

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PLANEJAMENTO
REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE
CURSO DE DOUTORADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E
GESTÃO DA CIDADE

José Eduardo Manhães das Silva

**Arranjos de Provisão de Medicamentos Básicos e Essenciais: análise do
Programa Farmácia Popular do Brasil**

Campos dos Goytacazes
Novembro/2019

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PLANEJAMENTO
REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE
CURSO DE DOUTORADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E
GESTÃO DA CIDADE

José Eduardo Manhães das Silva

**Arranjos de Provisão de Medicamentos Básicos e Essenciais: análise do
Programa Farmácia Popular do Brasil**

Tese apresentada ao Programa de
Doutorado em Planejamento
Regional e Gestão da Cidade, da
Universidade Candido Mendes –
Campos/RJ, para a obtenção do
título de Doutor.

Área de concentração:
Planejamento Regional e Urbano.

Orientadora: Prof^a. Lia Hasenclever
Coorientador: Prof. Valdir Junio dos Santos

Campos dos Goytacazes
2019

Silva, José Eduardo Manhães das.

Arranjos de provisão de medicamentos básicos e essenciais: análise do Programa Farmácia Popular do Brasil. / José Eduardo Manhães das Silva – 2019.
176 f.

Orientadora: Lia Hasenclever.
Coorientador: Valdir Junio dos Santos.

Tese de Doutorado em Planejamento Regional e Gestão da Cidade –
Universidade Candido Mendes – Campos. Campos dos Goytacazes, RJ, 2019.
Referências: f. 151-167

1. Política pública. 2. Assistência Farmacêutica - Brasil. I. Universidade Candido
Mendes – Campos. II. Título.

CDU – 32:615(81)

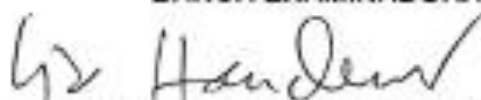
JOSÉ EDUARDO MANHÃES DA SILVA

ARRANJOS DE PROVISÃO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS E ESSENCIAIS:
ANÁLISE DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL.

Tese apresentada ao PROGRAMA de
Doutorado em Planejamento Regional e
Gestão da Cidade, da Universidade
Candido Mendes – Campos/RJ, para a
obtenção do grau de DOUTOR EM
PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO
DA CIDADE.

Aprovado em 28 de novembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA



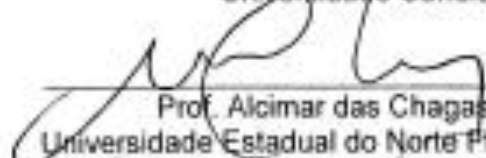
Prof.^a Lia Hasenclever, D.Sc - Orientadora
Universidade Candido Mendes



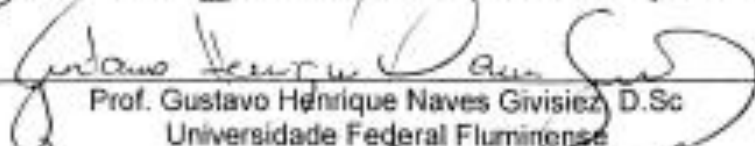
Prof. Valdir Junio dos Santos, D.Sc – Co-orientador
Universidade Candido Mendes



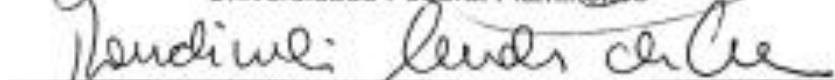
Prof.^a Ana Paula Serpa Nogueira de Arruda, D.Sc
Universidade Candido Mendes



Prof. Alcimar das Chagas Ribeiro – D.Sc
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro



Prof. Gustavo Henrique Naves Givisiez, D.Sc
Universidade Federal Fluminense



Prof. Rondinei Mendes da Silva, D.Sc
Fundação Oswaldo Cruz

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
2019

Agradecimentos

Muito e a muitos tenho de agradecer. Mas, primeiramente, e principalmente, a Deus, que me proporcionou saúde, forças e esperança em mais essa jornada de crescimento como ser humano e profissional.

Ao meu pai José que, em sua formação de vida modesta, sempre demonstrou tranquilidade, paciência e foi exemplo de honestidade. A minha mãe Edelma, cujo apoio maternal, perseverança e a postura incansável de labor sempre foi exemplo e um porto seguro em momentos de inseguranças e insucessos.

A meu irmão Fernando, cuja personalidade plácida e responsável sempre foi exemplo de comportamento e referência a ser observado e seguido.

A minha esposa Patrícia, de notável obstinação quanto a suas responsabilidades e propósitos, que não perdendo o vigor no transcorrer do tempo, proporcionou-me condições para cumprir essa laboriosa tarefa.

Aos meus amados filhos, Gabriel e Júlia, que em diversos momentos entenderam as angústias, o cansaço do pai e minha ausência, sempre sendo serenos e amigos durante o desenvolvimento desse trabalho. Também a eles, dedico os resultados desse trabalho de forma unicamente especial.

A todos os meus colegas do curso de Planejamento Regional e Gestão da Cidade, sempre competentes, dispostos a dividir conhecimentos, expressando-os sempre de forma elegante e respeitosa.

Agradeço ao corpo docente do programa de Doutorado que, com maestria, transmitiram seu conhecimento acadêmico oriundo de suas pesquisas e vivências.

De modo especial a professora Lia Hasenclever, orientadora, e o professor Valdir Júnio dos Santos, coorientador, dessa pesquisa, cujas orientações sempre transmitiram, de forma harmônica, tranquila, racional e competente, uma gama de conhecimentos, peculiar a um reduzido número de acadêmicos.

E aos funcionários da secretaria do Programa de Planejamento Regional e Gestão da Cidade, sempre muito educados, competentes e solícitos aos pleitos dos alunos.

*Se eu vi mais longe, foi por estar
sobre ombros de gigantes.*

Isaac Newton

Resumo

Essa pesquisa tem como objetivo analisar a Política Pública de Assistência Farmacêutica (AF) no Brasil por meio de sua evolução histórica, apresentar a distribuição territorial das Unidades Básicas de Saúde - UBS e dos estabelecimentos do Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB – rede própria (RP) e rede credenciada (RC), mensurar a relação existente entre a instalação de unidades de AF, tanto de UBS como do PFPB/RC, com o volume populacional e a renda média per capita no Brasil, no Sudeste e no estado do Rio de Janeiro e comparar o financiamento destinado a cada um dos arranjos no período de 2004 a 2018. A abordagem metodológica qualitativa e quantitativa é baseada, no primeiro caso, em uma revisão bibliográfica teórica sobre Políticas Públicas, sobre a evolução da AF no Brasil e entrevistas com agentes formuladores da Política Pública de AF instituída em 2004. Já a metodologia quantitativa emprega indicadores para mensurar o desempenho, cálculo do índice de correlação linear entre as variáveis, e a construção de mapas contendo a localização das unidades de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais. Os resultados mostram que o PFPB/RC, implementado em 2006, promoveu a expansão da dispensação de medicamentos básicos e essenciais. Entretanto, gerou, como efeito do redirecionamento orçamentário para a parceria público-privada, a redução de desempenho da rede pública já existente (RP e UBS). Além disso, atuou de forma territorialmente concentrada e com risco de explosão orçamentária, devido à ausência de limitação de teto para sua cobertura, salvo o rol de medicamentos estipulados.

Palavras-chave: Programa Farmácia Popular do Brasil. Unidade Básica de Saúde. Assistência Farmacêutica. Medicamentos Básicos e Essenciais.

Abstract

The purpose of this research is to analyze the Public Policy of Pharmaceutical Assistance (AF in Portuguese) in Brazil by means of its historical evolution; to describe the geographical distribution of Basic Health Units (UBS in Portuguese) and establishments of the Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB in Portuguese) (Popular Pharmacy Program in Brazil) – own network (RP in Portuguese) and accredited network (RC in Portuguese); to estimate the relationship between the installation of AF units, both in UBS and PFPB/RC, and the population volume and average per capita income in Brazil, in the Southeast and in the State of Rio de Janeiro; and to compare the funding for each of the arrangements between 2004 and 2018. The qualitative and quantitative methodological approach is based, in the first approach, on a theoretical literature review on Public Policies, on the evolution of the AF in Brazil, and on interviews with formulators of the AF Public Policy implemented in 2004. The quantitative methodology applies indicators to measure performance, the calculation of the linear correlation index among variables, and the elaboration of maps with the location of the supply units of basic and essential drugs. Findings demonstrate that the CFC/RC, implemented in 2006, has stimulated the expansion of dispensing of basic and essential drugs. Nevertheless, it generated a reduction in the performance of the existing public network (RP and UBS) as a consequence of the budgetary redirection to the public-private partnership. Furthermore, it operated in a geographically concentrated way, with a risk of budgetary increase, because of a lack of limit on its area, with the exception of the list of drugs stipulated.

Keywords: Popular Pharmacy Program in Brazil. Basic Health Units. Pharmaceutical Care. Basic and Essential Drugs.

Lista de Figuras

Figura 1: Instituições Relacionadas a AF	30
Figura 2: Interfaces da Assistência Farmacêutica	48
Figura 3: Evolução das ações de Assistência Farmacêutica.....	51
Figura 4: Níveis de Atenção do SUS	59
Figura 5: Atividades da AF na Atenção Básica à Saúde	67
Figura 6: Estrutura Operacional da RAS	73
Figura 7: Diagrama de Dispersão e ICL – UBS Brasil.....	104
Figura 8: Diagrama de Dispersão e ICL – PFPB/RC Brasil.....	110
Figura 9: Diagrama de Dispersão e ICL – UBS Sudeste.....	114
Figura 10: Diagrama de Dispersão e ICL – PFPB/RC Sudeste.....	115
Figura 11: Diagramas de Dispersão – UBS – Mesorregiões do estado do Rio de Janeiro.....	119
Figura 12: Diagramas de Dispersão - PFPB/RC – mesorregiões do estado do Rio de Janeiro.....	124

Lista de Tabelas

Tabela 1: Escalas territoriais e aspectos analisados.....	37
Tabela 2: Índice de Preços ao Consumidor Amplo – 2000-2018	40
Tabela 3: Fontes e Dados obtidos.....	40
Tabela 4: Interpretação do Índice de Correlação	43
Tabela 5: Evolução das unidades e das vendas de medicamentos nas farmácias no Brasil – 1989-2006-2017	48
Tabela 6: Responsabilidades Federativas pela Execução do Componente Básico da AF.....	65
Tabela 7: Dimensões das farmácias nas UBS - Área total (m ²)	66
Tabela 8: Valor <i>per capita</i> do Financiamento ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (R\$ correntes).....	72
Tabela 9: Provisionamento de medicamentos do PFPB-RP.	89
Tabela 10: Provisionamento de medicamentos do PFPB-RC.	94
Tabela 11: Resumo das médias das Escalas Quantitativas e Indicadores	98
Tabela 12: Resumo do Financiamento à AF - 2004/2018 (R\$ mil constantes base 2018 - IPCA).....	98
Tabela 13: Presença das unidades de dispensação em cada programa, por regiões do Brasil – 2018.	100
Tabela 14: Relação População, Renda média <i>per capita</i> e UBS por Região do País.	102
Tabela 15: Relação População, Renda média <i>per capita</i> e Unidades PFPB/RP por Região do País.....	105
Tabela 16: Relação População, Renda média <i>per capita</i> e Unidades PFPB/RC por Região do País.....	108
Tabela 17: PFPB/RC e UBS no Sudeste do Brasil.....	111
Tabela 18: PFPB/RC e UBS nas mesorregiões do estado do Rio de Janeiro	116
Tabela 19: Relação População e UBS por mesorregião do estado do Rio de Janeiro	117
Tabela 20: Índice de Correlação Linear das UBS por mesorregiões do estado do Rio de Janeiro.....	120
Tabela 21: Relação População e PFPB/RC por mesorregião do estado do Rio de Janeiro.....	122
Tabela 22: Índice de Correlação Linear do PFPB/RC por mesorregiões do estado do Rio de Janeiro	125

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição gratuita de medicamentos no SUS.....	68
Gráfico 2: Financiamento total aos programas de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais (R\$ mil constantes base 2018 - IPCA).....	85
Gráfico 3: Repasses do FNS aos estados e municípios para provisionamento de medicamentos básicos e essenciais (R\$ mil constantes base 2018 - IPCA). ..	86
Gráfico 4: Repasses para o PFPB/RP e PFPB/RC (R\$ mil constantes - base 2018 - IPCA).....	87
Gráfico 5: Financiamento aos programas de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais (R\$ mil constantes base 2018 - IPCA).....	88
Gráfico 6: PFPB/RP - Cesta Básica <i>per capita</i>	90
Gráfico 7: PFPB/RP - Cupom <i>per capita</i> (R\$ constante ano base 2018)	92
Gráfico 8: PFPB/RP - Custo unitário médio do medicamento (R\$ constante ano base 2018)	93
Gráfico 9: PFPB/RC - Cesta Básica <i>per capita</i>	95
Gráfico 10: PFPB/RC - Cupom <i>per capita</i> (R\$ constante ano base 2018)	96
Gráfico 11: PFPB/RC - Custo unitário médio do medicamento (R\$ constante ano base 2018)	97

Lista de Mapas

Mapa 1: Unidades Básicas de Saúde	103
Mapa 2: Programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria.....	107
Mapa 3: Programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Credenciada.....	109
Mapa 4: Abrangência das UBS na Região Sudeste.....	113
Mapa 5: Abrangência das Unidades PFPB/RC no Sudeste.....	113
Mapa 6: Distribuição das UBS nas Mesorregiões do estado do Rio de Janeiro	118
Mapa 7: Distribuição das unidades do PFPB/RC nas Mesorregiões do estado do Rio de Janeiro.....	123

Lista de Siglas e Abreviaturas

AB	Atenção Básica
AF	Assistência Farmacêutica
AFAB	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica
AFABS	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde
AGU	Advocacia Geral da União
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ATFP	Aqui Tem Farmácia Popular
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CDM	Centrais de Distribuição de Medicamentos
CEME	Central de Medicamentos
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONFAZ	Conselho Nacional Fazendário
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAF	Departamento da Assistência Farmacêutica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
FB	Farmácia Básica
FEBRAFARMA	Federação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNRURAL	Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural
GETAF	Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica
GTAf	Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica
IAFB	Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICLS	Índice de Correlação Linear Simples
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDB	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LAI	Lei de Acesso a Informação
MP	Ministério do Planejamento
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social

MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAFB	Plano de Assistência Farmacêutica Básica
PBDA	Portal Brasileiro de Dados Abertos
PEAF	Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica
PFB	Programa Farmácia Básica
PFPPB/RC	Programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Credenciada
PFPPB/RP	Programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PPP	Parceria Público-Privado
OS	Posto de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAMMED	Sistema de Acompanhamento do Mercado de Medicamentos
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNTP	Saúde Não Tem Preço
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Introdução.....	15
Capítulo 1 – Políticas Públicas: Concepções teóricas e campo de análise	22
1.1 Neoinstitucionalismo	24
1.2 Campo de análise: Política Pública de Assistência Farmacêutica	29
1.3 Implementação e Gestão da AF no Sistema Federativo Brasileiro.....	31
Capítulo 2 – Metodologia.....	36
2.1 Revisão Bibliográfica: procedimentos e análise.....	38
2.2 Fontes de dados	39
2.3 Análise das escalas quantitativa e territorial dos programas	40
2.3.1 Escala Quantitativa	41
2.3.2 Escala Territorial	44
2.4 Entrevistas	45
Capítulo 3 - Arranjos de Provisionamento de Medicamentos Básicos e Essenciais ...	47
3.1 Definição de Assistência Farmacêutica e os desafios da Política.....	47
3.2 Periodização da Assistência Farmacêutica no Brasil.....	50
3.3 Antecedentes da Assistência Farmacêutica	52
3.3.1 Central de Medicamentos (1971/1997)	52
3.3.2 Gestão do INAMPS (1974/1993)	53
3.3.3 Ações Integradas de Saúde (1983/1987).....	54
3.3.4 Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (1987/1990)	55
3.4 Sistema Único de Saúde (1990)	57
3.4.1 Programa Saúde da Família (1994).....	60
3.4.2 Programa Farmácia Básica (1997/1998)	60
3.4.3 Política Nacional de Medicamentos (1998).....	61
3.5 A Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde	63
3.5.1 Organização da Assistência Farmacêutica no SUS.....	63
3.5.2 Programa Farmácia Popular do Brasil (2004).....	74
Capítulo 4 – Escalas Quantitativas	84
4.1 Financiamento	84
4.1.1 Fomento a Assistência Farmacêutica das UBS	85
4.1.2 Fomento ao Programa Farmácia Popular do Brasil	87
4.2 Indicadores do PFPB/RP	89
4.2.1 Cesta Básica <i>per capita</i> (Unidades).....	90
4.2.2 Cupom <i>per capita</i> (R\$).....	91
4.2.3 Custo unitário médio do medicamento (R\$).....	93
4.3 Indicadores do PFPB/RC.....	94
4.3.1 Cesta Básica <i>per capita</i> (Unidades).....	95

4.3.2 Cupom <i>per capita</i> (R\$).....	96
4.3.3 Custo unitário médio do medicamento (R\$).....	97
4.4 Síntese da Dimensão das Escalas Quantitativas e Indicadores	98
Capítulo 5 – Escalas Territoriais na provisão de medicamentos básicos e essenciais.	100
5.1 Distribuição das UBS	101
5.2 Distribuição das unidades do PFPB/RP.....	104
5.3 Distribuição das unidades do PFPB/RC	107
5.4 Distribuição Territorial - Sudeste.....	111
5.5 Distribuição Territorial – mesorregiões do estado do Rio de Janeiro....	115
Capítulo 6 – Principais Aspectos das Entrevistas.....	126
6.1 Formulação do Programa	126
6.2 Operação e manutenção dos programas.....	131
6.3 Avaliação realizada pelos entrevistados	139
6.4 Conflitos identificados pelo autor	141
Conclusões	144
Referências.....	151
APÊNDICE A - Artigos referentes ao desenvolvimento da Tese	168
APÊNDICE B – Questionários.....	169
APÊNDICE C - Curriculum dos Entrevistados.....	173
APÊNDICE D – Relação Medicamentos Provisionados PFPB/RP	175
APÊNDICE E – Relação Medicamentos Provisionados PFPB/RC	176

Introdução

A promulgação da Constituição Federal, conhecida como a “*Constituição Cidadã*”, em 5 de outubro de 1988, pela Assembléia Nacional Constituinte, apresenta, no contexto democrático, diversas questões, dentre as quais, o cuidado para com a dignidade da pessoa humana. A carta constitucional brasileira, em seu art.º 196¹ dispõem sobre a responsabilidade do Estado quanto à atenção para com o Sistema de Saúde, delegando ao Estado o papel de promotor de ações voltadas a esse fim (BRASIL, 2016).

A incumbência do Estado relativa à atenção a saúde de seus cidadãos constantes na Constituição Federal harmoniza-se com as proposições da Organização Mundial da Saúde – OMS (1946), segundo a qual: “*Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas.*” (OMS, 1946, p. 1). Também conforme a OMS, segundo os dados disponíveis, significativa parcela da população mundial não dispõe de acesso adequado aos medicamentos básicos e essenciais para o combate de enfermidades (HOGERZEIL; MIRZA, 2011).

Assim sendo, o suporte à saúde do indivíduo coloca-se como um direito constitucional e fundamental a todos os brasileiros, sendo o Estado o responsável pelo estabelecimento de mecanismos, pelo correto provisionamento de recursos e pela construção de Políticas Públicas voltadas à promoção das condições necessárias de atendimento e assistência à saúde da população.

