ainda que o poder de compra seja uma importante ferramenta, o controle federal é bem menor devido à descentralização, tanto na expansão quanto no padrão de aquisições e consumo de medicamentos, o que torna mais indireta e menos controlável o impacto desta política, que se reflete economicamente apenas no subsistema produtivo. Considerando a intenção de estímulo ao setor produtivo nacional manifestada nas políticas para o CEIS, estaria a priorização do ATFP relacionada à uma maior

capacidade governamental de direcionar estímulos a um segmento específico (mercado de genéricos, aumento do consumo), uma vez que na AFAB o baixo controle da política pelo MS não permitiria o manejo direto do tipo e tamanho da oferta?

Por fim, no caso do PFPB, a intervenção do Estado brasileiro através de políticas públicas não estaria reproduzindo o velho padrão, tão recorrente na história das políticas de saúde no Brasil, de utilizar a questão social para de um lado promover diretamente o estímulo ao desenvolvimento econômico e a modernização dos padrões de consumo e, de outro, manter ou atualizar o padrão de segmentação?

7.5 Segmentação da Demanda

Uma questão fundamental a partir da nova realidade dos modelos de provisão de medicamentos no Brasil é a compreensão da nova estrutura da segmentação da demanda na assistência farmacêutica. Ainda que este tema tenha sido pouco abordado no âmbito das políticas farmacêuticas, algumas contribuições foram feitas na perspectiva de uma discussão mais geral sobre o sistema de saúde brasileiro, especialmente no campo das relações público-privado.

Assim como diversos aspectos do sistema de saúde brasileiro, a estrutura da provisão de medicamentos no Brasil também sempre teve um caráter segmentado, evoluindo ao longo dos anos entre mudanças e continuidades. Entretanto, diferentemente da assistência médica que tem a segmentação viabilizada principalmente pela posição do usuário no mercado de trabalho, a segmentação na assistência farmacêutica sempre esteve ligada à renda, entre os que “podem” e os que “não podem pagar”.

Vale destacar que esta divisão, entre os que “podem pagar” e os que “não podem pagar”, ainda que seja útil para fins explicativos, é certamente uma simplificação que não reflete uma clivagem exata entre esses grupos. Isso porque dentro de todas as faixas de renda existem variações entre a proporção, o volume e a frequência de pagamento e de obtenção gratuita.

Em termos de políticas públicas, a segmentação da demanda por medicamentos foi institucionalizada durante a ditadura civil militar, a partir da CEME.

Criada em 1971, o órgão já nasce com o objetivo de “promover e organizar o fornecimento de medicamentos àqueles que, por suas condições econômicas, não possam adquiri-los a preços comuns de mercado”. No ano seguinte, se estabelece também a possibilidade da CEME cobrar por medicamentos, de acordo com a faixa de renda a ser atendida. O fornecimento acontecia ou em unidades próprias ou, na maioria das vezes, nos órgãos previdenciários. Em 1977, cerca de 84% dos municípios brasileiros eram atendidos pela CEME (Marquesini & Carmo, 1980). Por outro lado, a lei 5991/73 que regulamentou o funcionamento das farmácias e drogarias no Brasil até o fim de 2014, caracteriza estes estabelecimentos comerciais, sendo esta a principal fonte de acesso à medicamentos pelos brasileiros nos dias atuais, como mostram os dados da PNAUM apresentados por Mengue (2014).

Como aponta Cordeiro (1980, p. 153), uma vez que a CEME participava com apenas 3% do mercado em termos de aquisições, os efeitos político-ideológicos da política parecem ter sido mais importantes do que a distribuição em si. Entre esses efeitos, estariam a ampliação do mercado potencial, da demanda nos serviços de saúde e a medicalização. Nesse sentido, a dinâmica do mercado farmacêutico, mesmo com a CEME, mantinha-se autônoma à política governamental, face à sua discreta e cautelosa implementação. Mesmo assim, o autor já apontava para a necessidade de articulação da política de distribuição com as mudanças pretendidas na assistência médica.

Após a universalização do direito à saúde e a criação do SUS, o modelo de provisão de medicamentos manteve por um bom tempo as principais características do período anterior. Se por um lado, do ponto de vista do direito, a AF passou a ser ofertada no âmbito do SUS de forma gratuita, por outro, manteve-se em grande parte a herança do modelo anterior, como a centralização das ações na CEME, a segregação no acesso e a limitação do elenco de medicamentos. Este quadro começou a mudar, principalmente na forma institucional de organização, a partir da desativação do órgão em 1997 e do lançamento da PNM em 1998, dando início à tentativa de reorientar a AFAB para as diretrizes do SUS e trazendo importantes direcionamentos para a estruturação da AF no Brasil.

Entretanto, durante o período SUS, o setor privado não sofreu nenhuma modificação significativa em seu papel dentro do sistema de saúde.

Conseqüentemente, se manteve como a principal fonte de provisão, tendo obviamente se desenvolvido e consolidado neste período. Assim, a dicotomia entre provisão pública precarizada para pobres e mercado para os que têm condições, se manteve praticamente inalterada. Isso se reflete diretamente na manutenção da alta proporção dos gastos com medicamentos dentro dos gastos em saúde (já elevados) e na regressividade destes gastos, como mostram os dados das POFs de 1987 a 2003 (Diniz *et al.* 2007).

A introdução do PFPB, e principalmente da modalidade ATFP, altera esse paradigma, na medida em que insere as farmácias comerciais dentro do campo de ação das políticas públicas e oferece um segundo mecanismo de provisão promovido pelo Estado, além do terceiro e principal, o mercado. Frenkel (2008a) discorre sobre a segmentação atual da provisão de medicamentos e se coloca em defesa da complementariedade entre os modelos, posição justificada por uma maior racionalização e eficiência da segmentação em detrimento de uma homogeneização decorrente da universalização.

Segundo o autor, a partir da segmentação da demanda, seria possível elaborar novas ferramentas de acesso com maior abrangência, flexibilidade e viabilidade econômica. Essa segmentação se daria baseada nos fatores renda, elasticidade do preço dos consumidores, vínculo empregatício, acesso à saúde suplementar e características terapêuticas de alguns medicamentos.

Assim, a demanda seria dividida em cinco classes: classe A com maior poder aquisitivo, que acessa o mercado regular, apresenta demanda inelástica ao preço e prefere medicamentos de última geração; classe B, que acessa o mesmo mercado, tem poder aquisitivo menor que a anterior, mas com demanda elástica ao preço; classe C que tem acesso ao mercado regular, mas que o procura em situações emergenciais ou para suprir as deficiências do SUS; e classes D e E com pouco ou nenhum acesso ao mercado regular e alta dependência do SUS (Frenkel, 2008b).

Dentro de sua análise, o autor aponta que o PFPB quebra a dicotomia anterior, e ainda defende a introdução do subsídio e do copagamento como medidas positivas enquanto ferramentas úteis para a busca de uma maior eficiência e efetividade no atendimento específico aos diferentes segmentos. Entretanto, o autor critica uma possível sobreposição de grupos atendidos tanto pelo SUS quanto

pelo PFPB (classes C, D e E) e a utilização de um único nível de subsídio e copagamento, o que pode fazer com que não haja na utilização a diferenciação esperada entre os segmentos populacionais (Frenkel, 2008a).

Ainda que a segmentação proposta pelo autor não seja a que ocorre na prática, é inegável que o PFPB alterou a segmentação então existente, introduzindo mais um elemento de diferenciação. Apesar de não haver maiores limitantes de acesso ao PFPB, com exceção do copagamento, a política coloca como seu objetivo atingir famílias com renda entre 4 e 10 salários mínimos (a classe C) e que utiliza planos e seguros de saúde, segundo as definições do IBGE, a chamada classe C. Isso por si só já é motivo de questionamentos, uma vez que a ampliação da segmentação vai na contramão da universalidade.

Na prática, a segmentação proposta pelo programa foi atingida de maneira parcial. Em primeiro lugar porque a AFAB ainda continua sendo a principal fonte de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes, que são também os pontos fortes do PFPB. Para os que possuem plano de saúde, a AFAB é mais utilizada que o PFPB no caso da diabetes e na mesma proporção no caso da hipertensão, e em ambos as farmácias comerciais são as mais utilizadas. Em segundo lugar, a partir dos dados socioeconômicos de utilização do PFPB, observa-se que cerca da metade dos usuários são oriundos do setor privado, e o perfil de renda dos que utilizam engloba também a classe C. Entretanto, outra metade é oriunda do setor público e boa parte dos usuários tem renda inferior à da classe C. As conclusões que se pode chegar são que, apesar da nova segmentação entre os que usam planos de saúde, o setor privado continua com folga sendo a principal fonte de obtenção. Além disso, boa parte da utilização do PFPB vem de usuários com perfil de renda abaixo do previsto inicialmente, como reflexo da demanda reprimida pelas inconstâncias na provisão pública.

Entre as consequências da segmentação da demanda apontadas por Bahia (2005), consideramos particularmente útil para a discussão sobre o PFPB o elevado padrão de gastos privados em saúde e o padrão diferenciado de utilização de serviços, no que se refere à quantidade de serviços consumidos e na qualidade da atenção prestada. Com relação aos gastos com medicamentos pelas famílias, o PFPB pouco altera a estrutura atual de gastos (elevados e regressivos), uma vez que sua abrangência é limitada frente à magnitude da AFAB e do setor privado; e

que os medicamentos para hipertensão e diabetes, foco principal do programa, não representam nem 20% dos gastos com medicamentos, como mostra Garcia *et al.* (2013).

Do ponto de vista da utilização de serviços, enquanto desenho institucional, o PFPB introduz claramente um terceiro padrão de obtenção de medicamentos, o que naturalmente amplia a diferenciação entre os usuários. Na prática, todavia, em termos de magnitude, o programa faz apenas uma pequena alteração na segmentação entre os que obtêm seus medicamentos no público ou no privado: inclui no privado por outra via uma parcela daqueles que anteriormente buscavam no SUS e uma parcela daqueles que anteriormente pagavam integralmente por seus medicamentos. As maiores diferenças práticas na segmentação promovida pelo PFPB podem estar mais relacionadas às diferenças regionais e demográficas, uma vez que as regiões N e NE e os municípios de menor porte são menos assistidos pelo programa. Em 2012, cerca de 23% dos municípios brasileiros não eram cobertos pelo programa (Emmerick *et al.*, 2015).

Outro fator que colabora para a segmentação é a adoção do copagamento. Ainda que os fins deste mecanismo no programa sejam obscuros, e que o SNTP extinguiu o mecanismo dos medicamentos mais demandados, o fato de diversos medicamentos exigirem o copagamento, mesmo que pequeno, já é fator de diferenciação (Aragão-Junior, 2012). Ainda que não se possa afirmar com precisão, é possível que a extinção do copagamento tenha sido responsável pelo grande *boom* ocorrido a partir do SNTP.