A ação do Estado voltado ao setor de saúde, e nesse contexto inclui-se a Assistência Farmacêutica - AF deve ocorrer diferentemente da atuação privada que deriva unicamente da lógica da demanda efetiva². Assim sendo, a atuação do Estado deve voltar-se, preferencialmente, a lugares afastados, com densidade populacional reduzida ou sem condições de renda, buscando equidade, pois esses locais não são objetos dos investimentos privados, pois não resultarão em retorno do capital investido.

O Estado brasileiro historicamente tem implementado diversas ações voltadas à assistência a saúde da população, sendo a de maior amplitude a criação do Sistema

¹ Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II, (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde).

² O termo demanda efetiva corresponde à demanda com disponibilidade de renda.

Único de Saúde – SUS (1990). A configuração do SUS é exposta por Reis, Araújo e Cecílio (2012), que definem sua constituição como resultado de uma evolução que vem ocorrendo durante muitos anos e representa um longo caminho, no qual diversas ações foram realizadas de forma complementar. (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Essas ações voltaram-se à construção de uma estrutura governamental de atenção a diversos aspectos relacionados à saúde do cidadão (BOING, 2013), porém, essa pesquisa se aterá a abordagem mais específica das ações de AF pelos programas do SUS e do Programa Farmácia Popular do Brasil.

O Brasil possui dimensões territoriais de ordem continental e assim sendo, qualquer ação voltada para toda a população brasileira demanda uma complexa estrutura de financiamento e logística. No caso, para as ações de AF, as escalas de financiamento, territoriais e de logística se colocam como um importante obstáculo no que tange o pleno e correto atendimento as necessidades da população, principalmente das mais distante e carente.

A distribuição de pontos para provisionamento de medicamentos no Brasil demanda uma análise de aspectos, políticos, orçamentários, logísticos e de posicionamento geográfico relacionado ao nível populacional e de renda dos residentes de uma região. Ao contrário do que se pode supor, a simples ampliação da oferta de pontos de fornecimento de medicamentos pode não estar atendendo as necessidades de considerável parcela da sociedade. Parcela essa que carece dessa Política Pública para o seu atendimento, pois essa oferta está concentrada em um determinado local, deixando de assistir outra região onde a oferta seria mais resolutiva.

A rede pública de AF no SUS, segundo o Ministério da Saúde (2018), conta com uma rede de 37.690 UBS, distribuídas em todo território nacional, conforme será visto no Capítulo 5 dessa tese.

Em 2004, o então presidente Luís Ignácio Lula da Silva, cumprindo compromisso de campanha eleitoral, criou o Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB e inaugurou as primeiras unidades, paralelamente à estrutura do SUS e voltado ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais. Seu objetivo era realizar essa dispensação de forma igualitária a população, principalmente aqueles que utilizassem os serviços privados de saúde e não possuem condições de adquirir

medicamentos para seus tratamentos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2004):

O Programa Farmácia Popular do Brasil, no âmbito do Programa de Saúde do Governo Federal e no contexto das ações de assistência farmacêutica, deve ser considerado como uma Política Pública com um importante objetivo que é a ampliação do acesso da população a medicamentos essenciais. O Programa destina-se ao atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde, **mas principalmente, daquelas que utilizam os serviços privados de saúde**, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em estabelecimentos farmacêuticos comerciais. (Ministério da Saúde, p. 5, 2004, grifo nosso).

No modelo de provisionamento do PFPB, opera-se com a modalidade de copagamento, como sendo um mecanismo de financiamento, esse já utilizado em muitos sistemas de saúde no mundo. A modalidade de copagamento, conceitualmente, é um instrumento no qual o usuário arca com parte do valor do medicamento, sendo a outra parte subsidiada pelo Estado, com base, no Brasil, em um Valor Referencial – VR³ (VIANNA, PIOLA; REIS, 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, s).

Assim, nesse contexto, coloca-se um importante ponto para averiguação: porque, o Estado, já detentor de uma expressiva rede de AF pública de atendimento, inaugura um novo programa de AF também público?

Dois anos após, 2006, o Governo Federal implementa outra vertente do PFPB⁴, denominada “*Aqui tem Farmácia Popular*”, e doravante explicitada como PFPB/RC, no qual unidades da rede privada de farmácias e drogarias são credenciadas para atuarem como componentes dispensadores de medicamentos básicos e essenciais para a mesma população. Inaugura-se com este novo Programa a parceria público–privada na AF. Em 2017, a rede de estabelecimentos do PFPB/RC tinha 31.108 unidades (Ministério da Saúde, 2018), e ainda é menor (17,4%) do que a rede composta pelas UBS e com todas as características pertinentes a iniciativa privada.

Pressupõe-se que a presença dos estabelecimentos do PFPB/RC, que ocorre através da rede privada de farmácias, obedeça à ordem econômica privada e não a ordem social do Estado, ou seja, prioritariamente, os estabelecimentos conveniados

³ “Cap. I, Art. 2º, VIII - Valor de Referência (VR): preço referencial fixado pelo Ministério da Saúde para cada princípio ativo e correlato constante do Programa e definido para cada unidade de produto (UP).” (MS, Portaria nº 111, de 29 de janeiro de 2016).

⁴ Portaria Nº 491, de 9 de Março de 2006.

ao ATFP priorizam o ganho do Capital, o que é a ordem natural da iniciativa privada capitalista.

Pretende-se, nesta Tese, analisar os arranjos já implementados pelo Estado para a provisão e distribuição de medicamentos e buscar identificar a necessidade de, em relativo pouco tempo, ter-se adotado dois novos arranjos de provisionamento de medicamentos paralelos a AF no SUS.

Buscar-se-á, através desse trabalho, identificar: (i) a motivação para formulação de um modelo de AF, partindo-se da premissa de que já existia outro modelo em funcionamento, mesmo que com problemas e (ii) se entre os três arranjos de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais há diferenças de melhor atendimento à população.

Objetivos geral e específico e hipótese

Esse trabalho tem como objetivo geral, realizar uma avaliação aplicada, que será detalhada no Capítulo 3, com base nas informações existentes, com o intuito de detectar as razões que levaram a duplicação da Política Pública de AF no Brasil.

Essa pesquisa terá como objetivos específicos: (i) caracterizar a construção da AF no Brasil como um processo evolutivo histórico, (ii) apresentar a distribuição territorial das UBS e das unidades do PFPB, com vista à caracterização de concentração ou dispersão das unidades dos modelos nos níveis federativos predefinidos, (iii) mensurar e analisar a relação existente entre a criação de unidades de AF, tanto de UBS como do PFPB, com o volume populacional e a renda média *per capita* no Brasil, no Sudeste e no estado do Rio de Janeiro e (iv) mostrar e comparar o financiamento destinado a cada um dos modelos no período analisado.

A hipótese principal é de que, o Estado não necessitava instituir um novo programa de AF, visto que, atingiria melhores resultados quanto à proposta de AF utilizando a rede de atendimento própria e já existente através das UBS.

Justificativa

Assim sendo, percebido o processo temporal evolutivo de construção de uma estrutura de AF no Brasil, justifica-se esse trabalho devido importância da atuação do

Estado nesse contexto, através de Políticas Públicas, especificamente no segmento da saúde, viabilizando, essa importante etapa de atenção, devendo essa ser, impreterivelmente, construída tendo por base a demanda social.

A revisão bibliográfica sobre o tema Políticas Públicas de AF proporcionou o conhecimento de outras pesquisas realizadas a partir de 2004, motivadas pelo PFPB, porém, com objetivos distintos propostos por essa Tese, cabendo então uma breve exposição de algumas dessas, a seguir.

Ferreira (2007) realiza pesquisa com o objetivo de analisar a implantação do PFPB, ainda em fase inicial, na perspectiva dos usuários, mas apenas em duas unidades próprias do PFPB, no estado do Rio de Janeiro e no Distrito Federal. Aborda principalmente as questões de disponibilidade do medicamento e do sistema de financiamento que contempla o copagamento.

A pesquisa realizada por Bello (2009) aborda a questão do acesso a medicamentos da população de baixa renda na região específica do Butantã, no estado de São Paulo. O trabalho apresenta as ações da Secretaria de Saúde do município de São Paulo na AF, tais como o “*Programa Remédio em Casa*”, a implementação de UBS, em parceria com o governo Federal e o programa de dispensação de medicamentos de médio e alto custo. Essa pesquisa já traz referências ao PFPB, porém, sem aprofundamento ou avaliações.

Já Emmerick (2011) analisou e identificou as variáveis do acesso a medicamentos em Honduras, Guatemala e Nicarágua, países da América Latina. O estudo traz contribuições quanto a AF, no entanto, avalia contextos nacionais dispares ao do proposto nessa Tese.

Pereira (2013) em sua pesquisa buscou analisar a relação entre o PFPB e o Complexo Econômico-Industrial da Saúde – CEIS quanto aos contextos econômicos e sociais de acesso a medicamentos. O estudo conclui que os resultados provenientes da relação do Estado com a iniciativa privada, no que tange ao PFPB/RC, promoveram maior capilaridade, ampliação no atendimento e estímulo ao uso de medicamentos genéricos. Assim sendo, foram positivas tanto a dimensão social quanto a econômica, porém, essa relação elevou os gastos com AF do Ministério da Saúde.

Quanto ao Programa “*Aqui tem Farmácia Popular*”, MENDES (2014) realizou pesquisa, que contemplou o período entre 2006/2012, abordando questões como as do copagamento, da significativa capilarização geográfica promovida pelo PFPB/RC

somente no estado do Rio de Janeiro. Além desses aspectos comparou os custos de dispensação entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS-Rio e o programa Federal (PFPB), evidenciando serem os de aquisição dos medicamentos menores quando a compra for realizada pela SMS-Rio. Concluiu que a dispensação gerida pela Secretaria Municipal de Saúde seria mais viável economicamente em municípios de grande porte como o Rio de Janeiro.

Emmerick *et al.* (2015), analisaram o período de 2006/2012, no que tange a distribuição de unidades do PFPB/RC na totalidade das regiões brasileiras, exclusivamente analisando a relação da dispensação com a prevalência das doenças de Hipertensão Arterial e Diabetes em cada uma dessas regiões. Observou-se o aumento de cobertura na AF ao longo do período analisado, havendo um alerta quanto à falta de equidade de distribuição territorial de unidades.

O trabalho de Almeida e Vêras (2017) teve como objetivo verificar o alcance e limites do PFPB sendo essa análise restrita a cidade de São Paulo. Compara o financiamento e a rede de atendimento das duas vertentes do PFPB – rede própria e credenciada.

Silva e Caetano (2018) desenvolveram trabalho no qual examinam os dispêndios do Ministério da Saúde com medicamentos provisionados na vertente PFPB/RC no período de 2006/2014. O estudo, conforme as pesquisas anteriores, também identifica o aumento no atendimento, assim como expansão do volume do financiamento com o provisionamento de medicamentos no período analisado.

Inicialmente, cabe mencionar que, as pesquisas visitadas sempre contemplam um espaço temporal menor do que o considerado nessa Tese que avalia o período de 2004/2018. O mesmo é observado com referência ao espaço territorial, excetuando-se a pesquisa de Emmerick *et al.*(2015), as análises voltam-se a contextos regionais ou locais. Enquanto que, na presente proposta, a pesquisa inicia-se na escala nacional, deriva para o nível regional e finaliza-se no contexto sub-regional do estado do Rio de Janeiro, permitindo uma visão mais abrangente da análise uma vez que a formulação de AF engloba os três níveis de governo.

Além disso, não se observou na literatura a análise da constituição histórica da política e sua evolução. Nesta tese optou-se também por analisar o debate a respeito da origem da Política Pública do PFPB frente à existência já consolidada de uma

alternativa pública de arranjo para a provisão de medicamentos básicos e essenciais. Para tanto foi escolhido uma abordagem teórica: o Neoinstitucionalismo Histórico.

Estrutura da tese

Além dessa introdução, esse trabalho está estruturado em seis Capítulos. O Capítulo 1 apresentará a concepção teórica e histórica que sustentará a pesquisa, dividida em; (i) neoinstitucionalismo histórico, (ii) evolução das Políticas Públicas de AF e (iii) organização Federalista de participação do Estado e suas parcerias com a iniciativa privada. O Capítulo 2 exporá o referencial metodológico que será utilizado nessa pesquisa quanto à revisão bibliográfica, formulação de indicadores e desenvolvimento de mapas. Nos Capítulos 3, 4 e 5 serão apresentados os resultados da avaliação. O Capítulo 3 reconstitui a evolução histórica das ações pertinentes a AF no Brasil. No Capítulo 4, as Escalas Quantitativas comparativas das duas vertentes do PFPB. No Capítulo 5, as Escalas Territoriais comparativas dos três arranjos de AF existentes. No Capítulo 6, o conteúdo das entrevistas realizadas com os agentes formuladores do PFPB será analisado por temas. E por fim, serão feitas as considerações finais do trabalho.

Capítulo 1 – Políticas Públicas: Concepções teóricas e campo de análise

A definição do termo “*Política Pública*” se alinha ao contexto de ações do Estado voltadas a satisfação de demandas da sociedade com propósito geral a ser alcançado com vistas a uma situação social desejada. É uma proposta de ação específica, uma norma ou normas que existem para determinada problemática contemplando um conjunto de objetivos e ações que o governo busca atingir. (VILLANUEVA, 1992, *apud*, SARAIVA, 2007).

O conceito do que vem a ser Políticas Públicas é amplo e foi apresentado por vários autores, tais como: Easton (1953), Hecló (1972), Jenkins (1978), Wildavsky (1979) e Hill e Ham (1993). O entendimento é de que, se trata de uma área de estudo voltada e integrada para a análise de situações e tomada de decisões por parte do Estado na organização da sociedade capitalista. Assim, sua operação ocorre através de um sistema que objetiva, diante de sociedades heterogêneas e complexas, uma intervenção na realidade socioeconômica, por meio de ações preventivas ou corretivas para se modificar uma realidade, inadequada ou indesejável, percebida na sociedade, por meio da definição de objetivos, estratégias de atuação e destinação de recursos (DAGNINO, 2002; RUA; ROMANINI, 2013; SARAIVA, 2007; RODRIGUES; SANTOS, 2017).

Em cada período da história do Capitalismo existe uma controvérsia, não pacificada, sobre o papel do Estado e o conceito quanto a sua atuação como agente promotor do equilíbrio socioeconômico. Sendo esse debate realizado em torno da dimensão e intensidade desse comportamento, se mais ativa como percebido no período pós Segunda Guerra Mundial, quando vários Estados ocidentais assumiram funções mais acentuadas, adotando, segundo a concepção capitalista concorrencial, funções monopolistas e oligopolistas ou menos ativa, conforme pressupostos neoliberais. (RIBEIRO; RIBEIRO; SANTOS, 2017).

Esse contexto, de intensa de ação do Estado, foi revertido a partir dos anos 1980, com adoção, por diversos países, das concepções neoliberais propostas no Consenso de Washington⁵ (PETERS; PIERRE, 2006). Esse Consenso era composto por políticas de austeridade por parte do Estado e estímulos às iniciativas empresariais

⁵ Para aprofundamento sobre a expressão ler Jason Symoniak, *The Washington Consensus*, 2011.

privadas e abertura de mercado que visavam solucionar os problemas de países em desenvolvimento endividados. Porém, essas ações acabaram por gerar outras falhas silenciando questões como distribuição de renda, desigualdades regionais e gerando, ao final da década de 1990, estagnação e a recessão em diversas economias (STIGLITZ, 2002, *apud* VICENTE, 2009). Recentemente, a isenção na ação por parte do Estado promoveu o que ficou conhecido como “crise financeira de 2008”, causada basicamente pela desregulação e pela forte especulação nos mercados financeiros (BRESSER-PEREIRA, 2010, *apud* CECHIN; MONTOYA, 2017).

Dentre os objetivos das Políticas Públicas percebem-se aqueles relacionados e direcionados a determinados setores da sociedade, que demandam ações do Estado. Essas necessidades transformam-se em expectativas através de ações dos Estados nacionais em conjunto com os demais agentes da sociedade, inclusive o mercado (TEIXEIRA, 2002; HEIDEMANN; SALM, 2009).

Por sua vez, a participação de grupos da sociedade⁶ é de extrema importância dentro do entendimento de Políticas Públicas, esses manifestam seus interesses, através de suas representações políticas, como forma de forçar uma decisão pública, a composição da agenda e a estruturação de arranjos institucionais. São dos anseios desses grupos que se originam o processo de atendimento de demandas sociais, políticas e econômicas presentes no tecido social (LOBATO, 2006).

A atuação desses agentes resulta em arranjos institucionais, podendo esses serem entendidos como “*o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma particular como se coordenam os atores e interesses na execução de uma Política Pública específica*” (FIANI, 2011, *apud* SILIANSKY, HASENCLEVER; PEIXOTO, 2018). Dessa forma, partimos do pressuposto de que as instituições possuem uma funcionalidade efetiva, que possibilitam a redução das incertezas, ao mesmo tempo em que fornecem patamares de estrutura estável para a interação humana. Ou seja, pela análise das instituições pode-se compreender as inter-relações entre a política e a economia, principalmente seus desdobramentos no campo das Políticas Públicas (NORTH, 1991).

⁶ Partidos Políticos, Movimentos Sociais, Sindicatos, Mídia, Políticos, Administração Pública, ONGs, Parlamento, Sindicatos, Organizações Políticas e Sociais, Presidente, Ministro, Governador, Prefeito, Empresas Privadas, Especialistas, etc. (DEUBEL, 2008).

Outro elemento importante é o movimento de restrições e oportunidades que estão articulados nas instituições políticas e nos seus conjuntos de características associados aos contextos e aos ambientes de escolhas (DIERMEIER; KREHBIEL, 2003). O estudo desses movimentos precisa estar sensível à atuação do *lobby* e a sua capilaridade. Capilaridade essa que tem potencialidade para moldar a conduta dos grupos de interesses, políticos e burocratas no processo de implementação de políticas.

Refletindo a cerca desses processos no Brasil, Graziano (1997) destaca que a organização social brasileira está centrada no Estado, com uma dinâmica que possibilita uma relação bastante próxima entre a atuação dos grupos de interesses e os programas estatais. Nesse contexto, Lazzarini (2011) categoriza esse movimento como “capitalismo de laços”, sendo uma ação do Estado marcada pelo uso de “*relações para explorar oportunidades de mercado ou para influenciar determinadas decisões de interesses*” associadas a um “*emaranhado de contatos, alianças e estratégias de apoio gravitando em torno de interesses políticos e econômicos*” (2011, p. 3).

Outro componente para o rol de agentes das Políticas Públicas, muitas vezes negligenciado, é o conjunto de regulamentações e normas na perspectiva de construção e evolução das políticas. Essa regulamentação deriva da barganha social, e visa manter a obediência dos grupos e indivíduos no que se traduz em um contrato social delimitado por leis (ROCHA, 2005).

Assim, inserido nesse contexto em que as instituições são importantes formas de modelação dos comportamentos políticos, como elementos estruturadores das políticas públicas por meio das interações políticas econômicas e sociais, a abordagem escolhida para análise da formulação da Política Pública foi o neoinstitucionalismo, conforme será apresentado na seção seguinte.

1.1 Neoinstitucionalismo

Parte-se do pressuposto de que a abordagem teórica é útil para viabilizar a caracterização da realidade e para a conjectura de hipóteses e alternativas que influenciam os fatos, identificação da relevância dos fatores analisados, e proposição de explicações e condições somente plausíveis com a contextualização teórica.

Assim, a identificação das questões envolvidas e a focalização das características essenciais das necessidades e ações das Políticas Públicas poderão ser mais bem compreendidas (DYE, 2009).

Observa-se a existência de diversas abordagens para análise de Políticas Públicas na literatura visitada com variáveis e com focos distintos de abordar o assunto⁷. Entre essas perspectivas de abordagens para análise de Políticas Públicas, optou-se, nesta Tese, pela escolha do neoinstitucionalismo que constrói sua análise na relação existente entre a estrutura institucional do Estado e a sociedade (ROCHA, 2005; PERES, 2008).