De maneira resumida, podemos dizer que o PFPB altera pouco o padrão principal de segmentação (AFAB *versus* setor privado), mantém a estrutura de gastos com medicamentos e aprofunda a diferenciação nos padrões de utilização. Mantém os dois primeiros, estes sim os grandes obstáculos para a universalização e equidade na AF, e aprofunda o último. Dessa maneira, a situação atual da AF vai ao encontro da reflexão de Bahia (2005): *a universalização, embora formalmente amparada pela legislação, vem sendo desafiada pela preservação e reorganização da segmentação da demanda*. Essa crítica ao programa se torna ainda mais importante em tempos onde a principal proposta de organismos internacionais para os sistemas de saúde é a de cobertura universal, que passa principalmente pela

segmentação inclusive do acesso à medicamentos, em detrimento do direito universal à saúde.

Por fim, vale destacar que resolução recente da ANS pode estar criando ainda um novo nicho de segmentação no acesso à medicamentos, desta vez envolvendo diretamente os usuários de plano de saúde e a diferenciação formal entre os usuários. A Resolução Normativa 310/2012 incentiva a oferta de medicação para uso domiciliares usuários pelos planos e seguros, serviço de caráter facultativo e que pode ser cobrado por meio de contrato acessório. Entretanto, este tema não será aprofundado neste estudo.

7.6 Atenção Básica

Os impactos do PPFB na assistência vão além da segmentação. Para discutir de maneira mais aprofundada é necessário situar o programa dentro do contexto de dilemas que atravessam a história da atenção básica no período SUS, como por exemplo a fragmentação, a focalização e a desarticulação com os outros níveis de atenção.

Desde sua elaboração, o conceito de atenção básica (ou atenção primária em saúde - APS) tem sido um espaço de disputas políticas, econômicas e ideológicas decorrentes de concepções e objetivos distintos. No que pesem as múltiplas nuances adquiridas pelo conceito em diferentes locais, contextos e momentos históricos distintos estas podem ser simplificadas para fins explicativos em duas linhas principais, apresentadas por Viana & Fausto (2005), uma concepção mais universalista e abrangente e outra focalizada e seletiva.

De um lado, há o entendimento, com forte referência nos princípios defendidos na conferência de Alma-Ata em 1979, da APS como estratégia de organização dos sistemas de saúde, com o objetivo de que estes sejam mais equitativos, apropriados e efetivos para responder às necessidades de saúde da população como um todo. Nesta concepção, a APS deveria ainda ser capaz de proporcionar serviços de promoção, proteção e reabilitação e funcionar de maneira integrada a sistemas de referência. De outro lado, há ideia de APS seletiva, difundida principalmente por organismos internacionais, que se baseia principalmente na formulação de programas verticais, desintegrados das demais

ações e recursos em saúde, com a utilização de recursos de baixa tecnologia, focados em problemas e populações específicas, no geral aquelas em situação de pobreza. Em contextos de políticas de ajuste fiscal e redução de gastos públicos, essa concepção ganhou força por se basear fortemente na racionalidade econômica das ações de saúde (Viana & Fausto, 2005).

Segundo as autoras, a primeira concepção seria mais condizente com a proposta do SUS, por diversos motivos: favorece a redução das desigualdades em saúde; fortalece a perspectiva de universalização, uma vez que é mais apropriada para organização de ações de caráter coletivo ao mesmo tempo em que promove o acesso às ações de atenção médica; incorpora formas de intervenção não necessariamente sanitárias, reforçando a necessidade da intersectorialidade e a visão sobre outros determinantes das condições de saúde; e por reforçar ideias de participação social e cidadania. As principais críticas à segunda concepção estariam relacionadas à incapacidade dela de se articular com os elementos citados, uma vez que se baseia em programas específicos para grupos específicos. Além disso, a APS seletiva teria seu foco para os aspectos individuais da atenção, direcionadas para doenças de alto impacto, distanciando-se das noções de promoção, prevenção e reabilitação (Vianna & Fausto, 2005).

No Brasil, Giovanella & Mendonça (2012) apontam que na primeira década de vida do SUS as políticas voltadas para AB tinham um caráter mais seletivo, como era o caso do programa de agentes comunitários de saúde (PACS), desenvolvido com pessoal leigo e dirigido à população em situação de extrema pobreza; e do PSF, de início focado em população de baixa renda e realizado em unidades sem articulação com a rede assistencial. Em meados da década de 2000, a Política Nacional de Atenção Básica ampliou o escopo e a concepção de APS, refletindo uma visão mais abrangente e universalista, buscando a reorientação do modelo assistencial.

Todavia, na prática, esses conceitos convivem e competem entre si todo o tempo, uma vez que o que se observa é a distância entre formulação e implementação e uma grande diversidade de modelos assistenciais de AB implementados nas diferentes experiências desenvolvidas no país (Giovanella & Mendonça, 2012), influenciadas ainda pelos diversos determinantes políticos, econômicos e ideológicos explorados ao longo deste capítulo. E é nesse ponto,

nessa constante tensão entre diferentes concepções, onde deve se inserir também o debate acerca das políticas de provisão de medicamentos, considerando o pressuposto que a AF é um dos eixos estratégicos para estruturação da atenção básica, como aponta Machado (2008).

A caracterização da AFAB realizada neste trabalho revela que sob diversos aspectos, esta ainda conserva vários elementos de uma APS seletiva e focalizada. Todavia, ao analisar estes aspectos, deve-se levar em conta o caráter segmentado da provisão de medicamentos e o papel proeminente que o setor privado cumpre neste ponto, pressionando fortemente a AFAB para uma perspectiva mais seletiva. Dessa maneira, não se trata de atribuir à AFAB todos os problemas, mas sim de situá-la dentro da tensão já discutida entre diferentes concepções de AB.

Um primeiro aspecto seria o perfil de utilização. A AFAB ainda tem sido um serviço utilizado majoritariamente pelos mais pobres. Ainda que não se restrinja a eles, o que se observa é que quanto menor a renda maior a dependência dos medicamentos providos pela AFAB. Isso de certa maneira reflete o próprio perfil de utilização da AB como um todo. Nesse sentido, ao que pode levar a uma interpretação de que este serviço se destina preferencialmente àqueles que não podem pagar, sendo o mercado a opção para o restante (e maior parte) da população.

Em segundo lugar, os dados de Mengue (2014) mostram que apenas para hipertensão e diabetes a AFAB cumpre o papel de ser a maior provedora de medicamentos ambulatoriais, enquanto que para outros agravos o mercado ainda permanece absoluto como maior fonte de provisão. Todavia, vale destacar como ponto positivo que ao menos a AFAB se propõe a ofertar medicamentos de acordo com as necessidades de saúde, incluindo condições específicas como a tuberculose. Caberiam ainda considerações sobre as restrições do elenco de medicamentos ofertados e sobre o conceito de medicamentos essenciais, entretanto este deve ser um debate mais amplo que não nos propomos a fazer neste momento.

O terceiro elemento seria a baixa qualidade dos serviços ofertados, decorrentes da baixa disponibilidade de medicamentos que compromete diretamente a resolutividade de toda a AB; das dificuldades financeiras e estruturais

(também recorrentes na AB); da ausência de profissionais qualificados envolvidos no processo de organização, dispensação e atenção; e de uma orientação hegemônica de foco na distribuição de medicamentos em detrimento do atendimento e do cuidado centrado no paciente e na comunidade.

O quarto e último aspecto que endossa a hipótese de reforço da concepção de APS seletiva, seria a desarticulação da AFAB com os outros níveis de atenção e com os demais serviços das redes, em um contexto onde vários locais ainda não possuem sistemas informatizados sequer para controle interno, quanto mais sistemas de referência.

Se é verdade que a AFAB apresenta estes diversos problemas que reforçam a noção de APS seletiva, muitos deles inclusive comuns à AB como um todo, ao menos pode se dizer que mesmo com todas as dificuldades, este modelo de provisão é parte integrante dos serviços, e se articula com uma proposta mais ampla de reorientação do modelo assistencial e de organização do sistema de saúde. Além disso, caso enfrentados seus problemas estruturais, pode vir a se tornar uma política mais abrangente. Por outro lado, o ATFP eleva esta tensão entre as políticas de provisão e as diferentes concepções de APS para um outro patamar.

Entre propostas mais universais ou mais seletivas, no caso brasileiro todas as experiências na AB ainda se situam dentro do limite da prestação do serviço pelo setor público. No caso do ATFP, a escolha pela provisão através do subsídio ao setor privado traz grandes implicações para as estratégias de organização do sistema de saúde embutidas na AB.

Isso porque, como já abordado, o modelo mercantiliza uma parte dos serviços da AB, a provisão de medicamentos. Não apenas mercantiliza o serviço (Estado contratando um serviço privado), mas cobra por parte dos medicamentos (no caso do copagamento) e faz com que o atendimento se dê em um ambiente totalmente mercantil, as farmácias comerciais, uma vez que não há qualquer exigência de reorientação do modo de funcionamento desses estabelecimentos para participação no programa.

Ainda que seja difícil situar o ATFP dentro do debate em torno da APS, suas características também apresentam um viés mais seletivo, mesmo que destoem em certo grau das características tradicionais da APS seletiva. Um primeiro elemento

seria o fato do programa ter como objetivo expresso atender um segmento específico, população com nível de renda C e D usuária de planos de saúde, que como vimos, se concretiza em partes. Outro ponto seria a baixa abrangência (quando comparado à AFAB e ao setor privado) e o reduzido de elenco de medicamentos (menor que na AFAB), com forte ênfase na cobertura de doenças crônicas específicas. Por fim, cabe destacar também a manutenção da lógica da distribuição em detrimento do cuidado e a completa desarticulação do ATFP com os demais níveis de atenção e, principalmente, com a própria AB, uma vez que não há nenhum tipo de troca de informações com as unidades de saúde.

Em resumo, a proposta do ATFP não apenas é coerente com as características de um AB seletiva, como interfere na organização dos serviços de saúde e reforça características do modelo médico hegemônico descrito por Paim (2012), com ênfase no indivíduo, na mercantilização, na medicalização, na medicina curativa e no estímulo ao consumo. Assim, ao considerarmos a estratégia de organização do sistema de saúde e de reorientação do modelo assistencial a partir da AB, pode se considerar que a AFAB, ainda que tenha uma tendência para uma concepção mais seletiva, apresenta ao menos uma coerência com estes pontos, enquanto o ATFP aparece quase que como um ponto isolado, descolado dessas orientações.

De todo modo, vale mencionar também que, dado ao quadro de elevado acesso à medicamentos no país, o que observamos é que não há uma contradição entre aumento do acesso à medicamentos e a preponderância de concepções de atenção básica seletiva na AB. Ao contrário, como ressaltamos no início do capítulo, a combinação entre as três fontes de provisão, AFAB, PFPB e setor privado, tem sido bem-sucedida na garantia do acesso. Todavia, retomando ainda as questões iniciais deste capítulo, o que questionamos é o “como” esse acesso se dá, de que forma a organização da provisão de medicamentos (pública e privada) tem enfrentado ou reforçado os modelos de atenção hegemônicos.