O neoinstitucionalismo surge como uma crítica às linhas de pensamento em vigor até a década de 1970, minimizando o papel dos indivíduos no que tange às suas preferências para a tomada de decisão coletiva. Isso porque essas se baseavam em aspectos subjetivos de avaliação e entendendo que a ação coletiva não deveria refletir a soma das preferências individuais dos agentes agregadas, mas sim o posicionamento das instituições (IMMERGUT, 1996, *apud* THÉRET, 2003; MESQUITA; SHIMA, 2017).

O neoinstitucionalismo constrói fortes críticas, sedimentadas na ideia de que as preferências individuais não poderiam embasar as decisões coletivas, mas para tanto se faria necessário o entendimento dos mecanismos pelos quais essas preferências são agregadas e combinadas nas decisões coletivas (PERES, 2008).

Esse entendimento foi fortalecido a partir da construção teórica do Teorema de Arrow (1951). Segundo esse Teorema, em circunstâncias de decisão coletiva, mesmo sendo todos os indivíduos estrategicamente racionais, as escolhas, seguindo a regra da maioria, ou seriam coletivamente irracionais ou seriam injustas. Isso porque, a solução proposta contemplaria apenas um grupo dentre todos os grupos possíveis. Assim, a racionalidade plena dos indivíduos em seus postulados, a racionalidade individual não produziria racionalidade coletiva, ao contrário, pois as escolhas racionais individuais produziriam instabilidade e conduziriam à irracionalidade do ponto de vista social (IMMERGUT, 2007; PERES, 2008; FERREIRA, 2015).

A proposição neoinstitucionalista trouxe muitas contribuições para a percepção da luta pelo poder e pelos recursos entre os agentes da sociedade. As instituições

⁷ Para abordagem do assunto visitar Carvalho e Barbosa (2011) e Rua e Romani (2013).

ganharam relevância na compreensão das ações dos indivíduos e suas demandas coletivas, e foram apontadas como mediadoras entre a estrutura social e os indivíduos (SOUZA, 2006; THÉRET, 2001 *apud* MARQUES, 2007; TUDE, 2010; ROCHA C., SCHENEIDER e GOLDENBERG, 2015).

O neoinstitucionalismo, não é uma corrente de pensamento unificada, pode-se então identificar três vertentes, dentre as quais apenas uma se apresenta como alicerce do presente estudo. Sendo esses: (i) neoinstitucionalismo sociológico, (ii) neoinstitucionalismo da escolha racional, e (iii) neoinstitucionalismo histórico (GERSCHMAN e SANTOS, 2006; MARQUES, 2007).

Nesse contexto, é importante salientar que o neoinstitucionalismo sociológico considera a cultura como um dos principais elementos estruturantes das instituições. Portanto, coaduna com o pressuposto de que as instituições modelam o conjunto de normas e tradições que fortalecem a coesão social, principalmente pela criação de valores e pelo movimento da coletividade. Dessa forma, as instituições públicas não devem ser analisadas no campo da neutralidade, principalmente em relação às políticas públicas que sumarizam as forças sociais em disputa (LANE, 1995).

A importância da perspectiva cultural das instituições e seu pressuposto disciplinador dos atores na arena pública esta articulada ao princípio do neoinstitucionalismo sociológico. O neoinstitucionalismo sociológico desenvolveu-se, a partir da década de 1980, tendo como origem a teoria das organizações, contestando a separação entre as dimensões social e cultural e com objetivo de entender a composição das instituições percebidas através da reprodução institucional a partir da formulação de procedimentos, regras, valores, rotinas e símbolos. Para os neoinstitucionalista sociológicos, importa compreender o porquê das organizações adotarem determinado conjunto de formas, procedimentos ou símbolos institucionais, com destaque para a difusão dessas práticas, sendo esses avaliados no contexto cultural da sociedade (HALL; TAYLOR, 2003; FERNANDES, 2007).

Já o neoinstitucionalismo da escolha racional, também chamado de Escolha Pública, denominação decorrente de sua proximidade com autores dessa disciplina (FERNANDES, 2007), tem origem na teoria da escolha racional e na teoria econômica neoclássica que postulavam, como premissas básicas acerca das motivações, as preferências e a racionalidade dos agentes, sendo esses calculistas e egoístas. Esse

modelo foi desenvolvido com base no estudo de comportamento no interior do Congresso Norte Americano, buscando respostas, do ponto de vista das instituições, sobre os fatores estratégicos que levam os agentes racionais a escolherem equilíbrios, esses motivados por interesses próprios. Posteriormente na década de 1990, essa linha de pensamento voltou-se a estudar outros fenômenos tais como os movimentos de coalisão política (HALL; TAYLOR, 2003).

Para essa vertente, as instituições, são percebidas como regras formais e informais (hábitos e valores), que viabilizariam a relação entre os agentes que, devido sua racionalidade e interdependência, proporcionaria certa previsibilidade das ações mútuas. Esse contexto pode ser caracterizado por quatro aspectos, a saber: (i) as preferências dos agentes são compartilhadas, visando sua maximização; (ii) forte interação estratégica nas ações políticas; (iii) as ações políticas seriam dirigidas pelos impasses da coletividade e (iv) as instituições são criadas conscientemente (HALL; TAYLOR, 2003).

A escolha racional busca a partir do comportamento maximizador dos agentes, entender as escolhas institucionais, priorizando o método dedutivo, e modelos elaborados, demandando uma instrumentalização e adoção de estratégias por parte das instituições e assim, reduzindo incertezas derivadas das ações tomadas por outros agentes também dotados de racionalidade instrumental⁸ (FERNANDES, 2007).

Já o neoinstitucionalismo histórico, a abordagem em que apoia-se essa Tese, origina-se na sociologia histórica e surge em oposição à teoria comportamentalista e sua principal vertente é o pluralismo⁹. Sua preocupação de análise tem como base o contexto político, social e histórico. Nessa abordagem, as instituições não são somente mais um agente, essas formulam as estratégias dos demais agentes e delimitam os resultados a serem obtidos. Uma importante premissa do neoinstitucionalismo histórico é do processo evolutivo da sociedade e de seus componentes, tanto social, como econômico, dado a cada momento (IMMERGUT, 1998). Portanto, o neoinstitucionalismo histórico fixa sua análise nas assimetrias do poder que compõem o desenvolvimento das instituições. Dessa forma, é possível

⁸ Definição de racionalidade instrumental ou substantiva ver Fernandes (2007).

⁹ Nessa concepção o Estado está sobre a influência de grupos de pressões, que determinam as pautas. Em alguns autores dessa concepção também entendem o Estado como um grupo de pressão (CUNHA, 2008).

analisar as disputas de interesses por recursos escassos, assim como, a distribuição do poder possibilitando visualizar a organização institucional da comunidade política, o comportamento coletivo e os resultados dos movimentos do poder no processo decisório, adotando a concepção de causalidade social dependente da trajetória percorrida historicamente (*path dependence*¹⁰) (HAL; TAYLOR, 2003).

Essa evolução é como se, em cada período de tempo, “sementes” fossem lançadas de modo a repercutirem no tempo seguinte, sendo esse processo identificado como “*path-dependence*”¹¹. Entretanto, é importante observar que essa trajetória não deve ser interpretada como causalidade determinística uma vez que a história não é um processo linear, mas apresenta rupturas importantes. Assim, considerando o contexto evolutivo histórico, acontecimentos de um determinado momento gerarão resultados futuros, sendo esse contexto fundamental para a construção de instrumentos ou Políticas Públicas (CONCEIÇÃO, 2002; FERNANDES, 2007).

O comportamento dos agentes resulta da compreensão do processo político, composto pela análise das escolhas conforme o entendimento da situação percebida e não somente como resultante de um cálculo. Assim, o entendimento neoinstitucional histórico referente a Políticas Públicas solidifica a compreensão de que a soma dos interesses individuais não resulta em melhores soluções coletivas, devendo ser mediados pelas instituições para a formulação de políticas (FERNANDES, 2007, IMMERGUT, 2007).

O neoinstitucionalismo surgiu justificado pela percepção de que Políticas Públicas pautadas em análises orientadas pela teoria da escolha racional distorciam os contextos socioeconômicos e, conseqüentemente, as políticas implementadas. Esses entendimentos constituem-se em limitações dessa teoria que considerava as práticas sociais como resultados de ações destinadas a maximizar utilidades individuais e orientar o mercado para uma organização social eficiente (PROCOPIUCK, 2013).

¹⁰ No neoinstitucionalismo histórico a temporalidade tem valor argumentativo, por isso é tão importante analisar as sequências das transformações históricas por meio de análises dos macro contextos e os efeitos das instituições nos processos de decisão pública.

¹¹ “o conceito de dependência da trajetória (*path dependence*) é oferecido justamente como a ferramenta analítica para entender a importância de sequências temporais e do desenvolvimento, no tempo, de eventos e processos sociais.” (Bernardi, 2012, p. 138).

A teoria Neoinstitucional sofreu várias críticas, sendo essas refutadas com a argumentação de que os agentes políticos são guiados por deveres e funções institucionais e não pelo egoísmo calculado e essa condição lhes proporciona o aparato para, também baseado em processos históricos, implementarem ações. Assim, esses agentes formam e atuam em estruturas existentes que vão além da simples defesa de interesses particulares em uma arena de debates (MARCH; OLSEN, *apud* PROCOPIUCK, 2013).

No neoinstitucionalismo os conflitos são ajuizados pelo Estado, que implementa ações que beneficiam determinados grupos em prejuízo de outros. Mas, o centro da proposta Neoinstitucional é no sentido de que todos podem influenciar nas ações de Políticas Públicas, assim como nas regras que regem as instituições, com destacado papel do Estado, que utiliza sua estrutura no atendimento de demandas da sociedade. (SOUZA, 2006; ROCHA C., SCHENEIDER; GOLDENBERG, 2015).

1.2 Campo de análise: Política Pública de Assistência Farmacêutica

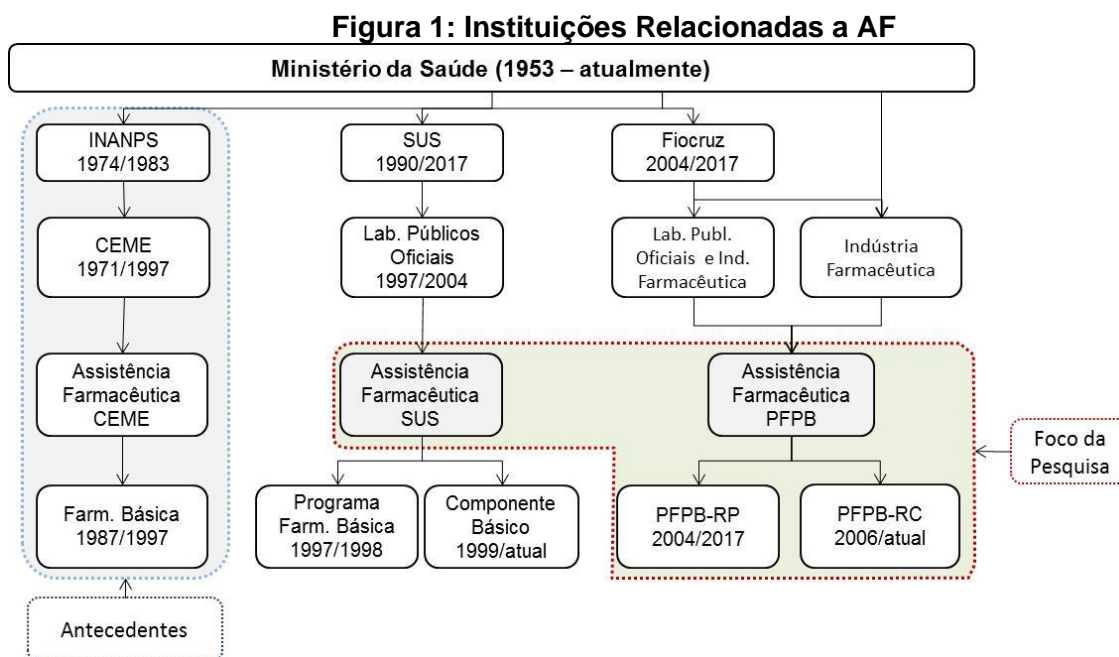
O objeto dessa tese é analisar a Política Pública de AF e o seu objetivo compreender as novas formulações da política de AF brasileira a partir de 2004 em seu contexto histórico, que se inicia em 1971, e parte-se, então, do pressuposto que as instituições públicas locais, voltadas à saúde, buscaram atender as necessidades da sociedade, em um contexto temporal, conforme será apresentado adiante, de longo prazo e moldaram ações cumulativamente, com fortes influências do passado (*path dependence*) impulsionadas por grupos de interesses, projetos de governo e agentes sociais diversos.

Assim, no Brasil, pode-se pensar a Política Pública de AF com a seguinte periodização (ii) de 1971 até 1997, através da Central de Medicamentos – CEME, (iii) a partir de 1990, por meio do SUS, através das Unidades Básicas de Saúde - UBS e (iv) desde 2004 com a implementação do Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB.

As diversas ações implementadas, até o presente momento, mostram, claramente, um caráter histórico cumulativo em relação ao pêndulo do papel do Estado e da iniciativa privada na operação dessas ações e dos distintos tipos,

parcerias estratégicas e vínculos de Políticas Públicas, como será desenvolvido adiante.

No ambiente conhecido como “arenas” os processos de conflito, de consenso e de coalizão são percebidos e modificados conforme a configuração específica das políticas e dos momentos históricos vividos. Nessa perspectiva, percebem-se inúmeros indivíduos, grupos, organizações, movimentos sociais e partidos políticos, possuidores de necessidades distintas, atuando na construção de instrumentos para o atendimento dessas demandas. Esses agentes influenciam nas ações do Estado, sendo sua categorização seccionada, de forma resumida, em formais e informais ou público/governamental e privado/não governamental (DIAS; MATOS, 2012; BRANCALEON *et al.*, 2015).



Fonte: Elaboração própria com base na literatura visitada.

Conforme se verifica na Figura 1, existem fluxos de relações compostos por órgãos, instituições e programas relacionados aos arranjos de AF. Inicialmente, o Ministério da Saúde, gerindo o INAMPS, e tendo a CEME, como gestora da aquisição e distribuição de medicamentos para o Farmácia Básica (1987/1997). A partir de 1990, verifica-se o Ministério da Saúde implantando o SUS, tendo os laboratórios públicos como produtores de medicamentos e o Programa Farmácia Básica – PFB (1997/1998), atuando na dispensação dos medicamentos.

Em 2004, com a participação gerencial da Fiocruz, implementa-se o PFPB com unidades próprias, já com o formato de copagamento, cujo abastecimento, seria inicialmente, através de laboratórios públicos e, quando necessário, por laboratórios privados. Essa vertente do PFPB foi mantida até 2017, quando, pela portaria nº 1.630/17 do Ministério da Saúde, foi extinta. A partir de 2006, sob a administração direta do Ministério da Saúde implementa-se a segunda vertente do PFPB, com provisionamento de medicamentos adquiridos pelos laboratórios privados e distribuídos pela rede privada de estabelecimentos credenciados. Manteve-se o formato de copagamento.

A participação das instituições e políticos muda conforme a evolução das ações e as mudanças referentes aos objetivos da Política Pública a serem alcançados. Inicialmente, a AF era voltada as pessoas de menor renda e com plena atuação do Estado das ações para atingir esse objetivo. Mais recentemente, a partir de 2006, as ações de dispensação, passam, também, a serem voltadas à viabilização na continuidade de tratamentos e não mais a uma faixa específica da população. Nesse momento, o Estado delega à iniciativa privada parte da estrutura de dispensação de medicamentos.

A próxima seção irá se aprofundar sobre os aspectos da composição descentralizada do Estado brasileiro na implementação e gestão da AF que segue a divisão de competências do federalismo cooperativo¹².

1.3 Implementação e Gestão da AF no Sistema Federativo Brasileiro

A AF brasileira foi instituída no âmbito do Federalismo atribuindo responsabilidades distintas a cada ente Federativo. A implementação das ações, por sua vez, também está sujeita a uma série de possibilidade de parcerias estratégicas e distintas modalidades de vínculos entre os níveis de governo e os membros da sociedade civil.

O Brasil é um país de dimensões continentais, de significativa diversidade política, econômica, cultural, religiosa e social, composta de níveis político administrativo federal, estadual e municipal. Os números atuais registram 26 estados, um Distrito

¹² Para um aprofundamento da natureza do federalismo brasileiro consultar Liziero e Carvalho (2018).

Federal, 5.570 municípios e estimados 209 milhões de habitantes (abril/2018). Nesse contexto, a implementação de Políticas Públicas torna-se uma ação complexa e demandante de profundo conhecimento dos problemas e de consistente capacidade de articulação entre os agentes. A estrutura político administrativa da AF demanda a explicitação de diferentes funções das esferas de governo, para que cada área atue articuladamente com ênfase em uma lógica de cooperação e complementariedade (CONASS, 2003; LIZIERO; CARVALHO, 2018).

O governo Federal realiza a gestão central da saúde no país e, conseqüentemente, da AF, a partir da CF/88, de forma descentralizada, delegando aos estados, e municípios uma posição mais protagonista na gestão e operação das ações, bem como, a partir de 2006, a iniciativa privada por meio de sua rede de farmácias privadas para a dispensação de medicamentos. Entretanto, devido à composição de arranjos amplos, dinâmicos e, conseqüentemente, diversificados em termos políticos, administrativos, econômicos e culturais, voltados a tratar as distensões existentes entre o poder central e o poder subnacional, nem sempre essa divisão legal dos poderes ocorreu na prática.

Entre as razões para isso, no Brasil, temos a composição Federalista que foi resultado de uma evolução histórica iniciado no processo de colonização e tem passado por várias etapas¹³ e deriva-se de fatores heterogênicos percebidos quanto à questão territorial, a diversidade étnica, a diferenças sociais, econômicas, culturais e políticas, e o ideal de manter unidas e autônomas as partes do território (BURGESS, 1993, *apud* ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

A partir de 1980, o Estado assumiu o caráter de reforma, orientado pelos órgãos internacionais de fomento de cunho neoliberal, contrapondo-se a concepção desenvolvimentista em crise nos Estados nacionais. Porém, na década de 1990, a descentralização do poder passa a significar o caminho da superação de limites da democracia representativa (SOARES; MACHADO, 2018). Cabe mencionar que, no Brasil, entre os anos de 1964 e 1985, durante o governo militar, as Políticas Públicas

¹³ (i) sistema de capitâneas hereditárias (1534); (ii) instituição do Governo-Geral na colônia (1549); (iii) Independência do Brasil (1822); (iv) instituições provinciais (1834); (v) Segundo Reinado (1840); (vi) queda da monarquia e implantação do Federalismo oligárquico (1891); (vii) Constituição Federal/34, com Federalismo centralizado; (viii) Constituição Federal/37, com Federalismo Formal; (ix) Constituição Federal/46, com Federalismo democrático; (x) Constituição Federal/67, com Federalismo formal; (xi) Constituição Federal/88, com Federalismo democrático (BURGESS, 1993 *apud* ABRUCIO e FRANZESE, 2007).

adotadas se caracterizaram muito mais como de um Estado unitário do que de um Estado Federativo (ARRETCHE, 1999).

A promulgação da Constituição Federal (1988) promoveu a descentralização fiscal, alterando assim as relações dos níveis de governo e declarou a autonomia dos municípios brasileiros como entes Federativos autônomos, mas é somente a partir da segunda metade da década de 1990 que as ações de descentralização são mais bem percebidas, pois, até então, a gestão das Políticas Públicas era plenamente absorvida pelo poder central (ARRETCHE, 1999; ARRETCHE, 2004).

Porém, a descentralização administrativa, que possibilitaria autonomia plena dos governos estaduais e municipais e viabilizaria que esses governos adotassem uma agenda de Políticas Públicas próprias, independente da agenda do poder central, se não for complementada por uma descentralização fiscal, segundo alguns autores, resultaria na continuidade da subordinação dos governos subnacionais com relação ao governo central, da mesma forma com relação à descentralização política e legislativa (SOARES e MACHADO, 2018).

Nesse sentido, as assimetrias percebidas entre os estados e municípios brasileiros podem gerar deficiências impactando negativamente nas ações promovidas pelas Políticas Públicas, o que se coloca como uma desvantagem no contexto de descentralização (ARRETCHE, 2004). Porém, estudos de cunho econômico, indicam que sistemas descentralizados alocam recursos financeiros de forma mais eficiente quando comparados com sistemas centralizados, maximizando, assim, os resultados das políticas implementadas (OUVERNEY, 2015).

Quanto à relação público/privado, essa tem a função precípua, quando efetivada, de atender a sociedade em suas necessidades, para isso o Estado deve articular-se com os demais agentes da sociedade e utilizar-se de instrumentos que estejam ao seu alcance e voltar suas ações em pró de seus cidadãos. Esse é um comportamento que indicará se o Estado está atento às demandas da sociedade contemporânea organizada (GOMEZ, 2010).

Os instrumentos para que essas alianças, público-público e público-privado, sejam firmadas foram constituídos legalmente para formalização de compras e/ou prestação de serviços tendo em contrapartida repasses financeiros, com modalidades sumarizadas em cinco tipos, a saber: consórcios públicos; parceria público-privada; contratos; contratos de gestão e convênios (DIAS; MATOS, 2012).

A parceria público-privado - PPP¹⁴ em sua essência é o posicionamento interposto entre o público e o privado no que tange a contratação de serviços (THAMER; LAZZARINI, 2015). Elas são arranjos institucionais para o provimento de serviços públicos criados pelos governos, e são percebidos em vários países, nos quais os governos tinham de viabilizar investimentos sem possuírem orçamento. (RUA; ROMANINI, 2012).

Outra modalidade de vínculo na AF é a realização entre o Estado e a iniciativa privada de um “Convênio”. Esse instrumento possui como principais aspectos: (i) a não existência de regras limitadoras, a não determinação de metas, programas ou diretrizes; (ii) quanto à sua natureza jurídica, os convênios são meros protocolos de intenções, formalmente expressadas, da vontade de colaborar; (iii) quanto ao custo dos convênios, esses podem envolver ou não repasses de verbas e (iv) quanto a sua duração, os convênios podem ter prazo determinado ou não (RIGOLIN, 2006).

Percebe-se então, que esses vínculos formais instituídos entre União, estados, municípios, Distrito Federal e o setor privado visam ampliar as ações do Estado com a transferência da dinâmica de execução e operação para os municípios e o setor privado, promovendo maior disseminação da atuação perante a sociedade e consequente descentralização do Estado. Esse tipo de atuação se intensificou no Brasil a partir da década de 1990, inclusive referente à atenção a saúde, percebendo-se a União repassando a responsabilidade de sua gestão aos municípios e recentemente à operação privada. É importante salientar que a municipalização dos serviços impôs a instância gerencial nacional um acompanhamento dessas políticas que possibilitassem a construção de uma infraestrutura organizacional dos serviços (ARRETCHE, 2002), como é o caso das Redes de Atenção a Saúde – RAS, que será desenvolvida mais a frente.

Como será apresentado com mais detalhes no Capítulo 3, o Estado, com vistas a AF brasileira, aplicou vários desses instrumentos para implementar suas ações. Isso se fez necessário devido à estrutura político administrativa do mesmo, dividida em três níveis de poderes autônomos e a necessidade de alinhar os interesses de cada um desses níveis. Mas também pelo fato de que historicamente a iniciativa privada sempre coparticipou da implementação das ações públicas no âmbito da AF.

¹⁴ Formalizada através da Lei 11.079/04

No Capítulo 2, a seguir, será apresentada a Metodologia que guiará as análises dessa Tese.

Capítulo 2 – Metodologia

A metodologia adotada nesta Tese é uma avaliação aplicada à formulação da Política Pública de AF, uma política ainda em implementação devido a constantes evoluções sofridas desde suas primeiras ações voltadas para a dispensação de medicamentos básicos e essenciais, já apresentada na Introdução. Essa avaliação adotará a abordagem do neoinstitucionalismo histórico conforme já apresentado no Capítulo 1.

O interesse dessa Tese é tratar do processo evolutivo de formulação e implementação da AF. Não está se propondo fazer uma avaliação de seus impactos ou resultados, o que exigiria uma metodologia específica e diferenciada.

O intervalo temporal visitado para adequada cobertura e entendimento da construção da AF, no Brasil, extrapola o período mencionado no qual se foca o estudo (a partir de 2004, data da criação do PFPB), logo, se faz necessário, para o pleno entendimento do atual estágio de Política Pública, o conhecimento das ações realizadas no transcorrer da sua recente história. Assim sendo, o período visitado para essa compreensão inicia-se em 1971, com a criação da CEME, na gestão do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS e posteriormente, com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, a partir de 1974), e finaliza em 2018, na vigência do Programa Farmácia Popular do Brasil.

Para fins de avaliação da Política Pública, pretende-se reconstruir a história da AF, que é o foco dessa pesquisa. O período de estudo considerado inicia-se em 2004, com a implementação do Programa Farmácia Popular do Brasil, até 2018, exercício no qual o PFPB/RP já havia sido encerrado e a vertente, PFPB/RC continua vigorando.

Além da reconstituição histórica do processo de formulação da política de AF pretende-se analisar a dimensão territorial, com vistas a mensurar a cobertura logística dessa política. Essa análise comparará os momentos e arranjos da política de AF com um olhar para o contexto nacional (Brasil), passando para a perspectiva regional (Sudeste) e finalizando na escala mesorregional contida no estado do Rio de Janeiro – ERJ, como mostrado na Tabela 1.

Tabela 1: Escalas territoriais e aspectos analisados.

Escala Territorial	Aspectos analisados
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> . Rede de atendimento (mapa) . Financiamento . Custos administrativos . Custos com medicamentos . Quantitativo de medicamentos dispensados . Quantitativo de pacientes atendidos
Região Sudeste	<ul style="list-style-type: none"> . Rede de atendimento (mapa) . População . Renda <i>per capita</i> . Municípios atendidos e não atendidos . População assistida e não assistida
Mesorregiões estado Rio de Janeiro	<ul style="list-style-type: none"> . Rede de atendimento (mapa) . População . Renda <i>per capita</i> . Municípios atendidos e não atendidos . População assistida e não assistida

Fonte: Metodologia dessa Tese.

O objetivo é, inicialmente, verificar a abrangência desses arranjos nas escalas nacional, regional (região Sudeste) e local (estado do Rio de Janeiro). Posteriormente, essa informação será contraposta aos níveis de renda média *per capita* e o quantitativo populacional local para verificar a correlação entre (i) estabelecimento de dispensação e (ii) faixas de renda e o tamanho da população atendida nas várias versões dos arranjos.

O desenvolvimento da pesquisa se fará com base em quatro instrumentos que permitirão uma maior compreensão da evolução das ações de Políticas Públicas voltadas à AF para o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, a saber: (i) revisão bibliográfica pertinente à elaboração e análise teórica de Políticas Públicas e da evolução do processo de construção da AF no Brasil, (ii) formulação de indicadores e do cálculo de correlação entre variáveis, (iii) realização de entrevistas com agentes envolvidos com a formulação e implementação do PFPB e (iv) localização das unidades dos programas de AF, através do tratamento de dados por georeferenciamento.

Esse capítulo está dividido em três seções, a saber: na primeira seção, serão expostos os procedimentos relacionados à revisão bibliográfica para o levantamento teórico sobre Políticas Públicas e ações do Estado referentes à AF; na segunda seção,

serão apresentadas as fontes de dados; e a terceira seção, serão expostos os procedimentos das análises quantitativas e territorial dos arranjos.

2.1 Revisão Bibliográfica: procedimentos e análise

A revisão bibliográfica procurou levantar os principais trabalhos científicos já realizados sobre o tema a respeito da ação do Estado, no que tange as Políticas Públicas de assistência a saúde, principalmente quanto a AF.

A pesquisa foi realizada em publicações de origem nacional e internacional e em análise de documentos sobre a ação do Estado brasileiro na AF no período estudado, as fontes foram basicamente livros, teses, dissertações, manuais produzidos pelos órgãos implementadores das Políticas Públicas e artigos científicos. Para tanto, utilizou-se principalmente os seguintes termos de busca: “CEME”, “Sistema Único de Saúde”, “SUS”, “Farmácia Básica” “Assistência Farmacêutica”, “Farmácia Popular do Brasil”, “Aqui Tem Farmácia Popular” e “copagamento”.

Cabendo mencionar que, principalmente para debates mais recentes, utilizou-se informações oriundas de matérias de revistas, jornais e websites, fonte conhecida como “*literatura cinza*” (BOTELHO; OLIVEIRA, 2017).

A análise da revisão bibliográfica utilizará como base o Neoinstitucionalismo Histórico, apresentado no Capítulo 1. A avaliação do processo de implementação da AF no Brasil contribui para uma melhor compreensão a respeito dos arranjos de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais a partir da ação do Estado e da história das instituições relacionadas.

Parte-se da percepção de que o atual estágio da AF no Brasil decorre de uma evolução no tempo e para entendê-la é necessário retroagir às ações anteriores à criação do SUS e ao PFPB, denotando que a Política Pública vigente é resultado de um processo histórico cumulativo promovido pelas instituições em cada ocasião.

Com o propósito de se compreender o funcionamento dos arranjos voltados a AF do SUS e do PFPB, tanto em sua vertente inicial de rede própria e posteriormente de rede credenciada, também se fez necessário o levantamento do arcabouço legal que constituiu cada Política Pública em seu momento específico.

Além desse aspecto, foi levantada a estrutura organizacional das Políticas Públicas, desde as instituições formuladoras como das instituições financiadoras e

operadoras. Possibilitou-se caracterizar o sistema sobre o qual cada uma das políticas se constituiu e operou, ou seja, suas dimensões conceituais e territoriais, seus objetivos e suas obrigações.

A etapa seguinte foi o levantamento de dados relativo à AF promovido nas ações do SUS e do PFPB no que tange fomento, unidades dispensadas e pacientes atendidos. A abrangência territorial dos programas é outro aspecto observado, bem como sua relação com a demografia e renda da população, sendo também objeto de observação, com o intento de interpretar as premissas dos programas estabelecidos de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais.

2.2 Fontes de dados

Os dados quantitativos foram obtidos diretamente dos sítios eletrônicos de órgãos governamentais como: Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Portal Brasileiro de Dados Abertos, Fundação Oswaldo Cruz e o Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão, através da Lei de Acesso a Informação - LAI¹⁵.

Os dados quantitativos obtidos, quanto as vertentes do PFPB, para cálculo dos indicadores, referem-se à população atendida, ao volume de medicamentos dispensados e aos repasses para cada vertente do Programa.

Os valores monetários foram deflacionados com base no Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA¹⁶. O ano base considerado foi o de 2018, permitindo assim a comparação temporal do dados. Os índices anuais foram obtidos do IBGE¹⁷. Os índices utilizados para na correção inflacionária anual são apresentados na Tabela 2.

¹⁵ Cabe destacar, que a dificuldade inicialmente encontrada para obtenção de dados, obstáculo ultrapassada pela ferramenta, acessada pela internet, viabilizada a partir da Lei nº 12.527/11, conhecida como “Lei de Acesso a Informação” – LAI.

¹⁶ O IPCA é o indicador oficial do Governo Federal para aferição das metas inflacionárias, assim como, segundo art. 4º, da Lei nº. 10.742/03 é o índice que deve ser utilizado pela indústria farmacêutica para promover reajustes dos preços dos medicamentos.

¹⁷ Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Índices de Preços, Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor.

Tabela 2: Índice de Preços ao Consumidor Amplo – 2000-2018

Ano	IPCA	Ano	IPCA	Ano	IPCA
2000	5,97	2006	3,14	2012	5,84
2001	7,67	2007	4,46	2013	5,91
2002	12,53	2008	5,90	2014	6,41
2003	9,30	2009	4,31	2015	10,67
2004	7,60	2010	5,91	2016	6,29
2005	5,69	2011	6,50	2017	2,95
2018	3,75	-	-	-	-

Fonte: IBGE - Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor (2018).

Os dados quantitativos obtidos, sobre os programas suas fontes, as principais informações e os períodos estão informados na Tabela 3.

Tabela 3: Fontes e Dados obtidos

Programa	Fonte	Dados obtidos	Período
PFB – SUS	FNS ¹⁸	Repasse estados e municípios	2004/2018
PFPB/RP/ Ministério da Saúde	Fiocruz	Pacientes atendidos	2004/2018
		Quant. medicamentos dispensados	
		Repasse para compra de medicamentos	
	DAF/SCTIE/MS	Repasse para manutenção	
PFPB/RC/ Ministério da Saúde	DAF/SCTIE/MS	Pacientes atendidos	2006/2018
		Quantidade medicamentos dispensados	
		Repasse para compra de medicamentos	

Fonte: Elaboração própria

Os dados disponibilizados para o SUS são limitados, pois referem-se somente aos repasses do Fundo Nacional de Saúde – FNS para estados e municípios.

A informação referente à renda média *per capita* das regiões do país foi obtida do IBGE (2010), decorrente do Censo Demográfico, que considerou o rendimento nominal mensal das pessoas de 10 anos ou mais de idade. Já a renda média *per capita* dos municípios foi obtida do DATASUS (2010), que com base nos dados do Censo Demográfico (2010) gerou as informações considerando como renda domiciliar *per capita* a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio, em reais, dividida pelo número de seus moradores (DATASUS, 2010).

2.3 Análise das escalas quantitativa e territorial dos programas

¹⁸ Decreto Nº 64.867/69.

2.3.1 Escala Quantitativa

Na dimensão da análise quantitativa serão apresentados os procedimentos para o tratamento das informações quanto ao financiamento dos três arranjos de Políticas Públicas de AF e o seu desempenho recente das vertentes do PFPB/RP e do PFPB/RC. Esses desempenhos se referem a observação de dados sobre custos administrativos, custos com medicamentos, quantitativo de medicamentos dispensados e de pacientes atendidos.

A apresentação dos resultados dessas análises se iniciará pela perspectiva do fomento nacional, contemplando a totalidade das ações de AF, seguida da apresentação do financiamento a dispensação de medicamentos básicos e essenciais através das UBS, feito aos estados e municípios. Posteriormente, aborda-se os recursos repassados ao PFPB em suas duas vertentes. Finaliza-se com uma comparação entre o fomento às duas políticas de AF (UBS e PFPB). A seguir serão descritos os indicadores utilizados para a análise.

2.3.1.1 Cesta Básica *per capita* (Uni)

Esse indicador é composto pelas variáveis: quantidade de medicamentos básicos e essenciais dispensados e número de pacientes atendidos e estabelece a relação entre as unidades dispensadas de medicamentos anualmente e os atendimentos realizados, também anualmente, e assim apura um índice referente a uma "cesta *per capita*".

Esse indicador, referente aos programas PFPB/RP e PFPB/RC, será obtido através do seguinte cálculo:

$$Cesta\ Básica_{pc} = \frac{\sum Quantidade\ de\ medicamentos\ dispensados}{\sum Quantidade\ de\ Pacientes}$$

2.3.1.2 Cupom *per capita* (R\$)

O Cupom *per capita* estabelece o custo unitário anual dos provimentos realizados buscando identificar e/ou confirmar tendências ou algum tipo de discrepância ao estabelecer a relação entre o montante anual de financiamento destinado aos

programas contraposto ao número de pacientes atendidos pelos programas apurando um índice, expondo a relação entre esses fatores.

No PFPB/RP o financiamento foi realizado para duas rubricas separadas, ou seja, (i) para a cobertura de custo com implantação e manutenção do programa e (ii) para financiamento da compra de medicamentos. Assim sendo, esse indicador será obtido através das seguintes formulações:

$$\text{PFPB/RP} \quad \text{Cupom}_{pc} = \frac{(\sum R\$ \text{ para Manutenção} + \sum R\$ \text{ para compra de medicamentos})}{\sum \text{Quantidade de Pacientes}}$$

$$\text{PFPB/RC} \quad \text{Cupom}_{pc} = \frac{\sum R\$ \text{ para compra de medicamento}}{\sum \text{Quantidade de Pacientes}}$$

2.3.1.3 Custo unitário médio do medicamento (R\$)

Através da apuração de um custo unitário de medicamento anual pretende-se construir um indicador que estabeleça uma relação entre o montante anualmente destinado as ações de compra de medicamentos e a respectiva quantidade comprada. Entre os aspectos que poderão ser apreciados com esse indicador percebe-se a mensuração quanto à performance dos gestores quanto à economicidade.

Esse custo unitário por programas será obtido através do seguinte cálculo:

$$\text{PFPB/RP} \quad \text{Custo}_{médio} = \frac{(\sum R\$ \text{ para Manutenção} + \sum R\$ \text{ para compra de medicamentos})}{\text{Quantidade de Medicamentos}}$$

$$\text{PFPB/RC} \quad \text{Custo}_{médio} = \frac{\sum R\$ \text{ para compra de medicamento}}{\text{Quantidade de Medicamentos}}$$

2.3.1.4 Diagrama de Dispersão e Índice de Correlação Linear

Com o objetivo de mensurar a relação, intensidade ou o grau de associação existente entre a variável “x”, dada pela (i) quantidade de UBS e (ii) estabelecimentos credenciados do PFPB, separadamente, e pela variável “y” através da (iii) população de uma região/área e da (iv) renda média *per capita*, também aplicadas separadamente, serão utilizados Diagrama de Dispersão e Índice de Correlação Linear.

O Diagrama de Dispersão é uma representação visual dos pares de valores em um sistema cartesiano, para examinar os dados no que se refere à ocorrência de tendências lineares ou não de duas variáveis, os Diagramas de Dispersão serão obtidos através do Excel.

O Índice de Correlação Linear – ICL dessas variáveis pode ser classificado como: (i) uma correlação positiva quando uma das variáveis aumenta numericamente e a outra variável, em média, também aumenta; (ii) uma correlação negativa quando uma das variáveis decresce numericamente e a outra, em média, também decresce e (iii) uma correlação nula quando os pontos estiverem dispersos, sem definição de direção, sendo então, são ditas como não correlacionadas.

Assim, para os níveis de percepção territorial: Nacional, região Sudeste e mesorregião do estado do Rio de Janeiro – ERJ serão calculados ICL. Sendo que, será calculado o ICL para cada uma das unidades da mesorregião do ERJ (Baixadas, Centro Fluminense, Metropolitana, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense e Sul Fluminense).

Para determinar o coeficiente de correlação de duas variáveis, vamos determinar, inicialmente, a variação conjunta entre elas, ou seja, a covariância, sendo essa obtida por:

$$Cov(X, Y) = \frac{\sum X_i Y_i - n\bar{X}\bar{Y}}{n-1}, \text{ em que: } \begin{cases} X_i = \text{Variável } x \\ Y_i = \text{Variável } y \end{cases}$$

Sendo o coeficiente de correlação linear definido por:

$$r = \frac{Cov(X, Y)}{S_x S_y}, \text{ em que: } \begin{cases} S_x = \text{Desvio padrão dos valores de } x \\ S_y = \text{Desvio padrão dos valores de } y \end{cases}$$

Sendo a interpretação do coeficiente obtido demonstrada na Tabela 4.