7.7 Outras Questões Políticas

Antes de terminar, colocamos ainda mais quatro hipóteses sobre o papel político do programa: seu apelo publicitário, sua coerência com outras políticas

voltadas para as classes C e D, o fortalecimento político do varejo farmacêutico e as possíveis tensões federativas geradas em sua evolução. Essas reflexões, ainda que difusas e a princípio sem uma ligação direta com os pontos abordados anteriormente, podem ajudar a contextualizar o momento e as opções feitas nas políticas de provisão de medicamentos ou ainda servirem de ponto de partida para futuras investigações.

O forte apelo publicitário do programa teve ao longo de sua trajetória grande importância política, e pode ser um dos elementos que ajuda a explicar a rápida evolução e o grande montante de recursos aplicados. Um primeiro fato a ser destacado é que o PFPB, uma das maiores prioridades da agenda federal para a saúde nos anos 2000, foi uma das promessas de campanha do então candidato Lula (Machado *et al.* 2011). Essa priorização estaria relacionada, entre outras coisas, com o fato do programa ser uma “novidade”, uma marca de governo com grande apelo midiático (Aragão-Junior, 2012). Novamente em 2010, o programa esteve presente entre as propostas do programa de Dilma²⁵, através da proposição da gratuidade para medicamentos para diabetes e hipertensão dentro do PFPB, o que se tornaria mais tarde uma de suas primeiras medidas de governo através do lançamento do SNT²⁶.

De fato, a implementação do programa parece ter sido fortemente marcada por essas duas características: a verticalidade da ação e o caráter publicitário. A partir de entrevistas com gestores federais da AF, Azevedo (2012) identificou que desde o início do mandato, o programa era uma exigência direta da presidência da república. O caráter publicitário por sua vez, fica evidenciado não apenas pelas ações de marketing e pelo discurso oficial em torno do programa. A ênfase na identidade visual característica do programa nos estabelecimentos públicos e privados e a produção de peças publicitárias para divulgação em meios de comunicação foram destaques na trajetória do programa. Dentro do discurso oficial, os termos mais utilizados estariam focados no que seriam os principais benefícios do programa para os usuários, os “descontos” e a “gratuidade”, sustentado pelo argumento de o governo estaria pagando pelos medicamentos no lugar dos

²⁵ Disponível em: <http://www.terra.com.br/noticias/infograficos/eleicoes/programa-de-governo-dilma/programa-de-governo-dilma-06.htm> Acesso em 27/02/2015

²⁶ Disponível em: <http://oglobo.globo.com/politica/dilma-anuncia-distribuicao-gratuita-de-remedios-para-hipertensao-diabetes-no-programa-2828523> . Acesso em 27/02/2015

usuários (Aragão-Junior, 2012), o que troca a noção de “direito” por “benefício” e oculta o fato da saúde pública no Brasil ser financiada por impostos. O grande apoio popular que o PFPB tem recebido, sendo um dos programas federais mais bem avaliados (Pereira, 2013), reforça ainda mais esse apelo publicitário e justificam em certa medida o seu fortalecimento.

Outra questão que merece destaque é o fato do alvo principal do PFPB ser a população oriunda das chamadas classes C e D. Isso porque neste caso, o ATFP demonstra certa coerência com uma série de outras políticas adotadas ao longo dos anos 2000 que visavam ou tinham efeito principal sobre esse segmento populacional. Sob um olhar mais geral e macroeconômico, podemos citar o aumento da renda impulsionado pela elevação do salário mínimo, da redução do desemprego e pelo bolsa família, e o estímulo ao crescimento econômico a partir do mercado interno. Do ponto de vista das políticas sociais, observou-se a criação de uma série de mecanismos de parcerias e/ou estímulo ao mercado, como forma de viabilização da utilização de serviços privados anteriormente inacessíveis a boa parte da população. No campo da educação podemos citar o PROUNI e o FIES, na saúde o estímulo à proliferação de planos de saúde de baixo custo. O ponto de articulação entre estas políticas se dá pelo consumo, que por um lado estimula a economia e por outro permite o acesso a diversos serviços que antes eram exclusividade de uma minoria, ainda que esta noção possa afastar as políticas sociais da necessidade de serviços públicos de qualidade e da noção de direitos universais de cidadania. O desenho do ATFP parece se enquadrar bem neste modelo de política que ao mesmo tempo viabiliza o acesso e estimula o consumo, o mercado e o crescimento econômico. Entretanto, obviamente esta hipótese precisa ser investigada mais profundamente.

Uma possível consequência, ainda pouco estimada, decorrente do ATFP é o fortalecimento do varejo farmacêutico enquanto força política. Considerando que o aumento do poder econômico é necessariamente também um aumento de capacidade de influência no poder político, o ritmo de crescimento desse setor por si só, beirando os 15% anuais na última década (bem acima do restante da economia), já representa um aumento da importância deste setor. Isso se torna ainda mais forte, considerando a tendência atual de fusões e abertura ao capital estrangeiro. De fato, isso já se reflete na resistência deste setor às regulações que

vão no sentido de minimizar o caráter mercantil de funcionamento desses estabelecimentos a partir de preocupações sanitárias.

Um exemplo é o caso da RDC 44/2009 da ANVISA, que visava impedir a disposição de medicamentos isentos de prescrição em gôndolas de acesso livre aos clientes de farmácias e drogarias. Neste caso a resolução foi amplamente questionada na justiça pelo setor farmacêutico, o que também gerou a promulgação de leis em onze estados que revertiam a decisão²⁷. Outro exemplo mais recente e relevante foi a aprovação da lei 13021/2014. O projeto inicial, que demorou 25 anos tramitando no legislativo, previa a transformação das farmácias em estabelecimentos de saúde, e não comerciais; a adoção de critérios epidemiológicos e demográficos para a abertura de novas farmácias; a obrigatoriedade da presença do farmacêutico; a proibição da propaganda de medicamentos; a indução de venda de medicamentos de determinados fabricantes; entre outros pontos. Quando voltou a tramitar no legislativo no ano de 2014, grande parte desses pontos foram retirados, mantendo-se apenas o caráter do estabelecimento e a obrigatoriedade do farmacêutico. Entretanto, após pressão do varejo farmacêutico, a presidenta Dilma sancionou a lei com vetos aos artigos que impediam a dispensação de medicamentos em estabelecimentos que não fossem farmácias, como postos volantes e dispensários. Além disso, após reuniões de um de seus ministros com representantes do varejo²⁸, o executivo lançou ainda MP 653/14 que retirava a obrigatoriedade da presença do farmacêutico para micro e pequenas empresas, que representam a grande maioria das farmácias brasileiras. Apesar da MP ter tido seu período de votação expirado, este episódio demonstrou a força política do setor frente ao legislativo e ao executivo.

A questão que se coloca para o ATFP é que a parceria com o setor privado pode ser mais um meio direto de influência, na medida em que passa pelas mãos do setor uma das principais políticas governamentais, tanto em termos publicitários quanto em termos de prioridade dentro das políticas de saúde. Isso pode levar a um aumento do poder de barganha tanto nos rumos da política, quanto a outras questões que venham a interessar ao setor. Além disso, é preocupante a grande influência do varejo no poder político, considerando que, do nosso ponto de vista, a

²⁷ Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-07-27/remedios-sem-receita-medica-voltam-ser-vendidos-fora-do-balcao-das-farmacias> . Acesso em 09/03/2015

²⁸ Disponível em: <http://www.cff.org.br/noticia.php?id=2183> . Acesso em 09/03/2015

regulação das farmácias comerciais é um dos pontos centrais para na melhoria geral da AF no país.

A quarta e última dimensão é relativa às tensões entre centralização e descentralização nas políticas de saúde. A prioridade financeira e política dada pelo governo federal ao PFPB, como já discutido, pode estar relacionada a uma maior possibilidade de controle central do governo sobre os caminhos da política de medicamentos. Para bem ou para mal, o campo onde o programa se situa é o da atenção básica, tendo sido este o principal eixo operacional da descentralização das políticas de saúde. Nesse sentido, a reflexão que fazemos é que esse ambiente de convívio de duas políticas para um mesmo âmbito, o PFPB e a AFAB, pode gerar tensões na esfera municipal. Isso porque em um contexto de subfinanciamento com forte pressão orçamentária neste ente da federação, é possível que gestores passem a ver como possibilidade a suspensão ou redução dos serviços da AFAB, uma vez que muitos dos medicamentos desta política são disponibilizados com recursos federais no ATEP. No município de Porto Alegre isso já acontece desde 2013, quando o secretário de saúde, alegando contenção de gastos, anunciou a retirada dos medicamentos disponíveis no ATEP da rede de serviços, orientando à população a obter seus medicamentos no programa²⁹. É possível que isto já aconteça em outros municípios, entretanto maiores investigações são necessárias para verificar a frequência destes casos.

Além disso a priorização do PFPB frente à AFAB pode soar como uma admissão indireta de descrença do poder público quanto aos problemas enfrentados pelo segundo modelo e um próprio questionamento aos municípios sobre sua capacidade de ofertar medicamentos na AB.

²⁹ Disponível em: Disponível em: <http://www.correiodopovo.com.br/Noticias/?Noticia=526540>. Acesso em 09/02/2015.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1 Sobre o Método

As políticas farmacêuticas tem sido uma área de discussão com pouca interlocução entre o campo da assistência farmacêutica e outras áreas da saúde pública. Enquanto o primeiro de maneira geral restringe suas análises às questões relativas à provisão e utilização de medicamentos, ignorando os debates histórico-estruturais e questões mais amplas sobre a trajetória e desafios dos sistemas de saúde, os segundos tratam os temas da assistência farmacêutica como questões à parte das discussões mais gerais sobre a saúde pública.

Este trabalho se propôs a uma abordagem das políticas de provisão de medicamentos que tentasse diminuir essa distância, observando que o que há de específico nessas políticas têm influência nas principais tensões que permeiam os desafios do sistema de saúde e mostrando como muitas das questões mais gerais do SUS se refletem em grande parte na própria Assistência Farmacêutica. Em uma relação dialética, podemos dizer que o momento atual da AFAB e do PFPB e as relações entre essas políticas produzem os dilemas pelos quais atravessa o sistema de saúde e ao mesmo tempo são produtos de contradições mais amplas desse próprio sistema. Assim, acreditamos que foi possível alargar em grande medida os limites do debate que tem sido feito em torno da AF no Brasil, inserindo na discussão sobre as políticas farmacêuticas elementos recorrentemente desconsiderados.

Nesse sentido, a abordagem metodológica escolhida se mostrou adequada. A detalhada caracterização das políticas forneceu uma base sólida para que as análises posteriores prosseguissem e para que os objetivos geral e específicos fossem atingidos. A separação de diferentes dimensões e variáveis de cada uma das políticas foi imprescindível para que as principais especificidades fossem absorvidas, para que se analisasse em perspectiva comparada os aspectos internos confluentes e contraditórios, e, posteriormente para que se identificasse possíveis relações e pontos comuns destes aspectos com as demais tensões presentes no sistema de saúde. Essa estratégia metodológica de aproximação do objeto a partir de suas características próprias, pensada simultaneamente a partir do que já é conhecido pelo pesquisador e das hipóteses de trabalho que se pretende investigar,

pode ser útil para outros estudos no campo da análise de políticas públicas, uma vez que através dela foi possível articular de maneira satisfatória o geral e o específico.

Vale ressaltar que a matriz de análise proposta foi bastante útil para guiar e manter o rumo da condução do estudo em todo o seu processo de desenvolvimento, além de ter colaborado bastante para organização das categorias e definição dos limites entre elas. É possível que, caso tivéssemos adotado modelos pré-estabelecidos, teríamos encontrado grandes limitações e provavelmente não conseguiríamos explorar de maneira satisfatória todos os elementos abordados no trabalho. Cabe também a observação que, como consequência da própria abordagem, na medida em que o estudo foi evoluindo e se transformando em resultados, a própria matriz foi sendo modificada e reorganizada para se adequar aos achados. Ao final do trabalho, ainda que tenham se conservado da proposta inicial as três dimensões principais (assistenciais, gerenciais e política/econômicas/ideológicas), as variáveis elaboradas inicialmente foram alteradas consideravelmente, tendo algumas sido mantidas e outras agrupadas, separadas e criadas.

As principais fontes de dados deste trabalho foram a revisão bibliográfica e alguns dados secundários de fácil acesso. Nestes pontos residem algumas das limitações metodológicas do estudo. Com relação à revisão bibliográfica, devido à opção de se analisar uma ampla gama de dimensões e variáveis sobre duas políticas distintas, não foi possível definir uma estratégia de busca universal que fosse capaz de abarcar todos os elementos necessários para a caracterização das políticas de uma só vez. Assim, para a busca de estudos foram utilizados diversos termos e combinações ao longo do processo de levantamento de dados, de acordo com a necessidade, as lacunas encontradas e a especificidade de cada variável de interesse, recorrendo-se muitas vezes não apenas às bases de dados pesquisadas, mas também a referências de referências.

Outra limitação foi o fato de que para alguns casos não foram encontrados estudos com grande consistência metodológica ou abrangência adequada, sendo que algumas vezes sequer algum estudo foi encontrado. Esta situação limitou a extensão de possíveis conclusões e deixou lacunas e inconsistências na fase de caracterização. Entretanto, sob uma visão geral, esta limitação não impediu ou

comprometeu de maneira significativa que os objetivos fossem atingidos. Ainda dentro da revisão bibliográfica, um ponto importante de apoio foi a utilização da base de estudos do projeto ISAUM-Br, que teve grande utilidade na fase de coleta de dados.

No que diz respeito à utilização de dados secundários, consideramos que este recurso foi bastante útil em situações onde a inconsistência da literatura impedia o avanço sob determinados temas. Só através de algumas bases foi possível levantar informações essenciais para as análises realizadas. Ainda que nem sempre tenham sido encontrados dados exatos que procurávamos, ou que tenha sido inviável utilizar dados de bancos que exigiriam um grande esforço para utilização, esta ferramenta foi útil também para contextualizações e como base para algumas deduções. Um fato que merece menção é de que no momento da elaboração do trabalho, os resultados da PNAUM ainda não eram públicos, dados estes que certamente trariam grandes contribuições para a caracterização e análise das políticas.

8.2 Sobre os Resultados

Com relação à caracterização de ambas as políticas, primeiro objetivo específico do trabalho, observou-se que apesar de terem fins e público-alvo relativamente similares, elas apresentam grandes diferenças organizacionais, assistenciais, gerenciais e financeiras.

A AFAB cobre mais de 90% dos municípios brasileiros, se realiza em aproximadamente 34 mil unidades básicas de saúde e é responsável por prover entre 45-60% dos medicamentos de hipertensão e diabetes no país, apesar de cumprir papel bem menos proeminente para outras doenças. Assim como na AB, existem importantes diferenças regionais na utilização e na distribuição geográfica dos serviços, e proporção de utilização cresce na medida em que diminui a renda. A AFAB é proporcionalmente mais usada por negros e pardos, por pessoas com baixa escolaridade e que não possuem planos de saúde, o que demonstra o seu caráter progressivo.

Com relação ao financiamento, observa-se um aumento absoluto dos recursos destinados à política, com avanço na descentralização dos recursos e

aumento da participação de estados e municípios. No que pese o crescimento global de recursos do MS destinados à AF, estes tem sido impulsionados principalmente pelo componente especializado. Além disso, devido à ausência de reajuste no valor *per capita* investido pelo MS no componente básico nos últimos anos, valor esse considerado pelos gestores municipais como insuficientes, a participação deste componente no orçamento da AF tem diminuído, representando hoje pouco menos de 10% dos recursos, o que equivale a cerca de 1 bilhão de reais em 2014. A esses recursos, se somam ainda em proporção parecida os recursos de estados e municípios juntos. Além da insuficiência de recursos para a AFAB, ficou explicitado que os investimentos na estrutura e qualificação dos serviços são praticamente inexistentes, sendo destinados quase que totalmente para a aquisição.

A precariedade estrutural e a ausência/baixa qualificação de recursos humanos são características marcantes da AFAB. O espaço para armazenamento e atendimento é geralmente limitado ou ausente, faltam condições mínimas para condicionamento adequado dos medicamentos, e em muitos locais não há acesso à internet ou sistemas de informações informatizados para gerenciamento da AF. Com relação aos recursos humanos, quase não há participação de farmacêuticos nas UBS e apenas um quinto das unidades contam com apoio matricial deste profissional, o que faz com que na maioria das vezes todas as atividades da AF sejam executadas por profissionais sem capacitação para tal. Estas condições afetam diretamente a gestão, que também apresenta graves problemas. A seleção do elenco de medicamentos é geralmente feita com base na RENAME, que apesar de não ser obrigatória tem sido bastante utilizada junto com as listas municipais.

As compras são realizadas através de licitação pelos municípios e apresentam como grande vantagem o ganho de escala. As dificuldades nesta etapa passam por questões técnicas, financeiras, éticas e políticas. Por outro lado, experiências locais baseada na articulação entre estados e municípios tem apresentado bons resultados. Quanto à logística, os modelos usados passam pela gestão direta desta etapa ou pela terceirização de uma das etapas. Deficiências também são observados no controle e registro de estoque e na programação.

Todo esse quadro de múltiplos constrangimentos pelos quais passa a AFAB resultam em dois grandes problemas. O primeiro é a baixa disponibilidade crônica de medicamentos nas unidades de saúde, que pode gerar impactos financeiros e na

resolutividade. O segundo é baixa qualificação dos serviços prestados, que se resumem à distribuição de medicamentos, deixando de lado qualquer perspectiva de cuidado e atenção relacionadas aos medicamentos, pontos centrais para reorientação das práticas em saúde no sistema.

Com relação ao PFPB, mais especificamente ao ATFP, as evidências encontradas dão conta de que o programa ao longo de sua evolução se expandiu de forma explosiva, e teve diferentes etapas de desenvolvimento. Quanto à abrangência, hoje o ATFP conta com cerca de 33 mil farmácias conveniadas, presentes em 77% dos municípios brasileiros. Observa-se devido à própria distribuição destas pelo território uma concentração de estabelecimentos participantes do programa nas regiões S, SE e CO; em municípios de maior porte populacional e em determinadas áreas das cidades.

Apesar de sua forte expansão e grande aumento no número de atendimentos, principalmente após o lançamento do SNTP, o programa é utilizado como fonte de obtenção de medicamentos por apenas algo em torno de 13-19% dos hipertensos e diabéticos. De maneira simplificada, o programa é mais utilizado por pessoas de renda média e baixa e, em termos proporcionais, por aqueles que possuem plano de saúde, pele branca e maior escolaridade. Entretanto, estes dados socioeconômicos merecem ser melhores investigados e discutidos.

O financiamento do programa vem crescendo em ritmo acelerado, tendo passado de 247 milhões de reais em 2010 para 2,4 bilhões de reais em 2014. Os recursos são transferidos diretamente do FNS para as farmácias conveniadas. Verifica-se também uma concentração das remunerações do programa em grandes grupos econômicos do varejo farmacêutico e diferenças importantes nas transferências para distintas regiões.

O ATFP por se tratar de um modelo totalmente terceirizado utiliza estrutura e recursos humanos das próprias farmácias comerciais. Estudos sobre estes estabelecimentos mostram que a falta de farmacêutico também é fato bastante comum. Com relação à seleção e o elenco de medicamentos, apresenta um elenco pequeno que se basearia na RENAME, apesar dos critérios de inclusão serem obscuros. Com relação à logística, programação, aquisição e distribuição, etapas também terceirizadas, pode-se inferir que estas são eficientes pela alta

disponibilidade de medicamentos nos serviços. Todavia, as farmácias comerciais repõem estoque de maneira frequente, compram em menor escala e contam muitas vezes com distribuidores (próprios ou contratados) para a parte logística, o que gera maiores custos na gestão e impacta no preço final do medicamento subsidiado pelo governo.

Através deste subsídio, a modalidade ATFP tem conseguido reduzir os preços dos medicamentos em até 90% (no caso do copagamento) ou em sua totalidade (no SNTP). Todavia, a função do copagamento no ATFP ainda permanece obscura, já que seria incoerente como um mecanismo de contenção de custos dado a rápida expansão de seu financiamento, e também como um mecanismo de restrição do acesso, considerando que os medicamentos mais demandados no programa se tornaram gratuitos e tem um consumo cada vez maior.

Se por um lado o ATFP garante a alta disponibilidade dos medicamentos, por outro a qualidade dos serviços também pode ser considerada insatisfatória, já que o atendimento também é realizado por profissionais pouco qualificados, não há qualquer preocupação com a atenção, cuidado e acompanhamento, além de uma total desarticulação com a AB e reprodução constante dentro de seu ambiente de funcionamento de lógica altamente mercantil. Dessa forma, o ATFP também tem foco principal na distribuição de insumos.

Analisando as características das duas políticas em perspectiva comparada foi possível atingir o segundo objetivo específico deste trabalho, identificar as relações entre as duas políticas em diferentes aspectos.

Um primeiro elemento é que, apesar de ambas as políticas contarem com número bastante próximos de pontos de distribuição, observa-se que a AFAB cobre um maior número de municípios. A proporção de utilização dos serviços por região difere, principalmente devido ao modelo de adesão do ATFP que segue a lógica mercantil de distribuição de farmácias pelo território. Enquanto a AFAB é mais utilizada nas regiões N, NE e S, o ATFP é mais utilizado nas regiões S, SE e CO. Além disso, é possível que uma proporção maior de municípios de pequeno porte sejam atendidos pela AFAB, frente à baixa presença do ATFP nestes locais.