Tabela 4: Interpretação do Índice de Correlação

Positiva (+)		Negativa (-)	
Coeficiente (r)	Correlação	Coeficiente (r)	Correlação
$r = 1$	Perfeita	$-0,1 \leq r < 0$	Ínfima
$0,8 \leq r < 1$	Forte	$-0,5 < r \leq -0,1$	Fraca
$0,5 \leq r < 0,8$	Moderada	$-0,8 < r < -0,5$	Moderada
$0,1 \leq r < 0,5$	Fraca	$-1 < r \leq -0,8$	Forte
$0 \leq r < 0,1$	Ínfima	$r = -1$	Perfeita
0	Nula		

Fonte: Elaboração própria com base em Barbeta (2007).

Assim, buscaremos identificar se as unidades de dispensação de medicamentos básicos e essenciais das UBS e do PFPB/RC possuíram, no momento de escolha do local de sua implementação, alguma relação quanto ao quantitativo de pessoas residentes e/ou a renda média *per capita* da região.

2.3.2 Escala Territorial

No escopo territorial, essa Tese demonstrará três níveis, a saber: (i) Brasil, com o espraiamento das unidades de cada programa de AF; (ii) região Sudeste, mostrando a dispersão dos estabelecimentos nos municípios da respectiva região, e (iii) no nível mesorregional do ERJ, observando suas seis mesorregiões, quanto à presença de UBS e estabelecimentos do PFPB.

A construção de mapas proporciona uma melhor percepção visual da distribuição das unidades/estabelecimentos dos programas no território regional/nacional. Essa distribuição será sobreposta à disposição de renda média *per capita* municipal com o objetivo de viabilizar a noção de alocação das unidades/estabelecimentos contraposta a possibilidade de acesso aos serviços por parte da população conforme sua renda média *per capita*, utilizando-se o software QGIS, que é um Sistema de Informação Geográfica (SIG) de Código Aberto, que permite a criação de mapas com várias camadas usando diferentes projeções de camadas (OSGF, 2018).

Essas camadas, contendo informações de conteúdo analítico (ARCHELA e THÉRY, 2008) utilizadas para construção do mapa e as regiões do Brasil foram obtidas no Forest-GIS (2018) e as coordenadas geográficas das unidades das UBS, PFPB/RP e PFPB/RC foram obtidas no PBDA (2018).

A legenda é utilizada na construção dos mapas, para identificar a variável visual mais adequada ao tipo de informação, demonstrando as relações entre os dados e sua respectiva representação. Nos mapas apresentados nesse trabalho a legenda foi calculada, automaticamente pelo software Qgis, com base: (i) na definição do uso de cinco níveis de renda, com método de categorização por quebra de intervalo igual, assim definidas de modo a compor uma relação visual adequada entre essas faixas e a dispersão dos pontos de atendimento de dispensação de medicamentos básicos e essenciais e (ii) dos valores máximo e mínimo de renda média *per capita* municipal existente na região.

Dessa forma, buscou-se compor uma relação adequada entre os dados e a dispersão dos pontos de atendimento de dispensação de medicamentos básicos e essenciais, objetivando a caracterização da linguagem cartográfica (ARCHELA; THÉRY, 2008). O posicionamento dos estabelecimentos, que compõe esse estudo, no mapa deriva da informação referente às suas coordenadas geográficas, composta pela Latitude¹⁹ e Longitude²⁰, cuja combinação permite a localização exata em qualquer ponto no Globo Terrestre.

Cabe mencionar a observação de inconsistências nas informações referentes às coordenadas geográficas de alguns estabelecimentos do PFPB/RC. No arquivo obtido, endereços de estabelecimentos diferentes foram atribuídos a uma mesma coordenada geográfica, desvirtuando a distribuição no mapa. Nesses casos, foi realizada uma pesquisa individual no “*Google Maps*” com o endereço cadastrado no arquivo e sendo esse endereço identificado, sendo a informação da coordenada geográfica do estabelecimento foi devidamente corrigida.

Optou-se pela identificação das unidades através de pontos, visto que, objetiva-se expor dados absolutos quanto à rede numérica de estabelecimentos de AF no Brasil, assim, o número de pontos reflete exatamente o número de ocorrências e seu posicionamento no território nacional.

2.4 Entrevistas

Com o objetivo de obter informações de caráter qualitativo, que podem não ter sido percebidas na bibliografia pesquisada, foram realizadas entrevistas com agentes que participaram da formulação, implementação e acompanhamento dos programas de AF abordados nessa Tese.

O número de entrevistados será limitado ao maior número possível de pessoas que estiveram envolvidos na formulação, implementação e acompanhamento dessas políticas, já que nem sempre são sujeitos de fácil acesso²¹.

¹⁹ É a distância medida em graus de um determinado ponto da superfície em relação à Linha do Equador. Pode variar de 0° a 90° e estar ao Norte ou ao Sul (IBGE, 2018).

²⁰ É a distância medida em graus de um determinado ponto da superfície em relação ao Meridiano de Greenwich. Pode variar de 0° a 180° e estar a Leste ou a Oeste (IBGE, 2018).

²¹ Essa dificuldade também foi relatada em outros estudos e refere-se ao contato para a realização de entrevista e obtenção de informações com a atual (2019) equipe de gestão do PFPB.

O grupo de entrevistados é composto por: (i) quadros do Ministério da Saúde, (ii) profissionais da Fiocruz, (iii) profissionais das associações de farmácias e (iv) pesquisadores do tema. Ver relação dos entrevistados e seus perfis no Apêndice C.

O primeiro cuidado com a etapa de realização das entrevistas foi que essa somente ocorreu após a revisão bibliográfica e apuração dos indicadores pertinentes ao funcionamento dos programas. Assim sendo, o pesquisador já estava familiarizado com diversos aspectos sobre o tema. Além disso, a escolha dos entrevistados justifica-se pela relação que os mesmos possuem com os programas de AF. As entrevistas foram realizadas pessoalmente ou por meio eletrônico (internet), utilizando-se de softwares de vídeo conferência. Foi garantido aos entrevistados a devida fidelidade as informações concedidas (MANZINI, 2019).

Dentre as formas de entrevistas²², optou-se pela realização do formato de entrevistas semiestruturadas, combinando um breve questionário (Apêndice B) previamente formulado, e o formato de entrevista com perguntas abertas, possibilitando a flexibilidade ao discorrer sobre o tema, tanto para o entrevistador como para o entrevistado.

Antes de cada entrevista foi explicado ao entrevistado o objetivo e a natureza da Tese, informando que ele/ela teria toda liberdade para interromper, pedir esclarecimentos e criticar as perguntas formuladas. Também foi solicitada autorização para gravar a entrevista, explicando o motivo da gravação (RICHARDSON, 1999, *apud* BRITO JÚNIOR, 2011).

Após a realização das entrevistas, essas foram transcritas, sendo realizada uma conferência de fidedignidade, na qual a gravação transcrita é ouvida novamente e o texto conferido e corrigido se necessário, com o intuito de que o conteúdo reflita exatamente o exposto pelo entrevistado, o material transcrito será apresentado para os entrevistados para avaliação e ajustes pertinentes (DUARTE, 2004).

²² “As formas de entrevistas mais utilizadas em Ciências Sociais são: a entrevista estruturada, semiestruturada, aberta, entrevistas com grupos focais, história de vida e também a entrevista projetiva” (BONI; QUARESMA, 2005).

Capítulo 3 - Arranjos de Provisionamento de Medicamentos Básicos e Essenciais

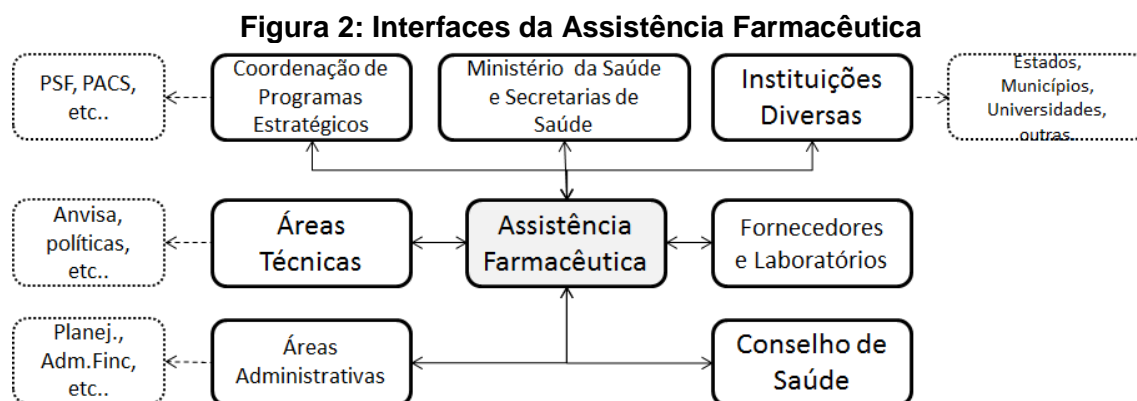
3.1 Definição de Assistência Farmacêutica e os desafios da Política

A Política Pública de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais se compõe de uma estrutura regulatória derivada da segunda geração dos direitos fundamentais em sua evolução na proteção da dignidade humana, estando em sua essência a preocupação com as necessidades do ser humano (SILVA, 2016).

A AF é um sistema constituído de várias etapas²³ e não se limita ou se reduz à logística no provisionamento de medicamentos (PORTELA *et al.*, 2010). Nessa percebe-se a dimensão do financiamento categorizado, atualmente, na esfera do SUS, em três componentes, a saber: (i) componente básico, composto por medicamentos básicos e essenciais; (ii) componente estratégico, com medicamentos voltados a programas de saúde como: a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas, doenças sexualmente transmissíveis e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional e (iii) componente especializado, caracterizado por Protocolos Clínicos e em Diretrizes Terapêuticas. (CONASS, 2007; Ministério da Saúde, 2014).

A AF é uma atividade multidisciplinar, que exige uma articulação permanente entre as áreas técnicas, administrativas, financeiras, Conselhos de Saúde, entidades de classe, universidades e fornecedores, para sua execução. Envolvendo as três esferas de gestão do SUS (União, estados e municípios) que devem estabelecer e manter articulações permanentes com as demais instituições do sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2006), conforme Figura 2.

²³ Seleção de medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação.



Fonte: Elaboração própria conforme informações do Ministério da Saúde (2006).

A AF tem como finalidade melhorar acesso e uso racional de medicamentos para uma determinada população²⁴ (SANTOS; SOARES, 2018) e estrutura-se de forma sequencial, podendo ser prejudicado por uma falha em uma das etapas, resultando em ruptura no ciclo e, conseqüentemente, com a interrupção na dispensação do medicamento à população (CONASS, 2007).

A motivação principal das ações da AF em seu nível básico de atenção é melhorar o acesso aos medicamentos básicos e essenciais, sendo esse o foco dessa Tese. Esse talvez seja o desafio mais complexo para os agentes dos setores público e privado envolvidos com a AF, pois possui uma complexidade derivada do fato de que existem muitos fatores definidores do nível de acesso da população, como o financiamento, preços e logística (OMS, 2004).

Uma das justificativas para a necessidade de desenvolvimento de ações de AF pode ser encontrada na evolução histórica do número de unidades comercializadas nas farmácias, no Brasil, conforme Tabela 5.

Tabela 5: Evolução das unidades e das vendas de medicamentos nas farmácias no Brasil – 1989-2006-2017

Itens \ Anos	1989	2006	Δ 2006/1989	2017	Δ 2017/2006
Unidades (x 1.000)	1.556.393	1.434.360	-7,8%	3.773.486	163,1%
Vendas (US\$ 1.000)	2.037.785	9.868.159	384,3%	28.433.410	188,1%

Obs.: Trata-se de unidades farmacológicas e as vendas em valores cobrados na venda.

Fonte: Elaboração própria conforme dados da Febrafarma e IMS Health (2018).

²⁴ Aprofundamento sobre AF e outros assuntos relacionados ver Osório-de-Castro *et al.*(2014).

Em 2006 o volume de unidades vendidas foi 7,8% menor do que as unidades vendidas em 1989. Nesse período, passados 17 anos, observa-se um aumento populacional da ordem de 20 milhões de pessoas. O volume de vendas, em dólares, aumentou em 384,3%, podendo-se deduzir que o encarecimento dos medicamentos, levou a população a ter dificuldades em seus tratamentos. Em 2017, há um aumento da ordem de 163,1%, no número de unidades vendidas, ainda que as vendas tenham crescido um pouco acima. Frenkel (2008) atribui esta recuperação à implementação de programas de AF que permitiram um maior acesso ainda que a preços crescentes.

Segundo o IBGE (2019), o Brasil tem 27,4% de sua população, aproximadamente 54,8 milhões de pessoas, vivendo na pobreza²⁵, Esse cenário demanda ações do Estado para atender as necessidades relacionadas aos tratamentos e provisionamento de medicamentos. Essa premência acentua-se, pois, segundo o IBGE (2019), o Brasil chegará aos anos 2030 com uma população de aproximadamente 221,1 milhões de pessoas e em um cenário no qual a razão de dependência total de cem pessoas em idade ativa respondendo por 55,5 indivíduos na faixa etária não ativa, demandando maior ordenamento nas Políticas Públicas voltadas a saúde, assim como para a AF (OLIVEIRA; ONEIL, 2012).

Os problemas de disponibilidade de medicamentos são uma realidade não só no Brasil como em outros países e estão diretamente relacionadas ao cenário socioeconômico de cada nação. O acesso a esses medicamentos, nos países pobres, é limitado devido, principalmente, a duas razões, a saber: (i) os elevados preços destes produtos em relação à renda da população e (ii) a indisponibilidade de medicamentos para tratamento de determinadas doenças (PORTELA *et al.*, 2010).

A garantia desse acesso é complexa, como já afirmado, e existem, basicamente, três condições para que a ação surta resultados, além da existência da demanda e oferta de medicamentos, são essas: (i) a disponibilidade, com o medicamento sempre acessível ao usuário, (ii) a acessibilidade, com o medicamento precificado de forma que esteja ao alcance do paciente e (iii) a aceitabilidade, sendo o medicamento de confiança para o uso (ASSIS; JESUS, 2012).

²⁵ Calculada a partir da PNAD Contínua, a linha de 5,5 dólares por dia correspondia a R\$ 387,07 em 2016 e incluía 25,4% da população brasileira na pobreza, tendo a maior incidência no Nordeste (43,5%) e a menor no Sul (12,3%) (IBGE, 2017).

Os estímulos de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais para a população provêm da necessidade de eliminar barreiras, ainda existentes, de cunho geográfico, econômico, financeiro e social, que formam uma lacuna entre a demanda por medicamentos e sua oferta e aquisição (BERMUDEZ *et al.*, 1999, *apud* COSENDEY, 2000).

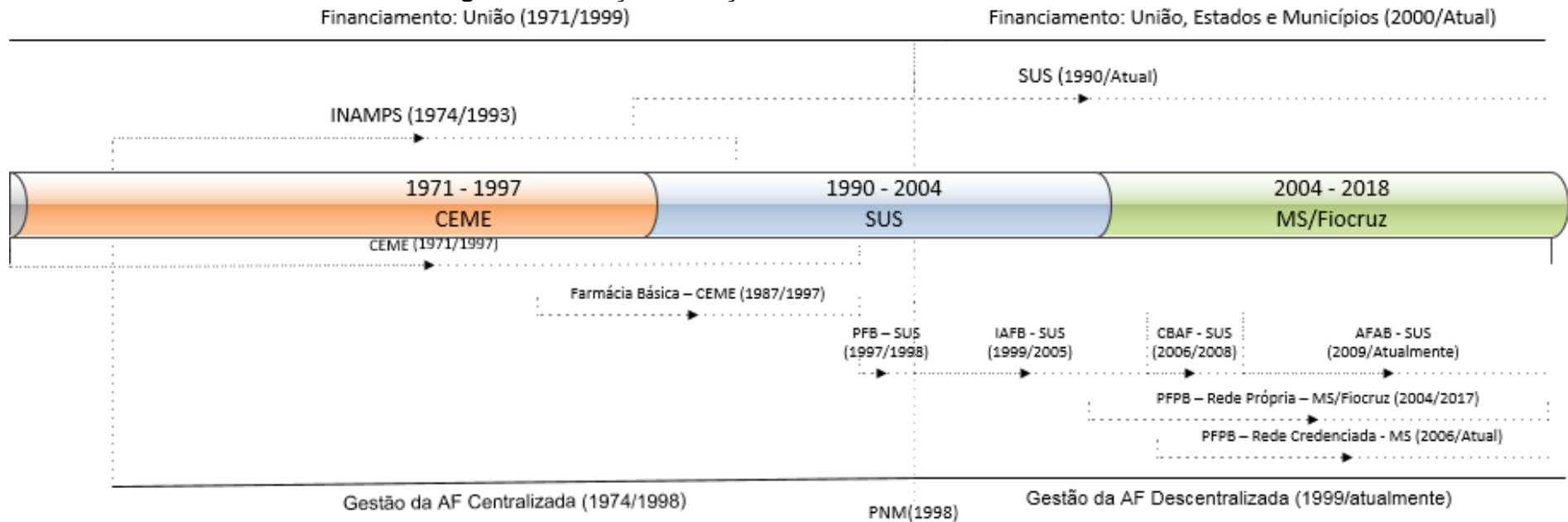
3.2 Periodização da Assistência Farmacêutica no Brasil

Tendo-se identificado e estabelecida a importância de acesso aos serviços de AF, mais especificamente, quanto à aquisição de medicamentos básicos e essenciais, o Estado brasileiro atuou, implementando Políticas Públicas, para que se garantisse a disponibilidade desses medicamentos para a população, buscando garantir sua acessibilidade, tanto financeiramente, quanto logisticamente. O quadro da AF que buscamos apresentar e analisar é decorrente de um processo evolutivo.

Em 2019, o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, pode ocorrer através de três arranjos, a saber: (i) aquisição em farmácias privadas ou comerciais, (ii) aquisição gratuita pelo SUS e (iii) através do PFPB, no qual o usuário, não sendo a enfermidade integrante dos programas de hipertensão arterial, diabetes e asma, arcará com parcela do preço do medicamento (LUIZA *et al.*, 2018).

Os arranjos, atualmente vigentes no Brasil de provisionamento de medicamentos foram o resultado da evolução das políticas de AF. Apresenta-se, na Figura 3, a partir de 1971, data na qual acontece a primeira ação relevante para a contextualização histórica dessa pesquisa, que foi inspirada em Berenger (1996) e atualizada. A evolução das ações da AF e a sua periodização, adotada nesta Tese, foi marcada em três períodos: antecedentes; criação do SUS/UBS; e criação do PFPB.

Figura 3: Evolução das ações de Assistência Farmacêutica.



Fonte: Elaboração própria com base em informações do Ministério da Saúde.

Cabe mencionar, mais uma vez, que a análise dessa pesquisa contempla o período entre a gestão do SUS, na qual a AF ocorre através das UBS (1990/2004) e do Ministério da Saúde e do PFPB (2004/2018). Porém, se faz necessária uma breve abordagem sobre o período anterior referente à CEME (1971/1997), no qual, são percebidas as primeiras ações.

3.3 Antecedentes da Assistência Farmacêutica

Segundo o Ministério da Saúde (2014), o marco inicial da AF, no Brasil, ocorreu em 1971, com a criação da Central de Medicamentos – CEME²⁶. Como visto, esse órgão tinha como função principal o atendimento da população carente quanto à demanda de medicamentos (CONASS, 2007; CONASS, 2011).

Em 1973, foi criado o Plano Diretor de Medicamentos – PDM²⁷, propondo um conjunto de diretrizes e normas integradas em um planejamento voltado ao desenvolvimento do sistema farmacêutico nacional. Suas diretrizes visaram integrar as ações do governo no processo de produção, distribuição e comercialização de medicamentos em apoio ao Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BRASIL, 1973).