Com relação ao perfil dos usuários, na AFAB observa-se uma maior utilização proporcional por negros, com baixa escolaridade e que não possuem

plano de saúde, enquanto no ATFP o perfil é o oposto. Quando o parâmetro é a renda, ambas as políticas parecem ser mais utilizadas por pessoas com rendimentos médios e baixos. Uma possível explicação para este ponto seria o fato do PFPB atender majoritariamente dois tipos de usuários: aqueles oriundos do SUS que não obtiveram seus medicamentos gratuitamente e aqueles de renda média e baixa oriundos do setor privado.

Quando se observa a proporção de utilização de cada fonte ficou evidente que a AFAB é uma política mais abrangente que o ATFP, sendo a fonte de provisão de uma população cerca de três vezes maior quando se trata de hipertensão e diabetes, ainda que as proporções variem de região para região. Entretanto, para outros agravos e de um ponto de vista mais global, o setor privado ainda é o principal provedor de medicamentos ambulatoriais no Brasil. Outro fato de destaque é que aproximadamente metade das receitas atendidas no PFPB tem origem no SUS, e uma parte significativa dos que obtém no ATFP antes da existência do programa buscavam medicamentos no SUS ou em farmácias comerciais no caso de indisponibilidade do setor público, o que mostra que de fato pode haver migração de uma política para outra.

Nesse contexto onde usuários do SUS procuram o ATFP devido às falhas de provisão da AFAB e até mesmo migram de uma para outra, acreditamos que não se possa falar em complementariedade entre as políticas. Isso porque o termo, que evoca uma conotação de relação positiva, obscurece o fato que a utilização do ATFP não se deve a um desenho complementar entre as políticas, mas sim às falhas de provisão de uma delas, que acabam também naturalizadas e justificadas indiretamente.

O financiamento das duas políticas é outro ponto de tensão. Enquanto os recursos destinados pelo MS estão estagnados a anos, girando em torno de 1 bilhão de reais, o ATFP já recebe cerca de 2,4 bilhões de reais. Mesmo somando os valores investidos por estados e municípios na AFAB, que ainda precisam ser estimados com maior precisão, o financiamento do ATFP ainda é superior. A disparidade na evolução do financiamento de ambas as políticas não sustenta o argumento de que não há uma competição por recursos financeiros, com uma priorização do PFPB. Isso se torna ainda mais questionável frente e a maior abrangência, cobertura e menores custos da AFAB.

No geral pode se afirmar também que o ATFP apresenta condições estruturais melhores que a AFAB, onde a precariedade é a regra. Nesta, os espaços para armazenamento e atendimento são no geral inadequadas. Com relação aos recursos humanos o mesmo pode ser afirmado, mas cabe o destaque que, mesmo em menor grau no ATFP, tanto nas farmácias comerciais e nas unidades de saúde é comum a ausência de farmacêuticos e a utilização de pessoal pouco qualificado para realização da dispensação.

No que diz respeito à gestão, as políticas usam modelos radicalmente diferentes. Enquanto a AFAB se baseia nos princípios da administração direta pelo Estado, o PFPB é uma terceirização (ou privatização) a partir do subsídio à compra de medicamentos. As grandes dificuldades encontradas pela AFAB nas etapas de programação, aquisição e logística na, fortemente influenciadas pelas deficiências estruturais e falta de pessoal qualificado, são superadas no ATFP pelo modelo terceirizado, o que pode ser de certa maneira comprovado pela alta disponibilidade de medicamentos nesta modalidade e que não ocorre na AFAB. Por outro lado, a opção pelo modelo terceirizado gera maiores impactos financeiros. As evidências disponíveis mostram que o preço médio pago pelo poder público na dispensação é de 150-250% maior no ATFP do que na AFAB.

Com relação à assistência, pode-se afirmar que ambas as políticas estão focadas na distribuição de insumos, ficando as atividades de atenção e cuidado em segundo plano. Na AFAB, estas atividades são comprometidas pelas deficiências estruturais, gerenciais e de recursos humanos. Além disso, dada a baixa disponibilidade de medicamentos, é possível que a resolutividade também fique prejudicada. Entretanto, mesmo com estes problemas, a AFAB se mostra um local com potencial maior para a reorientação das práticas em saúde relacionadas à AF e integração destas com as demais ações de saúde. Já no ATFP a baixa disponibilidade não ocorre, mas as atividades de atenção e cuidado também deixam a desejar, não pelas deficiências estruturais ou de recursos humanos, mas principalmente pela própria orientação mercadológica de funcionamento destes estabelecimentos. Outro fator que pesa contra o ATFP é a completa desintegração da modalidade à AB.

De modo a atingir o terceiro objetivo, buscamos situar as características da AFAB e do PFPB, bem como a relação entre elas e a priorização do segundo, em

um contexto mais amplo de dilemas e desafios do sistema de saúde, que ajudam em certa medida a explicar estes fenômenos.

Em primeiro lugar, destacamos que o contexto macroeconômico de implementação do SUS, baseado na contenção de gastos e no ajuste fiscal, é um dos fatores determinantes do subfinanciamento do sistema de saúde. Se por um lado este fator ajuda a explicar parcialmente a baixa disponibilidade, os problemas estruturais e a lenta evolução da AFAB, por outro não colabora para o entendimento da rápida expansão do ATFP.

Com relação aos modelos de gestão, mostramos que a partir da Reforma do Estado na década de 90 e da naturalização de seus princípios a partir de então, uma série de novos mecanismos de gestão que visavam reduzir a prestação estatal direta e aumentar espaço para iniciativa privada vem sendo estabelecidos até os dias de hoje. Um pressuposto básico desse processo é que haja a mercantilização dos serviços, isto é, que eles se tornem rentáveis para que o setor privado possa então administrá-los. Nesse sentido, o modelo adotado pelo ATFP é totalmente coerente com esse processo, ainda que a sua implementação e forte expansão não possam ser totalmente atribuídas a uma mera preferência por um modelo ou uma orientação geral de redução do papel do Estado. Ainda dentro desse contexto, vale lembrar que a opção pelo subsídio ao setor privado ocorreu em um momento onde os princípios neoliberais já estavam politicamente e academicamente naturalizados na sociedade, sustentados sobre um discurso de colaboração entre público e privado e da diluição das fronteiras entre estes.

A gestão terceirizada trouxe grandes facilidades que podem ajudar entender em partes a priorização do ATFP, ao permitir um controle central, a utilização de uma ampla rede privada já instalada, e o contorno das dificuldades de gestão encontradas na AFAB. Todavia, a cobertura do programa mostra que este é um recurso restrito do ponto de vista da ampliação da provisão e seus altos custos indicam que o modelo não é a maneira mais eficiente de utilização dos recursos públicos. Além disso, a gestão não é um fim em si próprio, e a adoção do ATFP tem impactos importantes no modelo de atenção e na organização do sistema.

Outro fato de destaque que também ajuda a esclarecer a expansão do ATFP é o seu papel econômico, estando articulado com políticas desenvolvimentistas para

o CEIS. Essa formulação, de maneira simplificada, aponta para a necessidade de direcionar os investimentos em saúde para uma articulação virtuosa entre desenvolvimento econômico, fortalecimento do setor produtivo nacional, estímulo à inovação e as necessidades de saúde e do SUS. Nesse sentido, o papel do ATFP seria estimular o mercado farmacêutico, mais precisamente de medicamentos genéricos e ao mesmo tempo promover o acesso à medicamentos. Do ponto de vista econômico, ainda que possa ser relativizado seu impacto, o programa tem cumprido esse objetivo. Todavia, do ponto de vista assistencial, o ATFP colabora pouco para o enfrentamento de problemas estruturais da AF, como os altos e regressivos gastos privados dentro de uma hegemonia do mercado na provisão, a frágil regulação deste setor, o foco na distribuição de insumos em detrimento do cuidado e a medicalização. Assim, concluímos que a prevista articulação virtuosa neste caso não se concretiza, o que reforça a hipótese que o foco econômico do ATFP, principalmente a partir do SNTP, tem se sobressaído aos possíveis benefícios ao sistema de saúde.

Dois outros pontos que ajudariam a entender a priorização do ATFP frente a AFAB seria o seu grande apelo publicitário enquanto marca de governo e a sua coerência com outros processos políticos e econômicos ocorridos ao longo da década de 2000, que tinham como base a ampliação da renda, o estímulo ao consumo e ao mercado interno e a parceria com o setor privado para a oferta de serviços relacionadas aos direitos sociais.

Do ponto de vista das consequências assistenciais e para o modelo de atenção, o ATFP teria ainda impactos na segmentação da demanda e nas concepções de AB em disputa no sistema de saúde. Com relação ao primeiro ponto, a diferenciação entre usuários do setor público e do setor privado tem origens no período da ditadura civil-militar e se manteve no período SUS, porém nunca se tratou de uma segregação formal de indivíduos, mas sim da separação decorrente dessa dualidade, entre aqueles que “podem pagar” e os que “não pode pagar”. A novidade trazida pelo PFPB seria a introdução de mais um mecanismo de provisão, estabelecendo pela primeira vez uma parceria direta com o varejo farmacêutico em termos de políticas públicas. Esse novo mecanismo, ainda que também não estabeleça uma separação formal entre indivíduos, se destinaria a atender parcelas das classes C e D que utiliza planos e seguros de saúde. Na prática, dada a sua

baixa abrangência, o ATFP altera pouco o padrão de segmentação anterior, polarizado pela obtenção gratuita no setor público ou obtenção por desembolso direto no setor privado. Todavia, sua institucionalização aprofunda a segmentação dos usuários entre distintos padrões de utilização dos serviços de saúde, o que vai na contramão da universalidade.

Com relação ao segundo ponto, mostramos que os significados e conteúdos da AB vivem em constante disputa política-ideológica dentro do sistema de saúde. De um lado há uma concepção mais abrangente de AB, que entende este nível de atenção como estratégia de organização das ações de saúde, visando um sistema de saúde mais equitativo e efetivo para responder às necessidades de saúde. Esta concepção estaria mais alinhada com a proposta do SUS, por favorecer a perspectiva de universalidade, redução de desigualdades, de ações coletivas, a intersetorialidade e incorporar a perspectiva da determinação social das condições de saúde. De outro lado, a proposta de AB seletiva proposta por organismos internacionais seria focada em populações específicas e geralmente pobres, voltadas para os aspectos mais individuais da atenção e focada em doenças de alto impacto.

Pela caracterização realizada das políticas públicas de provisão de medicamentos, observamos que no caso da AFAB a baixa qualidade dos serviços prestados, sua maior utilização por populações de mais baixa renda, seu papel mais proeminente na provisão de medicamentos para doenças crônicas e sua desarticulação com os demais níveis de atenção acabam por aproximá-la da concepção mais seletiva de AB. Entretanto, mesmo com essas dificuldades, a AFAB está diretamente inserida na principal estratégia de organização do sistema de saúde brasileiro e possui potencial para que, caso enfrentadas as grandes dificuldades pela qual atravessa, tenha um papel mais proeminente enquanto eixo estratégico para consolidação da AB e aumente sua abrangência.

Por outro lado, o ATFP também reproduz a maioria desses problemas (baixa qualidade dos serviços, foco em poucos medicamentos para doenças crônicas, foco em população específica e menor abrangência), o que também aproxima a política da concepção seletiva, porém com importantes agravantes: a total desarticulação com a AB e o restante do sistema de saúde, a distância do modelo da estratégia de organização do sistema de saúde, a cobrança por determinados medicamentos

(copagamento) e, principalmente, o caráter mercantil em seu ambiente de funcionamento. Essas características colocam o ATFP invariavelmente como uma política que reforça o lado curativo, liberal, individual e mercantil do sistema de saúde.

Por fim, a partir destas considerações, acreditamos que o objetivo geral e os específicos deste estudo foram atingidos, ainda que diversos dos temas abordados mereçam análises mais aprofundadas e que diversas das análises possam apresentar inconsistências.

8.3 Conclusão

A partir dos resultados encontrados, consideramos importante destacar de maneira resumida algumas conclusões. A primeira delas é que existe uma grande diferença nas características assistenciais, gerenciais, financeiras, políticas e ideológicas da AFAB e do ATFP enquanto políticas públicas voltadas para provisão pública de medicamentos ambulatoriais, com objetivos e público-alvo relativamente semelhante.

Essas diferenças, levam a importantes incongruências e assimetrias na relação entre as políticas que, como consequência principal, apontam para uma priorização do ATFP em relação à AFAB e distanciam essa relação de uma possível complementariedade entre as políticas. Ao contrário, dado a esse favorecimento, parece haver uma admissão indireta e simbólica do poder público de sua incapacidade de prover medicamentos pela AFAB como deveria, uma vez que não há indícios de que esta política terá seu papel revisto no sistema de saúde, ou será reestruturada. Esse quadro, leva ainda a uma deslegitimação da AFAB e reforço da noção de maior eficiência privada.

Entretanto, ficou evidenciado que o ATFP apresenta importantes desvantagens econômicas e de abrangência em relação à segunda, o que torna ainda mais questionável a opção pelo maior fortalecimento do PFPB. No quadro atual, ambas estão distantes de um enfrentamento maior a problemas estruturais da provisão de medicamentos no Brasil, como os altos gastos privados, a predominância do setor privado na provisão, a baixa qualificação dos serviços e o

foco na distribuição em detrimento do cuidado, ainda que em conjunto com o setor privado têm conseguindo garantir acesso à quase totalidade da população.

Assim, tanto o ATFP quanto a AFAB não fortalecem o papel da AF enquanto eixo estratégico para consolidação da AB e organização do sistema de saúde, na perspectiva da consolidação do SUS enquanto sistema de saúde universal, que garanta o direito à saúde de maneira integral e cumpra seu papel na redução das desigualdades sociais de nosso país.

Destacamos também que a relação da AFAB e do ATFP com questões políticas, econômicas e ideológicas mais amplas são essenciais para entender os caminhos trilhados por elas. Uma análise meramente setorial tenderia a considerar as diferenças nos desenhos e trajetórias das políticas apenas como opções de gestão dos recursos públicos e estratégias para atender as necessidades de saúde, o que ao nosso ver é equivocado. O contexto onde as relações entre AFAB e ATFP se desenvolvem, ainda que seja difícil estabelecer relações diretas de determinação, são absolutamente fundamentais para a compreensão das políticas.

Nesse caso, destacamos que a grande influência da hegemonia política, econômica e ideológica do neoliberalismo durante o período de desenvolvimento das políticas de provisão é elemento fundamental para o entendimento das consequências do subfinanciamento e da opção pela parceria com o setor privado como modo de gestão no ATFP, opção esta que se enquadra nas definições de mercantilização e na orientação de redefinição do papel do Estado na oferta de serviços. Pesa também a forte tendência de expansão do mercado farmacêutico, ponto intrínseco ao desenvolvimento capitalista do setor saúde no Brasil, bem como as políticas desenvolvimentistas para o Complexo Econômico Industrial da Saúde que tem no PFPB uma das ferramentas para estímulo da demanda e da produção privada nacional de medicamentos.

Por fim, os reflexos desses processos, somados à trajetória histórica do sistema de saúde brasileiro, apontam para um quadro onde o modelo de atenção é impactado pelo aprofundamento da segmentação da demanda na provisão de medicamentos; pela manutenção da hegemonia do setor privado como principal meio de obtenção de medicamentos ambulatoriais e, conseqüentemente

manutenção dos altos gastos privados; e pelo reforço de uma concepção de atenção básica seletiva e voltada para os mais pobres.

8.4 Estudos Futuros e Recomendações

Entre as principais lacunas encontrada na literatura por este estudo, que podem servir como ponto de partida para investigações futuras estão: análises mais atualizadas sobre a evolução do financiamento da AFAB, especialmente no que diz respeito à participação de estados e municípios; análises mais detalhadas sobre o perfil socioeconômico dos usuários do ATEP e da AFAB, sobre a dinâmica de utilização desses serviços e migração do segundo para o primeiro; melhores caracterizações sobre os diferentes perfis de funcionamento da AFAB.

Outro campo de estudo de grande importância para o melhor entendimento do funcionamento das fontes de provisão de medicamentos no Brasil é o varejo farmacêutico. Ainda que esta seja a principal fonte de provisão, existem poucos estudos que analisem o perfil econômico das farmácias comerciais, sua evolução, suas estratégias de mercado e a influência destas questões no perfil de utilização, consumo e gastos privados com medicamentos no Brasil, além do impacto assistencial e na medicalização. Vale também buscar o maior aprofundamento sobre a influência política do varejo farmacêutico na definição das políticas públicas em diversos âmbitos institucionais (ministérios, legislativo, vigilância, etc.). As mesmas questões também se aplicam ao mercado farmacêutico como um todo, passando por laboratórios nacionais e multinacionais e distribuidoras de medicamentos.

Sobre linhas de pesquisas mais gerais de pesquisa e sobre o debate político e acadêmico, fazemos ainda outras considerações. As políticas farmacêuticas precisam ser pensadas em uma perspectiva mais ampla de dilemas e desafios do SUS, que necessitam de um esclarecimento prévio de que modelo de sistema de saúde se defende, e dentro disso, qual o papel das políticas farmacêuticas na consolidação dos modelos que se defendem. Assim, é necessário superar as abordagens setoriais, que acabam por tratar indicadores e dados de maneira descolada de uma perspectiva ampla, do papel que as políticas farmacêuticas tem cumprido.

Nesse sentido, partindo da nossa perspectiva da defesa de um sistema de saúde universal, público e redistributivo, consideramos que algumas questões estruturais sejam colocadas no centro da agenda. Não acreditamos ser possível a consolidação da proposta original do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira sem o profundo enfrentamento à estrutura regressiva de gastos privados com medicamentos. Isso passa ao nosso ver pela revisão do papel restrito e focado das políticas de provisão de medicamentos, o que depende diretamente da ampliação e qualificação da provisão pública via AFAB e por uma profunda redefinição do papel majoritário do setor privado no acesso à medicamentos, apontando para a necessidade de uma forte regulação deste setor e da diminuição de seu caráter mercantil. De maneira resumida, acreditamos que nos dias de hoje muito mais importante do que discutir como ampliar o acesso, deve-se discutir como se dá esse acesso e para qual caminho apontam os mecanismos de provisão na forma em que hoje se configuram.

Todavia sabemos que estas propostas não dependem apenas da vontade de gestores ou da argumentação acadêmica. Nesse sentido o que dizemos não passam de meros apontamentos, e qualquer formulação e proposta alternativa para AFAB ou para o setor privado tem que ser produto de um amplo debate na sociedade. Estes debates só se tornam possíveis mediante a politização das discussões acerca das políticas de medicamentos e do sistema de saúde, que envolve o conflito por diferentes concepções ideológicas, ainda que estas estejam diluídas entre questões técnicas e demandas concretas e urgentes. E que, certamente são debates não se restringem à saúde, passando necessariamente discussões mais amplas sobre o papel das políticas sociais no Brasil, sobre o papel do Estado brasileiro, e sobre as determinações política e econômicas que impedem a construção de uma país mais justo e igualitário.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral SMS, Blatt CR. Municipal consortia for medicine procurement: impact on the stock-out and budget. *Rev Saude Publica*. 2011;45(4).
- Aragão-Junior, G. Avaliação política do programa Farmácia Popular do Brasil à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde. São Luís. Dissertação [mestrado em Políticas Públicas] – Universidade Federal do Maranhão; 2012.
- Araújo, ALA. Assistência farmacêutica como modelo tecnológico. Ribeirão Preto. Tese [doutorado em ciências farmacêuticas] – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, USP; 2005.
- Araújo, ALA; Pereira, LRL; Ueta, JM; Freitas, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2008; 13(Sup):611-617.
- Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1737-46.
- Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(4):927-37.
- Arretche, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In: Rico, E (org.). *Avaliação de Políticas: uma Questão em Debate*. São Paulo: Cortez Editora; IEE/PUC/SP, 1998. p. 29-39.
- Aurea AP, Magalhães LCG de, Garcia LP, Santos CF dos, Almeida RF de. Programas de Assistência Farmacêutica do governo federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008. IPEA Texto Para Discussão. 2011;1658.
- Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJC, Xavier AJ, d' Orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2011;27:1939-50.
- Azeredo, TB. Política Nacional de Medicamentos no Brasil: da estrutura normativa à reflexão dos agentes sobre o processo de implementação. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz. 2012.
- Bahia L. Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado. *Saúde e Sociedade*. 2005; 14(2):9-30.
- Bahia, L. A privatização do sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: Santos NR, Amarante PDC (orgs). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011.
- Baptista, TWF; Machado, CV; Lima, LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos poderes. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):829-839.
- Baptista, TWF; Mattos, RA. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: Mattos, RA; Baptista, TWF (Orgs.). *Caminhos Para a Análise de Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: 2011. p. 52-91. Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps.
- Baptista, TWF; Rezende, M. A ideia de ciclo na análise de políticas. In: Mattos, RA; Baptista, TWF (Orgs.). *Caminhos Para a Análise de Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: 2011. p.138-172. Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps.
- Barberato-Filho S, Lopes LC. A influência da margem de lucro na comercialização de medicamentos. *Rev Ciênc Farm Básica E Apl*. 2009;28(1):99-106.