Foi através do PDM (1973) que a RENAME (1977) foi estabelecida para uso na produção oficial de medicamentos básicos e essenciais (BELLO, 2009). Através da RENAME, o Estado passou a elencar um rol de medicamentos básicos e essenciais voltado ao combate das enfermidades críticas e paralelamente, através de políticas ou programas assistenciais, subsidia o fornecimento desses produtos à população (AUREA *et al.*, 2011).

A RENAME também é utilizada como um elemento para orientação de estados e municípios nas suas próprias listas de medicamentos, no caso a Relação Estadual de Medicamentos - Resme e a Relação Municipal de Medicamentos - Remune (WANNMACHER, 2006, *apud* SANTOS e SOARES, 2018).

3.3.1 Central de Medicamentos (1971/1997)

A CEME criada como um modelo de gestão e decisão centralizado desconsiderava as necessidades e características estaduais e municipais, alijando essas esferas de qualquer influência ou decisão, posicionando-se como o principal agente relacionado à AF no país (GOMES, 2003; CONASS, 2007). Sua rede de armazenamento e distribuição era composta pelas Centrais de Medicamentos Básicos – CMB, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelas Centrais de Distribuição de

²⁶ Decreto nº 68.806/71.

²⁷ Decreto nº 72.552/73.

Medicamentos – CDM do INAMPS (CONASS, 2007). Porém, nenhuma mensuração quantitativa ou estatística é encontrada na literatura visitada ou nos bancos de dados do Ministério da Saúde, que fornecesse informação para mensurar a evolução das ações realizadas nesse período.

Na gestão da CEME, foi criada a Farmácia Básica – FB (1987/1990), como um canal de provisionamento de medicamentos elencados na RENAME (1977). Assim, a partir da segunda metade da década de 1980, ações de assistência à saúde, de cunho universal e equitativo, começam a ser implementadas no Brasil, dando início ao movimento da Reforma Sanitária, que em seu cerne buscava a melhoria das condições de vida da população (SUS, 2018).

Dentre os aspectos negativos, nesse período de gestão da CEME, identificam-se denúncias de corrupção, descompromisso dos gestores com os objetivos do órgão, desmantelamento da estrutura técnico-organizacional, ausência de articulação com os estados e municípios, sendo estimados prejuízos da ordem de 40% por deficiência da rede de distribuição e demanda superestimada para compensar descontinuidades no abastecimento (BERMUDEZ, 1995, *apud* NEGRI, 2002).

3.3.2 Gestão do INAMPS (1974/1993)

Em 1974 foi criado o INAMPS²⁸, pela divisão do, então, Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS (CONASS, 2007). As diretrizes do INAMPS consubstanciavam a Política Pública de saúde que vigorou antes da criação do SUS (FIOCRUZ, 2018a). Essa ação, originada das propostas de integração de 1970 e indicava a mudança de estratégia, primeiramente no sentido da descentralização no cuidado com a saúde da população e, em segundo, com a ampliação dessa atenção para com os indivíduos que não contribuísssem para com o sistema previdenciário (trabalhadores informais) e de assistência médica (BERENGER, 1996).

O contexto de crise financeira nacional, percebido na década de 1970, levou à implementação de políticas econômicas de cunho recessivo, que diminuíram o nível de empregos, da massa salarial e conseqüentemente impactaram nas receitas

²⁸ Lei nº 6.439/77.

previdenciárias, fazendo com que o financiamento proveniente do trabalho formal se reduzisse. Este cenário de dificuldades de atender não só as demandas de saúde e prestação de serviços, mas também a extensão de benefícios aos setores que passaram a ser contemplados devido ao processo de universalização progressiva de acesso à saúde perduraram até a década de 1980 (FLEURY; CARVALHO, 2017).

A extinção do INAMPS ocorreu em 1991. Suas funções, sua lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros foram absorvidas pelo SUS, que passa a atuar na área da assistência à saúde em caráter universal. Porém, as atividades desse órgão só foram oficialmente encerradas em 1993²⁹, havendo então um período de transição e sobreposição de 1990 a 1993, período no qual, oficialmente, o INAMPS e o SUS coexistiram (BERENGER, 1996; SOUZA R., 2002).

Cabe salientar que, no início da década de 1980, na vigência do INAMPS, o conceito de medicamentos básicos e essenciais tornou-se uma premissa elementar das políticas de saúde internacionais, sendo um importante aspecto na tomada de decisões de Políticas Públicas de AF, não só nos países em desenvolvimento, mas também nos países industrializados, visto que, a seleção e uso racional dos medicamentos são princípios para boa gestão nos serviços de saúde público e privado (OMS, 2004).

3.3.3 Ações Integradas de Saúde (1983/1987)

Em 1983 foi formulado o programa de Ações Integradas de Saúde – AIS, que vigorou até 1987, e propunha mudanças na relação entre o setor público e o privado quanto: (i) ao financiamento das ações de saúde, que passaria a ser responsabilidade, única, do setor público, (ii) à priorização do atendimento ambulatorial, (iii) à extensão do atendimento, experimentalmente, para gestão de alguns estados e municípios e (iv) à descentralização do sistema vigente (GERSCHMAN, 1995, *apud* SILVA B., 2013).

Pouca literatura aborda criticamente esse programa, em sua maioria, são publicações que se limitam a descrever a estrutura, porém, destaca-se o objetivo de

²⁹ Lei nº 8.689/93.

reorganização e descentralização como proposta frente ao modelo centralizado até então vigente no setor de saúde (BERENGER, 1996).

A constituição das ações ocorria através de convênios e termos aditivos entre a União e estados, nos quais eram explicitados os objetivos, estrutura e meios de funcionamento das AIS e termos de adesão, através dos quais os municípios eram incorporados às mesmas (PUGIN; NASCIMENTO, 1996).

As AIS não promoveram ganhos significativos quanto à descentralização e unificação do sistema de atendimento, o que levou a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (1987), que obteve melhores resultados, tendo como instrumento a formação de comissões interinstitucionais e a criação de conselhos de saúde nos estados e municípios (SILVA B., 2013), como será visto na próxima subseção.

3.3.4 Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (1987/1990)

O INAMPS³⁰, mesmo com a crise de fomento, passou a conceder benefícios aos trabalhadores rurais³¹, propiciando um tratamento equânime aos concedidos aos trabalhadores urbanos, pois o cenário segregativo existente até então gerou insatisfações na sociedade (SOUZA R., 2002). As ações tomadas nas décadas de 1970 e 1980 foram direcionadas à transformação do modelo que levaram a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (1987) (GROFT, 2013).

O SUDS possuía um direcionamento para questões sanitárias, em um contexto de reforma, com objetivo de universalizar o acesso aos serviços e descentralizar sua gestão, mesmo possuindo como objetivos a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS, permanecendo na busca pela unificação com descentralização das ações de saúde pública (BERENGER, 1996).

O SUDS é percebido como uma etapa anterior a criação do SUS. Em sua vigência acontece o aperfeiçoamento do sistema de financiamento orçamentário com a existência dos convênios adotados anteriormente pelas AIS (PIOLA *et al.*, 2009). Esse entendimento não é o mesmo do Ministério da Saúde em documento de 1990, que ao se referir à criação do SUS, informa que: "*o SUS não foi uma ação substitutiva do*

³⁰ Resolução INAMPS nº 115/86.

³¹ Assim denominados pela Lei nº 4.214/63, também conhecida como "Estatuto do Trabalhador Rural".

INAMPS, tão pouco do SUDS, mas sim, um novo sistema de saúde que está em implantação” (Ministério da Saúde, 1990).

Cabe mencionar que o setor de saúde no Brasil, ao final da década de 1980, caracterizava-se por: (i) ser uma estrutura desigual macro e micro regionalmente, (ii) ser objeto do reaparecimento de doenças, (iii) sofrer da persistência de endemias como: doença de Chagas, esquistossomose, malária, etc., (iv) vivenciar o envelhecimento populacional, (v) experimentar uma crise do sistema de assistência à saúde e (vi) ter uma demanda crescente e insatisfeita, que reivindicavam uma reforma quanto à situação sanitária no Brasil (PIOLA, BARROS; VIANNA, 1996).

Dessa forma, decorrente de medidas do INANPS em direção a cobertura universal da saúde para população, o SUDS vem, também, a ser o resultado de um processo evolutivo de aperfeiçoamento do sistema de saúde (SUS, 2002), mas, igualmente, se deve à crise no financiamento do sistema previdenciário no Brasil, que demandou ações inovadoras. Aliado a esses aspectos, a mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade que constituíram o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, que contribuí para a posterior criação do SUS (Ministério da Saúde, 2002).

3.3.4.1 Farmácia Básica (1987/1997)

As experiências de organização centralizada de provisionamento de medicamentos realizadas, até então, pelo poder público Federal, por meio da CEME, mostraram-se problemáticas devido às denúncias de corrupção, descompromisso, desarticulação e significativas perdas. Esse diagnóstico fortalecia a proposta de desenho de uma nova Política Pública de AF descentralizada, buscando o aperfeiçoamento dos processos, com uma intervenção mais ativa no mercado e o fortalecimento da produção estatal (NEGRI, 2002).

Frente à necessidade de aperfeiçoar a dispensação de medicamentos foi criada a Farmácia Básica – FB (1987), como um novo canal de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais elencados na RENAME e voltados ao tratamento de doenças mais comuns da população brasileira e tratados no nível ambulatorial. A FB foi criada, no âmbito da CEME, utilizando-se as informações quanto à morbidade

e ocorrências mais frequentes nas diferentes regiões do país (COSENDEY, 2000; PORTELA *et al.*, 2010).

O sistema de saúde brasileiro, ainda possuía um perfil excludente e dominado pela iniciativa privada na oferta de serviços e produtos de atenção a saúde. Por sua vez, a estrutura pública da saúde ainda era altamente centralizada na União através do MPAS, financiada pelo sistema de Seguridade Social, para o qual contribuía empregados, empregadores e o governo Federal (PIOLA; VIANA, 2008, *apud* PIOLA *et al.*, 2009).

A distribuição de medicamentos por parte da FB ocorria através de módulos-padrão planejados a partir de uma lista contendo 48 medicamentos. Ao contrário do proposto quanto à observância epidemiológica de cada região do país, a padronização com itens de uso mais generalizado e em quantidades mensuradas para a cobertura das necessidades de 3.000 pacientes por três meses, não considerava a diversidade de cada região, ocasionando problemas de excesso e carência de medicamentos nas diferentes regiões do Brasil (Ministério da Saúde, 1997).

Além disso, a ausência de planejamento na produção e na distribuição dos medicamentos do FB, fez com que as unidades de saúde recebessem medicamentos com reduzido ou nenhum prazo de validade, gerando grandes perdas (COSENDEY, 2000).

Em suma, percebe-se que movimento de descentralização das ações na saúde na AF obedeceu a uma trajetória histórica. Originou-se com o advento do INAMPS (1974), concentrado no nível do governo Federal, posteriormente com a implementação das AIS (1984) e do SUDS (1988), as ações foram direcionadas ao nível de governo dos estados e, finalmente, com o SUS (1990), a descentralização foi ao nível de governo municipal (BERENGER, 1996).

3.4 Sistema Único de Saúde (1990)

Em função dos debates ocorridos durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), o SUS surge inserido na proposta de Reforma Sanitária³² na década de 1980.

³² “O movimento sanitário propunha a democratização das relações entre a sociedade e o sistema de saúde, como posição política aglutinadora. Pode-se afirmar, resumidamente, que o movimento sanitário defendia quatro pontos doutrinários centrais que foram decisivos para a formulação dos

A proposta composta em um conjunto de ideias relacionadas às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, contemplando todo o setor já operacionalizado pelas três esferas de governo (VIEIRA, 2009; BACKER, 2009; BELLO, 2009; SANTOS; SOARES, 2018).

Seu princípio legal foi estabelecido na CF/88 e na Lei Orgânica da Saúde, posteriormente implementada através da Lei nº 8.080/90, sendo observada a participação da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios, das fundações mantidas pelo poder público e, também, da iniciativa privada ainda, que em caráter complementar, através de contratos e convênios (CONASS, 2003). Percebe-se aqui que desde o início o SUS se organizou complementarmente à iniciativa privada já mostrando fortes sinais de sua tendência de trajetória.

Como estratégia, através do SUS, buscou-se reorientar o modelo de atenção existente, até então “*hospitalocêntrico e curativista*” (OPAS, 2005), que apresentava diversos problemas, para outro que tivesse ênfase na atenção básica e na saúde familiar e com uma estrutura, regionalmente constituída. Buscou-se reduzir o poder central da União, mantendo o compartilhamento técnico e o fomento Federal, e o transferir para os estados e municípios, sendo esses últimos responsáveis pela prestação final dos serviços de saúde (PIOLA, BARROS; VIANNA, 1996).

Uma das principais premissas na criação do SUS é o movimento descentralizador³³ das ações transferindo-as do governo Federal para o nível de governo estadual e municipal. O cerne dessa proposta, inserida na concepção Federalista, pauta-se no entendimento de que, essa centralidade decisória e operacional de saúde na esfera federal significa um distanciamento do gestor com as questões mais particulares e diversas de cada local, existindo então um único eixo norteador para as ações de saúde em todo o país indistintamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990; SOUZA e COSTA, 2010).

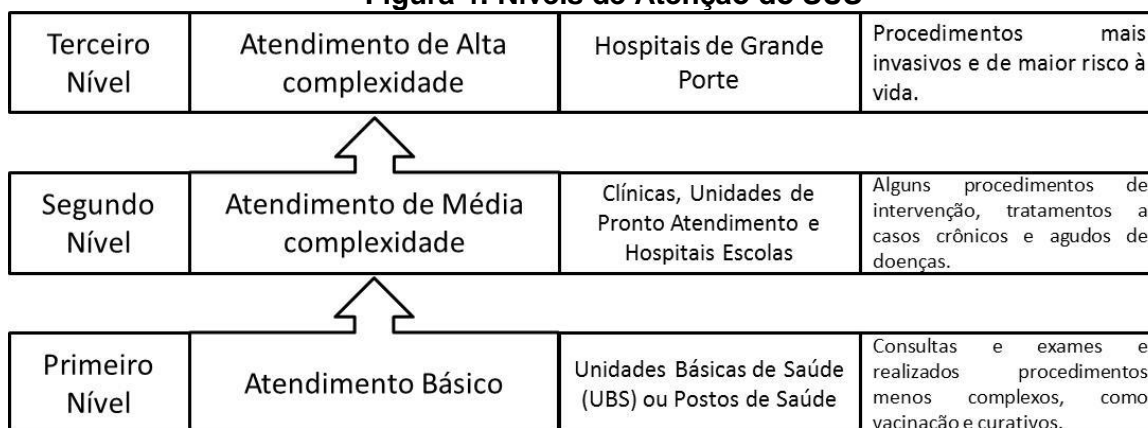
O SUS é um instrumento de Política Pública decorrente das demandas da população (SILVA; DINIZ, 2006 *apud* BELLO, 2009) e sua gestão foi responsável pela

artigos referentes à saúde na nova constituição.” Sendo esses: i) a concepção de saúde como direito universal; ii) a compreensão da saúde e doença pelas relações econômicas e sociais prevalentes; iii) a responsabilidade do Estado na criação um sistema público unificado de saúde e iv) o controle social deste sistema por representantes da população e das entidades civis da sociedade (PIOLA *et al*, 2009).
³³ “A descentralização diz respeito à distribuição das funções administrativas entre os níveis de governo, (...) permitem que um dado nível de governo desempenhe funções de gestão de uma dada política, independentemente de sua autonomia política e fiscal.” (ARRETCHE, 2002).

implementação de programas de atenção à saúde e provisionamento de medicamentos para a população, tais como: o Programa Saúde da Família (1994), e a Política Nacional de Medicamentos (1998).

A rede de atendimento do SUS, segundo a Fiocruz (2018), divide-se em três níveis, o primeiro nível é o de atendimento básico realizado nas UBS, o segundo, realizado em clínicas, Unidades de Pronto Atendimento - Upas ou Hospitais escola, atendendo ocorrências de média complexidade e o terceiro nível, intervenções de alta complexidade, é composto pelos hospitais de grande porte e em todos esses três níveis, o usuário tem direito ao medicamento para seu tratamento, bastando que tenha a prescrição médica, emitida por profissional médico autorizado, e que esteja de acordo com os protocolos existentes (FIOCRUZ, 2018a).

Figura 4: Níveis de Atenção do SUS



Fonte: Fiocruz (2018).

No nível de atendimento básico, foco desta Tese, as UBS têm como objetivo ser o primeiro atendimento, ao cidadão, na rede de atenção básica do estado e para tanto necessita estar próximo de onde as pessoas residem. Uma significativa gama de serviços médicos pode ser demandada nessas unidades, segundo o Ministério de Planejamento – MP (2007):

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade. Na UBS, é possível receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos

são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. A atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde (UBS) e Equipes de Atenção Básica. (MP, 2007).

3.4.1 Programa Saúde da Família (1994)

O SUS (1990) buscou reorientar o foco do modelo de atenção a saúde vigente antes de sua implementação, para atenção básica, através da pactuação de competências e responsabilidades entre as três esferas de gestão governamental (OPAS, 2005).

Nesse contexto, o PSF é criado para o atendimento da família quanto às questões sanitárias e às relacionadas com as ações clínicas de forma específica, observada a realidade local e o acompanhamento contínuo do indivíduo e de sua família (LABETE; ROSA, 2005; VIEIRA, 2009; OLIVEIRA, ASSIS; BARBONI, 2010).

O PSF está ligado às UBS (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SAGE, 2019) e é formado por equipes compostas por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo atendimento de cerca de 800 famílias (até 4.500 pessoas), residentes em um determinado espaço geográfico previamente delimitado. Neste novo contexto, as equipes do PSF também promovem a dispensação de medicamentos, embora que de forma escassa e seletiva, como uma consequência lógica do processo de atenção à saúde, a fim de facilitar o acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais (CANABARRO; HAHN, 2009).

3.4.2 Programa Farmácia Básica (1997/1998)

O Programa Farmácia Básica – PFB foi reeditado devido a continuidade de deficiências no desabastecimento das unidades de dispensação de medicamentos do SUS, posterior a extinção da CEME e antes da implementação da PNM (1998). Ele é percebido como um programa de transição entre a Política Pública que tinha a CEME, como instrumental para o provisionamento de medicamentos, a nível ambulatorial, e uma nova política nacional de disponibilização de medicamentos básicos e essenciais

para a população (OPAS, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, *apud* FERREIRA, 2007).

Em sua reedição, a relação de medicamentos oferecida era menor do que a estabelecida para o Farmácia Básica, gerido pela CEME, disponibilizou um elenco de 40 medicamentos essenciais voltados para o tratamento de doenças de maior ocorrência ao nível da atenção primária à saúde e fundamentou-se na experiência da gestão CEME, assim como nos programas estaduais de AF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Sua importância reside no diagnóstico de persistência da descontinuidade dos tratamentos e de carência financeira dos pacientes, aspectos que conduziam os pacientes à reincidência e no agravamento de doenças que poderiam ser curadas ou controladas. Esse problema é generalizado, mas nos municípios de menor porte populacional ele é mais grave. Assim, o critério de escolha do local para implementação da unidade do PFB era a densidade populacional. Foram selecionados todos os municípios com população até 21.000 habitantes, com a expectativa de atender 4.199 municípios, cobrindo 75,4% dos municípios brasileiros (COSENDEY, 2000).

Esse programa foi proposto com uma divisão logística de ações e responsabilidades previamente definidas entre os níveis de “parceria”, ou seja, entre o Ministério da Saúde, os Laboratórios Oficiais e/ou Centros Regionais Distribuidores, as Universidades Conveniadas, as Secretarias Estaduais de Saúde e os Municípios, desde a produção de medicamentos até a sua distribuição.