- Barreto JL, Guimarães M do CL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. [Evaluation of decentralized management of basic pharmaceutical care in Bahia State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2010 06PY - 2010;26(6):1207–20
- Barros, AJD; Bertoldi, AD. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. *Int J Epidemiol*. 2008; 37:758-765.
- Barros AJ, Bastos JL, Dâmaso AH. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. *Cad Saúde Pública*. 2011;27:s254–62.
- Bastos, AA; Costa, EA; Castro, LLC. Trabalho em saúde: vigilância sanitária de farmácias no município de Salvador (Bahia, Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16(5):2391-2400.
- Bermudez, JAZ; Oliveira, MA; Luiza, VL. Assistência Farmacêutica. In: Giovanella, L *et al.* (orgs) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 657-685.
- Bertoldi, AD; Barros, AJD; Wagner, A; Ross-Degnan, D; Hallal, PC. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. *Health Policy*. 2009; 89(3):295–302.
- Bertoldi, AD; Barros, AJD; Camargo, AL; Hallal, PC; Vандoros, S; Wagner, A; Ross-Degnan, D. Household expenditures for medicines and the role of free medicines in the Brazilian public health system. *Am J Public Health*. 2011; 101(5):916-921.
- Bertoldi AD, Helfer AP, Camargo AL, Tavares NU, Kanavos P. Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines. *Glob Health*. 2012;8(6).
- Bevilacqua G, Farias MR, Blatt CR. Procurement of generic medicines in a medium size municipality. *Rev Saude Publica*. 2011 05PY - 2011;45(3):583–9.
- Bittencourt RA. Avaliação da assistência farmacêutica no município de Uruguaiana-RS. Dissertação. [Pelotas-RS]: Universidade Federal de Pelotas; 2014
- Boing AC, Bertoldi AD, Peres KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(5):897–905.
- Boing, AC; Bertoldi, AD; Boing, AF; Bastos, JL; Peres, KG. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(4):691-701.
- Bonotto LF, Colet C de F. Farmácia Popular do Brasil em Ijuí: perfil dos usuários e redução de preços dos produtos. *Rev Bras Farm*. 2013;94(1):41–8.
- Borges L de M, Silva EV da. Análise dos indicadores de prescrição médica em uma unidade de saúde de Anápolis-GO. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2010;4(3):63–72.
- Boschetti, I. Sobre a Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. In: CFESS; ABEPSS (orgs.). In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS, 2009, v.1, p. 575-592.
- Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
- Brasil. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do ministro. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº176/GM, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2084/GM, de 26 de outubro de 2005. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências.

- Brasil. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a. Relatório final.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007a. 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.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3237/GM, de 24 de dezembro de 2007b. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2982/GM, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971/GM, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1555/GM, 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).
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica. Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil - Rede Própria. 2014a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/23/manual-basico-fp1170511.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica. Manual de Orientações às Farmácias e Drogarias Credenciadas no "Aqui Tem Farmácia Popular". 2014b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/23/MANUAL-aquitem.pdf>
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988.
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Brasil. Presidência da República. Decreto nº 5090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências.
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 13021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.
- Brazil Pharma, Relações com Investidores, 2012, Formulário de Referência - 2012 - Brazil Pharma S.A. Disponível em www.brazilpharma.com.br.
- Bruns S de F. Política de assistência farmacêutica no município de João Pessoa, PB: contexto, desafios e perspectivas. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz; 2013
- Bruns S de F, Luiza VL, Oliveira EA de. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. Rev Adm Pública. 2014 Jun;48(3):745–65.
- Bueno CS, Moreira AC, de Oliveira KR. Preço dos medicamentos utilizados nas doenças cardiovasculares no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(1)
- Carraro WBWH. Desenvolvimento Econômico do Brasil e o Programa Aqui Tem Farmácia Popular: limitantes e potencialidades. Porto Alegre. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Econômicas - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014

- Carvalho, G. Farmácia Popular sim, pagamento por remédios não! *Saúde em Debate*. 2004, 67(28):173-175.
- Carmo TA do, Farhat FCLG, Alves JM. Indicadores de Prescrições Medicamentosas: ferramentas para intervenção. *Saúde Em Rev*. 2003;11(5):49-55
- Chaves ES. Gastos com medicamentos distribuídos em atenção primária de saúde em Fortaleza-CE e co-fatores influentes no ano de 2007. Dissertação de Mestrado. Fortaleza/CE: Universidade Federal do Ceará; 2009.
- Chaves GC, Emmerick ICM, Pouvourville N, Saint-Denis T, Fonseca ASA, Luiza VL. Indicadores de uso racional de medicamentos e acesso a medicamentos: um estudo de caso. *Rev Bras Farm*. 2005;86:97-03
- Colombo D, Helena ETS, Agostinho A, Didjurgett J. Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de Programa de Saúde da Família de Blumenau. *Rev Bras Ciênc Farm*. 2004;40(4).
- Conselho Federa de Farmácia (CFF). Relatório da Comissão de Fiscalização. Brasília: CFF; 2008.
- Conselho Federal de Farmácia (CFF). Relatório da Comissão de Fiscalização. Brasília: CFF; 2010.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 388, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
- Cordeiro H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- Correr CJ, Rossignoli P, Pontarolo R, others. Perfil de los farmacéuticos e indicadores de estructura y proceso en farmacias de Curitiba, Brasil. *Pharm Pract*. 2004;2(1):37-45.
- Cosendey MAE. Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil [Internet]. 2000
- Cosendey MAE, Bermudez JAZ, dos Reis AL de A, da Silva HF, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(1):171-82.
- Costa, CMMC. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família em Belém – Pará: organização, desafios e estratégias de reestruturação. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.
- Costa KS. Acesso e uso de medicamentos: inquéritos de saúde como estratégia de avaliação. Tese de doutorado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014.
- Costa KS, Nascimento Jr JM. Hórus: inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(Supl): 91-9.
- Cunha MA. Fatores determinantes da mortalidade de micro e pequenas farmácias da Baixada Santista: sob o olhar do farmacista. Dissertação de Mestrado. São Bernardo do Campo: Universidade Metodistas de São Paulo; 2012
- Cunha MCN da, Zorzatto JR, Castro LLC de. Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. *Rev. Bras. Cienc. Farm*. 2002; 38(2);215-27
- De Bernardi CL, Bieberbach EW, Thomé HI. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17a Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saude Soc*. 2006;15:73-83.
- Diniz BPC, Servo LMS, Piola SF, Eirado M. Gastos das Famílias com Saúde no Brasil: Evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: Silveira FG, Servo LM, Menezes T, Piola SF (orgs). *Gastos e consumo das famílias brasileiras contemporâneas (volume 2)*. IPEA. Brasília, 2007.
- Emmerick ICM, Luiza VL, Pepe VLE. Pharmaceutical services evaluation in Brazil: Broadening the results of a WHO methodology. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(4):1297-306.

- Emmerick ICM, Nascimento Jr JM, Pereira MA, Luiza VL, Ross-Degnan D & cols. Farmacia popular program: changes in geographic accessibility of medicines during ten years of a medicine subsidy policy in Brazil. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* [aceito para publicação]. 2015
- Escorel, S. Reviravolta na Saúde: a origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- Faleiros DR, Silva GD. Gestão Racional da Assistência Farmacêutica: Farmácia de Minas. In: Osorio-de-Castro, CGS *et al.* (orgs). *Assistência Farmacêutica – gestão e prática para profissionais da saúde*. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p 391-7.
- Farias AD, Cardoso MAA, Medeiros ACD de, Belém L de F, Simões M de O da S. Prescription indicators in Family Health basic units of the municipal district of Campina Grande, PB. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):149–56.
- Ferreira AMB; Júnior, LC. Medicamentos, farmácia, farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas. *Revista Espaço para a Saúde*. 2002; 4(1).
- Ferreira AMB, Cordoni Jr L. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. *Rev Adm Publica*. 2007;41(3):475–86.
- Ferreira RL. Análise de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de caso [Dissertação]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz; 2006.
- França Filho JB de, Correr CJ, Rossignoli P, Carolina A, Melchioris FF-L, Pontarolo R. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. *Braz J Pharm Sci*. 2008; 44(1)
- Frenkel, J. Programas de acesso aos medicamentos: ações diretas do governo e/ou mecanismos de mercado. In: Gadelha *et al.* (orgs.). *Saúde e Indústria Farmacêutica em debate*. São Paulo: Editora Cubzac; 2008. p. 123-141.
- Frenkel, J. Medicamentos: políticas de acesso, segmentação da demanda e progresso técnico. In: Buss, PM; Carvalheiro, JR; Casas, CPR. *Medicamentos no Brasil: inovação e acesso*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 167-197.
- Frohlich SE, Mengue SS. Os indicadores de qualidade da prescrição de medicamentos da Organização Mundial da Saúde ainda são válidos. *Cien Saude Colet*. 2011;16(4):2289–96.
- Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde, 2003. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2003;2:521-35
- Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(supl1): 13-20
- Gadelha CAG, Maldonado J, Vargas M, Barbosa PR, Costa LS. *A Dinâmica do Sistema Produtivo da Saúde: inovação e complexo econômico-industrial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- Gadelha CAG, Costa LS, Maldonado J. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. *Rev. Saúde Pública*. 2012b; 46(supl): 21-8.
- Garcia, LP; Magalhães, LCG; Sant'Anna, AC; Freitas, LRS; Aures, AP. 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. *Textos para discussão 1839*. Brasília: IPEA; 2013.
- Garcia, LP; Sant'Anna, AC; Magalhães, LCG; Aures, AP. Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes em regiões metropolitanas: composição e evolução no período 1995-2009. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013b; 18(1):115-128.

- Garcia MM, Guerra Jr AA, Macedo RC, Acurcio F de A. Modelos de Assistência Farmacêutica no Brasil: Programa Rede Farmácia de Minas e Programa Farmácia Popular do Brasil. Mem Conv Int Salud Pública Cuba Salud 2012.
- Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L *et al.* (orgs) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p 493-545.
- Giroto E, Silva PV da. Drug prescription in a city of the north of Paraná. Rev Bras Epidemiol. 2006;9(2):226–34
- Goulart, FAA. Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso? Tese [doutorado em saúde pública] – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
- Guerra Jr, AA; Acurcio, FA; Gomes, CAP; Miralles, M; Girardi, SN; Werneck, GAF; Carvalho, CF. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004; 15(3):168-175.
- Guerra Jr, AA; Acurcio, FA. Política de medicamentos e assistência farmacêutica. In: Acurcio, FA (org). Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoconomia. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2013, p. 13-73.
- Guerra Jr, AA; Camuzi, RN. Logística Farmacêutica. In: Osorio-de-Castro, CGS *et al.*(orgs). Assistência Farmacêutica – gestão e prática para profissionais da saúde. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p 89-118.
- Helfer AP, Camargo AL, Tavares NUL, Kanavos P, Bertoldi AD. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. Rev Panam Salud Pública. 2012;31:225–32.
- Hypermarcas. Relações com Investidores, 2012. Formulário de Referência – 2012 - Hypermarcas S/A. Disponível em www.hypermarcas.com.br.
- IBGE. Contas Satélites de Saúde, Brasil 2007-2009. Contas Nacionais número 37. Rio de Janeiro, 2012.
- ICTQ. Relatório Anual 2014 – Mercado Farmacêutico 360º. Publicação.
- IMS Health. IMS Leap Study 2010. Launch evolution across pharmerging markets, 2010. Disponível em www.imsconsultinggroup.com.
- IPEA. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. 2011;19.
- Junges F. Avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil: aspectos referentes a estruturas e processos [Dissertação]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
- Kauffmann C, Fernandes LC, Deitos A, Laste G, Heberlé G, Castro LC de, et al. Analysis of pharmaceutical assistance in the Taquari Valley, Rio Grande do Sul: profile of service users and access to medication. Braz J Pharm Sci. 2009;45(4):777–85.
- Lacerda RCF. Análise da organização da assistência farmacêutica em municípios a luz da política nacional de medicamentos. Dissertação de Mestrado. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
- Laste G, Torres IL da S, Deitos A, Souza A de, Kauffmann C, Fernandes LC, et al. Análise de prescrições médicas dispensadas em farmácia no Sistema Único de Saúde. Rev HCPA Fac Med Univ Fed Rio Gd Sul. 2013;33(1):15–25.
- Lima MG, Ribeiro AQ, Acurcio F de A, Rozenfeld S, Klein CH. Composição dos gastos privados com medicamentos utilizados por aposentados e pensionistas com idade igual ou superior a 60 anos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(6):1423–30.
- Lopes NM de S. Desenvolvimento de indicadores de qualidade da prescrição médica em atenção primária de saúde em Fortaleza-CE [Dissertação]. [Fortaleza/CE]: Universidade Federal do Ceará; 2008

- Lu, Y; Hernandez, P; Abegunde, D; Edejer, T. World medicines situation, 2011: medicine expenditures. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: http://www.who.int/entity/nha/docs/world_medicine_situation.pdf
- Luiza VL, Emmerick ICM. Farmácia Popular – o impacto das políticas de subsídios no acesso e no uso de medicamentos no Brasil - ISAUM-Br. Apresentação presented at: VII Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica; 2014 Dec 9; Brasília, DF.
- Luz TCB, Loyola Filho AI de, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(7):1578–86.
- Machado CV, Lima, LD, Andrade CLT. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(1): 187-200.
- Machado, RC. Atenção básica e medicamentos: a dualidade da política nacional de assistência farmacêutica no período Lula. Monografia [especialização em saúde pública] – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
- Magarinos-Torres R, Pepe VLE, Oliveira MA, Osorio-de-Castro CGS. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014 Sep;19(9):3859–68
- Malta, DC. Modelos Assistenciais na Saúde Complementar: o desafio da construção de práticas cuidadoras. In: Montone J, Werneck A (orgs.). Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003; 3(1). Rio de Janeiro: MS/ANS; 2004. p.121-146.
- Marcondes NSP. A assistência farmacêutica básica eo uso de medicamentos na zona urbana do município de Ponta Grossa, Paraná: estudo de caso. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz; 2002
- Marquesini AMBG, Carmo GT. Análise sistêmico-institucional da Central de Medicamentos – CEME. *Revista de Administração Pública*. 1980; 14(1); 127-178.
- Mendes Á. Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012.
- Mendes A, Marques RM. O financiamento do SUS sobre os ventos da financeirização. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14(3); 841-50
- Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM da, Freitas P da S, Costa KS, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde Em Debate*. 2014;38(Especial):109–23.
- Mengue SS. Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) - Primeiros Resultados. Apresentação em evento. *Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: resultados e avanços de pesquisas estratégicas para o SUS*. Brasília: 2014, Nov 13.
- Menolli, PVS; Ivama, AM; Cordonni JR, L. Description of the pharmaceutical services offered by the universal health care system at the primary care level in Londrina, Paraná, Brazil. *Revista Panam de Salud Pública*. 2009; 25(3):254–259.
- Miranda, BC; Mordehachvili, M. Uma análise da atratividade do varejo de farmácias brasileiro para investidores. Monografia [conclusão de graduação] – Rio de Janeiro: Escola Politécnica, UFRJ; 2013.
- Miranda, EC; Santos-Pinto, CDB; Reis, ALA; Emmerick, ICM; Campos, MR; Luiza, VL; Osorio-de-Castro, CGS. Disponibilidade no setor público e preços no setor privado: um perfil de medicamentos genéricos em diferentes regiões do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(10):2147-2158.

- Cardoso FM, Campos GWS. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia. *Saúde em Debate*. 2013; 37(97); p. 219-32.
- Mattos LV. Planos e Seguros de Saúde, a Oferta de Medicamentos Ambulatoriais e o Mercado De Gerenciamento de Benefício Farmacêutico (GBF): Estratégias, Articulações e Tendências. In: Relatório Final do projeto -Reorganização de Grupos Hospitalares e Empresas de Planos de Saúde: Repercussões no Complexo Econômico-Industrial da Saúde. OPAS: 2014.
- Moura CS de, Perini E. Evaluation of pharmaceutical assistance in municipalities in the state of Minas Gerais. *Braz J Pharm Sci*. 2009;45(2):279–86.
- Naves, JOS; Silver, LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(2):223-230.
- Naves, JOS; Castro, LLC; Melo, GF; Giavoni, A; Merchán-Hamann, E. Práticas de atendimento a DST nas farmácias do Distrito Federal, Brasil: um estudo de intervenção. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(3):577-586.
- Nóbrega O de T, Marques AR, Araújo ACG de, Karnikowski MG de O, Naves JOS, Silver LD. Retail prices of essential drugs in Brazil: an international comparison. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;22(2):118–23
- Oliveira AF de. A percepção dos farmacêuticos como profissionais da atenção primária em saúde no SUS de Fortaleza-CE. Dissertação de Mestrado. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2008.
- Oliveira, LCF; Assis, MMA; Barboni, AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos a Atenção Básica a Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 3):3561-3567.
- Oliveira JA, SMF Teixeira. (Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil. 2ª Edição. Editora Vozes, 1989.
- Organização Mundial da Saúde. How to Investigate Drug Use in Health Facilities: Selected Drug Use Indicators. EDM Research Series No. 007. 1993.
- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/ OMS); Ministério da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: OPAS/OMS, MS; 2005.
- Paim, JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella, L *et al.* (orgs) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p 459-91.
- Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):267–80.
- Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Acesso Gratuito Medicam Para Hipertens E Diabetes Em Idosos Uma Real Ser Construída. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26(6):1163–74
- Pereira, MA. Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do governo federal. Dissertação [mestrado profissional em saúde pública] – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
- Pereira VOM, Acurcio FA, Guerra Júnior AA, Silva GD, Cherchiglia ML. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. *Cad Saude Publica*. 2012;28(8):1546–58.
- Piola SF, Paiva AB, Sá EB, Servo LMS. Financiamento Público da Saúde: uma história á procura de rumo. Texto para Discussão 1846. IPEA: Brasília, 2013.

- Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU). Annual report 2012. Brussels: PGEU, 2013.
- Portela A da S, Silva PCD da, Simões MO da S, Medeiros ACD de, Montenegro Neto AN. Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2012 Jun;21(2):341–50
- Reis, AT. Modelos tecnoassistenciais em Belo Horizonte, de 1987 a 1964: em direção a uma compreensão sobre a produção de serviços de saúde. Dissertação [mestrado] – Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.
- Rempel A, Diefenthaler H, Gonçalves I. Avaliação dos indicadores de assistência ao paciente estabelecidos pela OMS no município de Erechim-RS. *Perspectiva*. 2013;37(137):73–80.
- Ribeiro PRS, Silva JL, Sousa HWO. A prescrição medicamentosa nas unidades do Programa de Saúde da Família no município de Imperatriz-MA. *Sci Plena*. 2013;9(10)
- Rizotto MLF. O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS. Tese de Doutorado. Campinas: Unicamp, 2000.
- Rizzotto MLF, Gil CRR, Carvalho M, Fonseca ALN, Santos MF. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde em Debate*. 2014; 38; 237-51.
- Romano-Lieber, NS; Cunha, NFC; Ribeiro, E. A farmácia como estabelecimento de saúde. *Revista de Direito Sanitário*. 2008; 9(3):188-199.
- Santos V, Nitrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):819–26.
- Santos-Pinto, CB. O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura de utilização frente à Política Nacional de Medicamentos. Dissertação [mestrado em saúde pública] – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
- Santos-Pinto, CDB; Miranda, ES; Emmerick, ICM; Costa, NR; Osorio-de-Castro, CGS; Medicine prices and availability in the Brazilian Popular Pharmacy Program. *Rev Saúde Pública*. 2010;44:4
- Santos-Pinto CDB, do Rosário Costa N, Osorio-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos The “Farmácia Popular do Brasil” Program and aspects of public provision of medicines in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2963–73
- Sestelo JAF, Souza, LEPF, Bahia L. Saúde Suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(5):851-66.
- Silva, LK. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2002; 8(2):501-20
- Silva, MM. Regulação de medicamentos: uma aproximação às autoridades sul-americanas. Dissertação [mestrado em saúde pública] – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
- Silva RM da. Programa “Aqui tem Farmácia Popular”: expansão entre 2006-2012 e comparação com os custos da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro Rio de Janeiro Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2014.
- Silveira, FG; Osório, RG; Piola, SF. Os gastos das famílias com saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):719-731.
- Siqueira F, Castro LLC de. Uso de medicamentos em atenção básica na Secretaria de Estado de Saúde-DF. *Comun Em Ciênc Saúde*. 2010;21(2):125–32.

- Sousa, JAR. Gerenciamento do Benefício Farmácia: análise da informação de consumo de medicamentos de pacientes com tendência terapêutica para hipertensão arterial. Dissertação. São Paulo. Pontifícia Universidade Católica, 2009.
- Souza LS, Porto JG, LYRA JUNIOR DP. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. *Rev Ciênc Farm Básica E Apl.* 2012;32(3):403–10.
- Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. Assistência Farmacêutica: Programa Farmácia de Minas. Relatório Final de Auditoria Operacional. Belo Horizonte, 2011.
- Tribunal de Contas da União. Farmácia Popular. Relatório de Auditoria Operacional. Brasília, 2011.
- Valor Econômico. Análise Setorial – Farmácias e Drogarias. 2014.
- Vialle-Vallentin, CE; Ross-Degnan, D; Ntaganira, J; Wagner, AK. Medicines coverage and community-based health insurance in low-income countries. *Health Res Policy Syst.* 2008; 6(11).
- Viana, ALD; Baptista, TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella, L *et al.* (orgs) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p 59-87.
- Viana ALD, Fausto MCR. Atenção Básica e Proteção Social: universalismo x focalismo e espaço não-mercantil da assistência. In: Viana, ALD, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Proteção Social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005.p. 150-67.
- Vieira, FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2007; 12(1):213-220.
- Vieira, FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2008; 24(2):91-100.
- Vieira, FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. *Rev Saude Publica.* 2009; 43(4):674–81.
- Vieira, FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2010; 27(2):149-156.
- Vieira FS, Zucchi P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. 2011;45(5):906–13.
- Vieira, FS, Zucchi, P. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc.* 2013; 22(1):73-84.
- Vooss AT, Diefenthaler HS. Evaluation of prescription indicators established by the WHO in Getúlio Vargas-RS. *Braz J Pharm Sci.* 2011;47(2):385–90.
- Xavier, J. Por que tanta farmácia? *Revista Radis: Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 29, 2005.
- Xu, K; Evans, DB; Kawabata, K; Zeramdini, R; Klavus, J; Murray, CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet.* 2003; 362:111-117.
- Zaire CEF. A relação entre a indústria farmacêutica ea assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): a compra estadual e municipal de medicamentos no Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.