Paralelamente à formulação da PNM, ao avanço do processo de descentralização ocorreu à interrupção do PFB (1998) e o estabelecimento dos critérios para a qualificação e participação dos municípios e estados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica – IAFB³⁴, mediante pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB, com financiamento tripartite e, com a definição de valores *per capita*/ano a serem alocados pelas três esferas de governo (LUIZA *et al.*, 2018).

3.4.3 Política Nacional de Medicamentos (1998)

³⁴ Atualmente, o IAFB é denominado como Assistência Farmacêutica na Atenção Básica – AFAB (Luiza *et al.*, 2018).

A formulação da PNM³⁵ deveu-se a percepções do gestor público quanto à situação precária de operação verificada na política de AF anteriormente vigente. Esses pontos foram: (i) inexistência de garantia de acesso a medicamentos, (ii) problemas quanto à qualidade dos medicamentos, (iii) uso irracional dos medicamentos, (iv) desarticulação entre os níveis da AF e (v) desorganização dos serviços farmacêuticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Esses aspectos levaram ao estabelecimento da PNM com o objetivo de garantir, contemplando os setores público e privado, o acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais (LUIZA *et al.*, 2018).

A PNM estabeleceu diretrizes para a AF e buscou garantir a maior qualidade dos medicamentos básicos e essenciais dispensados, assim como seu uso racional e acessibilidade à população, tendo como premissas: (i) a reorientação da AF, (ii) o fomento à produção de medicamentos, (iii) a regulamentação e organização da vigilância sanitária de medicamentos, (iv) a revisão permanente da RENAME e (v) o uso racional de medicamentos (NEGRI, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Cabe salientar que, com a PNM, dá-se, efetivamente, início ao processo de descentralização da AF, sendo essa reorientada para operacionalização e fomento por parte das três esferas de governo alinhadas com o SUS, assegurando a aquisição e distribuição dos medicamentos descentralizadamente. Essa política promoveu ações de fortalecimento como: (i) a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA³⁶ e (ii) o registro e aprovação dos medicamentos genéricos³⁷ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Um importante aspecto no acesso a medicamentos é a produção dos mesmos realizados em laboratórios públicos e/ou privados. No que concerne aos laboratórios públicos esses priorizavam a produção de medicamentos básicos e essenciais e eram responsáveis por 75% das unidades de medicamentos dispensadas no SUS. Cabe mencionar que, com a descentralização da AF. A oferta dos laboratórios públicos passou a ter um papel cada vez menor quando comparados com a participação dos laboratórios privados (OPAS, 2005). Apesar deste ponto não ser objeto desta Tese, é

³⁵ Portaria GM/MS n. 3916/98.

³⁶ Lei nº 9.782/99.

³⁷ Lei nº 9.787/99.

provável que isso ocorra devido à concorrência com os laboratórios privados, que oferecem preços menores nas licitações.

3.5 A Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde

Em 2004 foi instituída a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF. A premissa básica da PNAF³⁸ foi a de ser a indutora de ações de acesso a medicamentos, de inovação, de evolução industrial e de aperfeiçoamento dos recursos humanos, assegurando as ações implementadas no SUS, de acesso e assistência à saúde e seus recursos, com vistas à garantia de uma cobertura populacional e equidade na AF (OPAS, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A PNAF possui vários eixos de ação priorizando: (i) a intersetorialidade, estimulando o desenvolvimento, capacitacional humano, científico e tecnológico com parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia, (ii) a integralidade, no sentido de garantir o acesso de qualidade para população às ações de AF, (iii) a promoção do uso racional de medicamentos, através da RENAME como instrumento de orientação de prescrição médica e (iv) a descentralização das ações, na observação das prioridades regionais relacionadas à AF (PASQUETTI e JUNGES, 2011).

Nas subseções 3.6.1 e 3.6.2 a seguir, serão apresentadas as características do avanço da AF no SUS, via UBS e no PFPB, que são os dois arranjos de provisão de medicamentos básicos e essenciais objeto de análise nesta Tese.

3.5.1 Organização da Assistência Farmacêutica no SUS

O SUS é subordinado ao Ministério da Saúde e compõem a sua estrutura as secretarias estaduais de saúde e as secretarias municipais de saúde. Essas constituem colegiados, através de conselhos e comissões de saúde, com funções participativas e deliberativas, nos quais são definidas questões pertinentes às Políticas Públicas de Saúde³⁹.

³⁸ Resolução MS nº 338/04.

³⁹ Além dessa estrutura há um instrumento jurídico que define as responsabilidades dos entes federativos no SUS, que é o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAP (CONASS, 2003).

São instituições de gestão da AF no Brasil: Conselho Nacional de Saúde – CNS (1954), Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (1982), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS (1988), Comissão Intergestores Tripartite – CIT (1991), Comissão Intergestores Bipartite – CIB (1991) e Comissão Intergestores Regional – CIR (2006).

Além das instâncias governamentais e intergovernamentais, a participação social também está presente nos conselhos e comissões de saúde dos três níveis de governo (CONASS, 2003), através das Organizações não Governamentais, atuando como agentes catalizadores do interesse popular (CUETO *et al.*, 2014).

Na estrutura do SUS, cada ente federado possui responsabilidades para com seu funcionamento: (i) a União deve proporcionar apoio financeiro, logístico e estratégico, consolidando os sistemas estaduais e propiciando ao SUS maior eficiência e qualidade, (ii) os estados possuem uma função de prover as ações em nível estadual, assim como incentivar os municípios, que estejam sob sua jurisdição, quanto à atenção à saúde e responsabilizar-se por essas ações enquanto seus municípios não assumam esse compromisso e (iii) os municípios, sendo esfera pública mais próxima aos cidadãos e de suas necessidades, é o âmbito mais adequado para assumir o provimento das ações em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

No contexto da regulamentação do SUS, a AF também deverá ser prestada pelos três entes federados com atribuições e responsabilidades específicas. Luiza *et al.* (2018) apresentam, na Tabela 6, os responsáveis pela execução do ciclo básico da AF, bem como suas atribuições.

Pode-se observar que a maior parte das atribuições coube aos municípios. Somente o financiamento e a prescrição cabem aos três níveis da federação. A União participa da seleção definindo os protocolos de tratamento, mas é o município que irá ou não selecionar o medicamento de acordo com as necessidades de saúde locais.

Tabela 6: Responsabilidades Federativas pela Execução do Componente Básico da AF.

Item	União	Estados	Municípios
Financiamento	•	•	•
Seleção	•		•
Aquisição			•
Prescrição	•	•	•
Programação			•
Armazenamento			•
Distribuição			•
Dispensação			•

Fonte: Elaboração própria com base em Luiza *et al.*(2018).

A operação da AF é realizada pelo ponto de atenção à saúde denominada UBS, que por sua vez, é ordenado pelas Redes de Atenção à Saúde. Essas duas estruturas serão objeto das duas próximas subseções.

3.5.1.1 O Funcionamento das Unidades Básicas de Saúde

A AF ambulatorial, na qual o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais é realizado diretamente ao paciente, por instituições públicas, para uso em suas residências. No âmbito ambulatorial, foco desta Tese, devido à descentralização, o processo de selecionar, programar, adquirir, armazenar, distribuir, prescrever e provisionar medicamentos passou a ser executado pela esfera municipal (VIEIRA, 2010), como visto na Tabela 6.

No atendimento ambulatorial, o Ministério da Saúde recomenda que em cada UBS deva existir uma farmácia para atendimento do público, para que essa possibilite um atendimento completo ao usuário, mas, se trata apenas de uma recomendação. Porém, a instalação de uma farmácia na UBS dependerá se o município promove a dispensação de medicamentos para sua população. No entanto, essas farmácias, sendo elas localizadas em UBS ou em estruturas constituídas exclusivamente para dispensação de medicamentos, devem disponibilizar infraestrutura física, recursos humanos e materiais adequados às ações de AF de forma integral e eficiente (LEITE *et al.*, 2017).

As diretrizes de operação, qualificação e práticas farmacêuticas, assim como as premissas para instalação de uma UBS são dadas⁴⁰ e definem o formato de construção das UBS, o auxílio financeiro a ser aportado pela União (art. 5º) de acordo com o tamanho da unidade. Após o pleito por parte do estado ou município, o Ministério da Saúde elenca as solicitações com base em três critérios, que devem ser preenchidos pelo ente federativo demandante: (i) estar incluído no Programa Minha Casa Minha Vida; (ii) possuir elevada proporção de população em extrema pobreza; e (iii) estar executando as obras do Programa de Requalificação da UBS (art. 7º) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; BRASIL, 2013).

Quanto à estrutura física das farmácias nas UBS, essa é definida através de portaria⁴¹, estabelecendo suas dimensões de construção conforme a quantidade de equipes de atenção básica, objetivando a homogeneidade das mesmas, conforme Tabela 7.

Tabela 7: Dimensões das farmácias nas UBS - Área total (m²)

Nº de Equipes Atenção Básica	1	2	3	4
Dimensões da Farmácia	14 m ²	14 m ²	14 m ²	16 m ²

Fonte: Elaboração própria com base na Portaria nº 1.903/13.

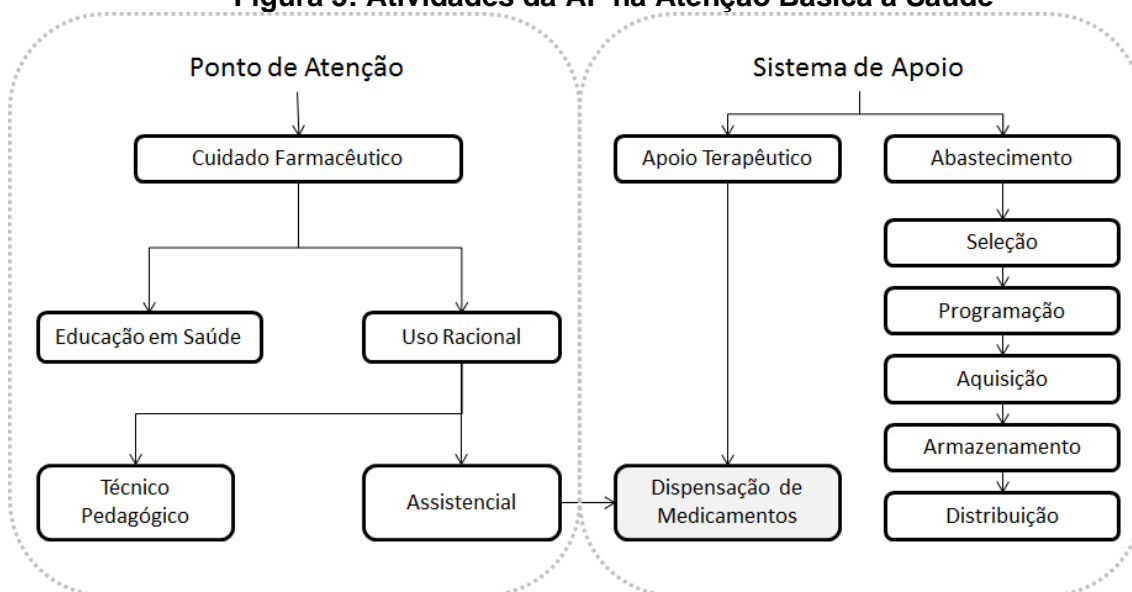
No entanto, segundo diversos autores, essas estruturas não são aplicadas nas UBS sendo essas bastante heterogêneas, tanto estruturalmente como funcionalmente, não atendendo as especificações do Ministério da Saúde (LUIZA *et al*, 2018).

Conforme exposto pelo Ministério da Saúde (2014), a AF, deve atentar para as diretrizes propostas pela PNAF, que representam um conjunto de procedimentos e que podem ser organizados conforme sua ocorrência. As atividades são divididas em Sistema de Apoio e Ponto de Atenção, conforme apresentado na Figura 5.

⁴⁰ Portaria nº 340/13 e MS (2009).

⁴¹ Portaria nº 1.903/13.

Figura 5: Atividades da AF na Atenção Básica à Saúde



Fonte: Elaboração própria com base em informações do Ministério da Saúde (2014).

No ponto de atenção, percebe-se o cuidado farmacêutico, que divide-se nas ações de formação permanente das equipes de saúde e promoção do uso racional de medicamentos. Para tanto são realizadas atividades técnico-pedagógicas voltadas à educação das equipes de saúde e da comunidade relativas às prescrições e ao uso do medicamento. A atividade assistencial, praticada nos pontos de atenção básica, diz respeito à dispensação dos medicamentos, indicados pela equipe de atenção básica, ou por outros médicos que não atendem na UBS (hospitais, médicos particulares, etc.).

No sistema de apoio, observa-se a ação de dispensação de medicamentos praticada nos pontos de apoio terapêutico e as atividades de abastecimento de medicamentos, que deve estar integradas e sincronizadas com o objetivo de disponibilizar o medicamento certo, para o usuário certo, na hora que ele precisa, com regularidade e qualidade Ministério da Saúde (2014).

Em 2004, foi conduzida uma pesquisa pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fiocruz e Centro Colaborador da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS, com o intuito de identificar a disponibilidade média de medicamentos em cinco estados brasileiros (OPAS, 2005).

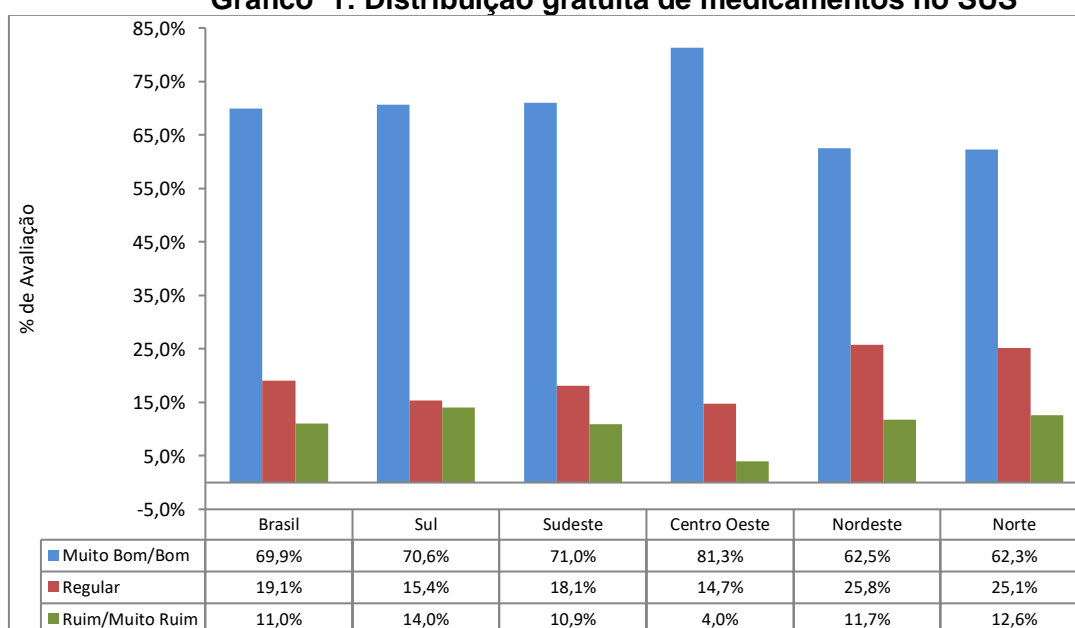
Esse estudo concluiu que a disponibilidade média para os medicamentos básicos e essenciais era 74% nas UBS e 88%, de disponibilidade nas farmácias privadas. Esses níveis de disponibilidade manifestam e indicam a deficiência na rede pública de

provisionamento, assim como o fato de que, também, na rede de farmácias privadas, em menor percentual, o usuário tem dificuldade na obtenção de medicamentos básicos e essenciais. Esse aspecto, apesar da limitação amostral do estudo, mostra a persistência quanto à dificuldade de obtenção de medicamentos para o tratamento de doenças frequentes e importantes mesmo utilizando o provisionamento através de estabelecimentos privados (OPAS, 2005).

Quanto à avaliação do atendimento das UBS, o Relatório do Banco Mundial, em sua pesquisa, identificou diversos problemas no SUS inclusive a falta de medicamentos em suas unidades de atendimento (BIRD, 2007).

Entretanto, em 2011, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada elaborou pesquisa⁴² com o objetivo principal de avaliar a percepção da população sobre serviços prestados pelo SUS. Nessa, no que tange a AF, os entrevistados informaram que: “A distribuição gratuita de medicamentos no SUS foi qualificada como muito boa ou boa por 69,6% dos entrevistados e como ruim ou muito ruim por 11,0% destes.” (IPEA, 2011).

Gráfico 1: Distribuição gratuita de medicamentos no SUS



Fonte: Elaboração própria com base na Pesquisa de Serviços prestados pelo SUS – IPEA (2011).

⁴² “O questionário foi aplicado a uma amostra de 2.773 pessoas residentes em domicílios particulares permanentes. (...) Os parâmetros básicos para definição dessas distribuições vieram da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).” (IPEA, 2011).

Conforme pode-se verificar quanto ao item referente à satisfação dos entrevistados com a distribuição gratuita de medicamentos, na sua maioria, classificaram como muito bom ou bom o serviço. O que pode ser um indicativo de que, essa ação atende, mesmo que não plenamente, as necessidades de grande parcela da população (IPEA, 2011).

Porém, estudos com abordagens localizadas e realizados nessa mesma linha (LUIZA *et al.*, 2006; ESPIRITO SANTO, 2007) observaram a disponibilidade acima de 80% e outros estudos (BARBONI, 2010; SUÁREZ-MUNTIS *et al.*, 2011; SEVERINO, 2011; GUERRA JUNIOR *et al.*, 2014, *apud* MENDES *et al.*, 2014) percentuais abaixo dos 80% de disponibilidade de medicamentos ao público nas unidades públicas de saúde (MENDES *et al.*, 2014).

Uma política de AF que suporte as características do SUS, demanda uma estrutura abrangente, com pessoal qualificado para suporte técnico que possibilite bons resultados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Assim sendo, a implementação da PNM (1998) e da PNAF (2004), tornaram-se importantes instrumentos para ações no campo da política de medicamentos no País, com a perspectiva de integralidade, com a formulação de estratégias, parcerias e entrelaçamento com outras políticas setoriais, bem como participação de diferentes agentes e segmentos envolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

3.5.1.2 Tipos de Vínculos e Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde

Por sua vez, a capacidade de financiamento é um importante aspecto na AF e existem quatro modalidades de financiamento, relacionadas com as formas público e privada de fomento, a saber: (i) sistema centralizado totalmente público, (ii) sistema de reembolso de seguro social de saúde, (iii) taxas de usuário nos serviços de saúde do governo e (iv) totalmente privado. Observa-se em diversos países o *mix* de duas dessas formas de financiamento, como também é percebido no Brasil, onde existe o compartilhamento entre o usuário e o Estado e a iniciativa pública e privada (BENNETT *et al.*, 1997).

No período analisado (1971/2018), o financiamento à AF pode ser dividido em três fases. A primeira, no período de 1971 a 1999, contemplando a gestão do INAMPS

(1971/1993) e dois programas de AF: (i) a Farmácia Básica (1987/1997) e (ii) o Programa Farmácia Básica (1997/1998). A segunda fase, que abrange o período de 1999 a 2004, já sob as orientações da PNM (1998) com participação dos estados e municípios, através do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica - IAFB e a terceira fase, havendo a continuidade IAFB⁴³ e com o PFPB, a partir de 2004, no qual é instituída a participação do paciente nesse financiamento através do copagamento (LUIZA *et al.* 2018).

A forma de financiamento implementada após formulação da PNM ocorreu através do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica - IAFB (1999) essa derivada do processo de descentralização da AF. Nesse formato, a União realiza repasses aos estados, municípios e Distrito Federal, de valores pactuados na Comissão Intergestores Tripartite – CIT (PIOLA *et al.*, 2009; AUREA, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O repasse do IAFB condiciona-se a elaboração, por parte dos estados, de um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica - PEAf, que deve ser atualizado e aprovado anualmente pela Comissão de Intergestores Bipartite – CIB (CONASS, 2007). Para ter acesso ao IAFB, o município deveria assinar um termo de adesão ao PEAf e deve elaborar um Plano de Assistência Farmacêutica Básica - PAFB, integrado com o plano global de toda a área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O redirecionamento da AF básica para a gestão dos municípios vinculou o repasse de recursos à implementação de ações relacionadas à reorientação da mesma. Em avaliação posterior, o Ministério da Saúde, através da Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica – GTAF identificou problemas no PEAf relacionados com a seleção dos medicamentos pactuados pelos estados e municípios, pois apresentavam grande diversidade e em muitos casos, o elenco proposto não contemplava as necessidades da atenção básica e muitas vezes não atendiam aos grupos de pacientes portadores de patologias⁴⁴ (CONASS, 2007).

Assim, o Ministério da Saúde, em 2001 e 2002, criou um “*kit*”, composto por medicamentos destinados ao atendimento de programas específicos de atenção primária, como por exemplo, aos pacientes diabéticos e hipertensos. Essa iniciativa

⁴³ Atualmente denominada Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF (MS, 2006).

⁴⁴ Entrevista realizada com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

sobrepôs o elenco de medicamentos disponibilizado através do IAFB. Nessa ação, o Ministério da Saúde interagiu diretamente com o PSF das secretarias municipais de saúde, sem participação dos estados, centralizando assim a decisão e gestão, justificada pela constatação de que esses medicamentos não eram disponibilizados nas UBS, o que acabava por comprometer a resolubilidade do programa, principalmente no caso de doenças consideradas como de enfrentamento prioritário (CONASS, 2007).

Segundo o Conass (2007), o desabastecimento percebido nos municípios originava-se da constatação, de que o valor estabelecido para o IAFB era insuficiente para atender a demanda, elevando assim os gastos dos municípios com os medicamentos básicos e essenciais, sendo necessária a complementação com recursos financeiros por parte dos municípios, em montante muito superior ao valor determinado como contrapartida municipal.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF⁴⁵ (2006) e atualmente vigente é uma estratégia de gestão de financiamento da AF por meio de repasses financeiros aos estados, municípios e Distrito Federal, sendo, porém a prestação do atendimento descentralizado e de responsabilidade dos entes financiados. Esse financiamento consiste em um valor *per capita*, destinado à aquisição de medicamentos que é transferido aos entes federativos conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (BRASIL, 2013).

O montante da União é repassado mensalmente pelo FNS para os fundos municipais, estaduais e do Distrito Federal, em contrapartida, os estados realizam repasse de recursos financeiros aos municípios ou fornece diretamente medicamentos aos municípios. Já a contrapartida municipal deve ser realizada com os recursos do tesouro municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Pode-se ter uma visão abrangente da evolução do valor do financiamento *per capita* entre 1999 e 2018 para o, atual, Componente Básico da AF – CBAF na Tabela 8.

⁴⁵ Portaria nº 698/2006.

Tabela 8: Valor *per capita* do Financiamento ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (R\$ correntes)

Esferas	1999	2005	2007	2009	2013	2018	2005/2018
Federal	1,00	3,75	4,10	5,10	5,10	5,58	48,8%
Estados	0,50	1,00	1,50	1,86	2,36	2,36	136,0%
Municípios	0,50	1,00	1,50	1,86	2,36	2,36	136,0%
Distrito Federal	0,50	1,00	1,50	1,86	4,72	4,72	372,0%

Fonte: Elaboração própria com base nas Portarias nº 176/99 - 1.105/05 - 3.237/07 - 2.982/09 - 1.555/13 e nº 2.001/17.

Considerando-se o período de vigência do PFPB, a partir de 2004, o valor desses repasses direcionados a AF observou um reajuste da ordem de 48,8% para a União, 136,0% para estados e municípios e 372,0% para o Distrito Federal, isso contra uma inflação acumulada de 106,6%. Assim, no referido período, houve um reajuste nos repasses, pela União, abaixo da inflação um reajuste acima da inflação para os estados, municípios e Distrito Federal. Ação que promove a redução na diferença entre as participações no financiamento dos entes federativos.

3.5.1.3 Redes de Atenção à Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB⁴⁶, em 2017, estabelece diretrizes para a organização do componente atenção básica na Rede de Atenção à Saúde - RAS, regulamentada em 2010⁴⁷ e 2011⁴⁸. A estrutura operacional da RAS é constituída pelos “*pontos de atenção à saúde*”, esses percebidos como locais nos quais se oferecem os serviços de saúde. Esses locais são as UBS, as unidades ambulatoriais especializadas, os postos de saúde, os hospitais públicos e as unidades de pronto atendimento. Esses pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da RAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As RAS são organizadas mediante planejamento e financiamento intergovernamentais, e um ordenamento jurídico regulado pela (i) lei nº 8.080/90, que estabelece suas diretrizes, de âmbito nacional, regional e municipal e delegam às comissões intergestores Bipartite e Tripartite a gerência sobre as redes de ação (BRASIL, 1990), (ii) pela Portaria nº 4.279/10, que estabelece diretrizes para

⁴⁶ Portaria nº 2.436/17.

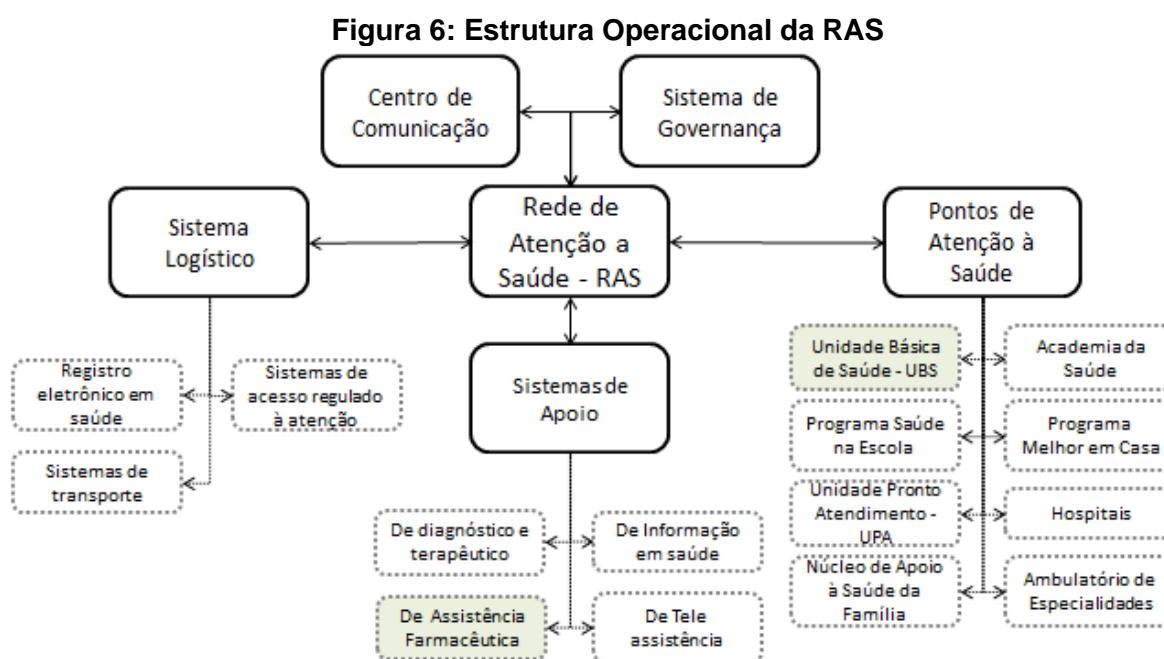
⁴⁷ Portaria GM/MS nº 4.279/10.

⁴⁸ Decreto nº 7.508/11.

organização da RAS no âmbito do SUS e (iii) pelo Decreto nº 7.508/11, que constitui o conjunto de diretrizes, ações e serviços de saúde, hierarquizados, conforme os níveis de complexidade, necessários ao atendimento na integralidade da assistência à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O princípio da construção de uma RAS sustenta-se no fato de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente pelo território nacional ou no tempo. Dessa forma, o planejamento e a estruturação dos serviços são fundamentais para que ações apropriadas sejam ofertadas, atentas aos níveis de atenção⁴⁹ e distribuídas geograficamente (KUSCHNIR, 2009).

A estrutura operacional das RAS é composta por cinco elementos, a saber: (i) o centro de comunicação; (ii) o sistema de governança da RAS; (iii) os pontos de atenção à saúde; (iv) os sistemas de apoio; (v) o sistema logístico, conforme Figura 6. O nosso foco principal, nesta Tese, é nos pontos de atenção à saúde, mais especificamente nas UBS.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Conass (2015b).

A organização do sistema de saúde através de RAS tem se mostrado a melhor estratégia para garantir a atenção integral de forma eficaz e eficiente devido à

⁴⁹ Nível Primário: Unidades Básicas de Saúde e Postos de Saúde; Nível Secundário: Clínicas e Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas; Nível Terciário: Hospitais de Grande Porte.

possibilidade de construção de cooperativas e de solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão (OLIVEIRA, 2015).

Porém, o maior problema na proposta das RAS do SUS, são os antagonismos dentro da organização Federativa. A quantidade e multiplicidade de gestores (5.570 municípios, 26 estados, Distrito Federal e a União), todos com autonomia político-administrativa no interior da organização dessas redes provocam dificuldades operacionais e instabilizam as RAS do SUS (GOMES R., 2014), muitas vezes inviabilizando o objetivo de sua criação. De fato, as RAS possuem uma série de precariedades que dificultam a construção de um sistema de saúde integrado. Overney e Noronha (2013) citam doze aspectos a serem superados: a disfuncionalidade na distribuição da oferta, a irracionalidade na alocação de investimentos, baixa difusão de arranjos cooperativos de trabalho clínico, a baixa eficiência no suporte ao trabalho clínico, a pouca difusão de mecanismos de gestão da clínica, a deficiência na formação profissional multidisciplinar, a reduzida difusão tecnológica e de mecanismos de gestão da qualidade, o baixo nível de monitoramento e avaliação e a pouca articulação com outras políticas sociais.

3.5.2 Programa Farmácia Popular do Brasil (2004)

Em 2002, o conjunto de propostas de campanha eleitoral para a presidência da República pelo, então, candidato Luiz Inácio Lula da Silva incluía a criação de uma farmácia popular nos moldes do programa feito em Pernambuco⁵⁰ (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011). Em 2004, sob a administração do Ministério da Saúde e fora da administração do SUS, o governo Federal implementa o PFPB⁵¹, com o propósito de ofertar, gratuitamente e com copagamento, medicamentos básicos e essenciais para o tratamento de determinadas enfermidades promotoras de elevados níveis de mortalidade, cumprindo assim uma das diretrizes da PNAF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O PFPB, conforme já mencionado, compõe-se de dois momentos, a saber: (i) em seu lançamento (2004), composto por unidades próprias e gerenciada pela Fiocruz, com uma rede própria e posteriormente, (ii) em 2006, com a expansão para a

⁵⁰ Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019) e Jamaira Giora (05/Agosto/2019).

⁵¹ Lei nº. 10.858/04.

composição com unidades de farmácias e drogarias privadas credenciadas, sendo gerenciadas diretamente pelo Ministério da Saúde.

O PFPB/RP, a vertente inicial do programa, foi implementado com a finalidade de construir um modelo de AF que oferecesse serviços que extrapolasse a simples dispensação de medicamentos e esse quando estivesse “maduro” seria disseminado através de convênios com estados, municípios e instituições filantrópicas, sendo a administração passada para essas instituições⁵² (MENEUCUCCI, 2011). Sua premissa foi de que suas unidades atuassem como prestadoras de serviços de saúde na dispensação de medicamentos básicos e essenciais, que ocorreria somente mediante apresentação de receituários médicos ou odontológicos oriundos de serviços privados ou públicos de saúde.

Porém, todos os pacientes que apresentassem receitas oriundas da rede pública deveriam, obrigatoriamente, ser informados sobre o direito a gratuidade do medicamento obtido na UBS, e somente depois de informados sobre essa opção e havendo a opção pelo PFPB, se efetivaria a dispensação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A lista de medicamentos disponibilizados pelo PFPB/RP consta no Apêndice D.

O PFPB/RP apresentou pouca capilaridade territorial, além de sofrer críticas quanto à reduzida parcela de seu orçamento que era direcionada efetivamente para compra de medicamentos. Assim, em 2006 foi instituído o PFPB/RC, caracterizado pela parceria com a iniciativa privada, setor varejista farmacêutico, que proporcionou maior capilaridade territorial devido à dimensão de sua rede de atendimento e por ser o financiamento direcionado somente para aquisição de medicamentos básicos e essenciais. Um aspecto problemático dessa vertente é que por não possuir limitação ou teto orçamentário, a priori, por ocorrer por cobertura da demanda dos medicamentos dispensados aos usuários, o planejamento orçamentário por parte do Ministério da Saúde é inviabilizado.

3.6.2.1 Objetivos do Programa Farmácia Popular do Brasil

Definido nos objetivos oficiais do PFPB, o público alvo é a população com faixa de renda entre quatro e dez salários mínimos que utilizam prestadores de serviços

⁵² Entrevistas realizadas com Hayne F. (17/Maio/2019), Jamaira Giora (05/Agosto/2019), Cristiane Teixeira Sendim (13/Agosto/2019) e Rondinelli Mendes Silva (07/Agosto/2019).

privados e planos coletivos de assistência à saúde. Estão incluídos no programa, portanto, os possuidores de renda que não conseguiam adquirir os medicamentos básicos e essenciais através da rede privada de farmácias e drogarias (COSTA; SOUZA, 2010). Logo, o Programa não se destina especificamente a população percebida como carente.

O PFPB difere do modelo adotado pelas UBS, cuja proposta permanece sendo de distribuir gratuitamente todos os medicamentos prescritos através de suas farmácias. A diferença é que o PFPB adotou o sistema de copagamento, no qual o provisionamento ocorre com parcela subsidiada pelo Estado (90%) e o valor restante pelo paciente (10%) (ALMEIDA; VÉRAS, 2017).

Cabe destacar que, em nenhum dos documentos que apresentaram os delineamentos das duas vertentes do PFPB, constam como objetivo a atenção à população carente, muito embora não haja impedimentos ao acesso dessa população. Conforme esses mesmos objetivos evidenciam que as dificuldades de ordem financeira são obstáculos a realização do tratamento a uma enfermidade, justificando a Política Pública de acesso a medicamentos básicos e essenciais a custo reduzido ou gratuitamente, conforme destacado no Quadro 1:

Quadro 1: Objetivos das vertentes do PFPB

Programa	Descrição
PFPB/RP	<i>“O Programa destina-se ao atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde, mas principalmente, daquelas que utilizam os serviços privados de saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em estabelecimentos farmacêuticos comerciais. Por vezes essas dificuldades levam ao não cumprimento regular do tratamento (...). Dessa forma, considera-se que a possibilidade de aquisição de medicamentos a baixo custo na Farmácia Popular repercutirá em melhoria das condições de saúde da população alvo.”</i>
PFPB/RC	<i>“Levar o benefício da aquisição de medicamentos e insumos essenciais a baixo custo ou gratuitamente a mais lugares e mais pessoas, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção - distribuição - varejo), por meio de parceria do Governo Federal com o setor privado varejista farmacêutico.”</i>

Fonte: Elaboração própria com base em informações do Ministério da Saúde (2004; 2006).

3.6.2.2 Tipos de Vínculos e Financiamento do Programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria

A construção do PFPB/RP foi, inicialmente, constituída através de lei⁵³, firmando a relação entre Ministério da Saúde e Fiocruz e autorizando a essa última promover o provisionamento de medicamentos. No segundo momento a pactuação legal ocorreu através de convênios, entre as esferas da União, estados, municípios, Distrito Federal, instituições e nesse momento já se inaugurou o formato de copagamento para cobertura dos custos de AF (BRASIL, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O processo de adesão⁵⁴ ao PFPB/RP, por parte das instituições mencionadas, iniciava-se pelo encaminhamento de Proposta de Adesão e o posterior aceite do Termo de Compromisso pela Fiocruz (BRASIL, 2006).

No PFPB/RP, o provisionamento de medicamentos era realizado mediante ressarcimento de parcela por parte dos usuários, sendo essa parcela estabelecida pelo Conselho Gestor do Programa à Fiocruz e ser o mesmo em todas as unidades do Programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para o financiamento do PFPB/RP, eram realizados dois tipos de repasses do Ministério da Saúde, a saber: o primeiro, destinava-se a Fiocruz para a compra dos medicamentos a serem distribuídos e para despesas administrativas e logísticas; o segundo eram transferências de recursos diretamente do FNS para o Fundo Estadual ou Municipal de Saúde, destinado à implantação e manutenção das unidades do PFPB/RP instaladas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Além disso, o Programa recebia, por parte dos usuários, o ressarcimento de valor definido pelo DAF/SCTIE/Ministério da Saúde no momento da dispensação⁵⁵ (LAI/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O PFPB/RP tinha a Fiocruz como a responsável por adquirir, estocar e distribuir os medicamentos, por unidades próprias geridas diretamente pela Fiocruz e por unidades derivadas de convênios público-público firmados com estados, municípios, instituições de ensino e filantrópicas (SILVA; CAETANO, 2015). A fase inicial de implementação do programa ocorreu nos grandes centros urbanos, limitando-se a instalação em regiões metropolitanas e municípios com população superior a 70.000 habitantes (MOTTA, 2013).

⁵³ Lei nº 10.858/04.

⁵⁴ Portaria GM/MS nº 2.587/04.

⁵⁵ Entrevista realizada com Cristiane Teixeira Sendim (13/Agosto/2019).

O fornecimento dos medicamentos destinados a dispensação no PFPB/RP, conforme consta no manual do PFPB (2004), ocorreria prioritariamente por laboratórios farmacêuticos públicos e sempre que indisponível, no mercado a partir dos laboratórios privados priorizando-se aquisição de medicamentos genéricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O fornecimento realizado pelos laboratórios públicos às farmácias do PFPB/RP seria por meio de convênio firmado com os estados e municípios. O valor dos medicamentos era subsidiado de forma que o preço seria mais baixo e teria como foco atingir os segmentos da população já atendidos gratuitamente pelo SUS (FEBRAFARMA, 2008). O fornecimento por meio dos laboratórios privados seguia os procedimentos licitatórios cabíveis nas compras públicas.

A definição do valor a ser pago pelos usuários (copagamento) era estabelecida pelo Conselho Gestor do PFPB (DAF/SCTIE/MINISTÉRIO DA SAÚDE). No entanto, no referido manual, existe a indicação de que o ressarcimento se fará, para o PFPB/RP, com base em estudo a ser realizado pela Fiocruz, assim como o controle e registro do recolhimento realizado a título de ressarcimento dos custos dos produtos dispensados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O valor pago pelo usuário direcionava-se a cobertura do montante referente aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação que compõem ao preço final do produto disponibilizado, sendo esse o preço de dispensação e diferenciado do existente no mercado, pois o PFPB/RP não possuía fins lucrativos (SILVA; CAETANO, 2015).

Buscamos junto a Fiocruz, por intermédio da LAI, informações sobre esses estudos e fomos informados que, a mesma não possui os mesmos e que os preços não haviam sofrido nenhuma correção no período de 2004/2014. A resposta é finalizada com a sugestão de que a obtenção de mais informações devesse ser feitas diretamente ao Ministério da Saúde.

Informamos que previamente à institucionalização do Programa Farmácia Popular do Brasil, em 2004, houve um estudo liderado pela equipe do Departamento de Assistência Farmacêutica - DAF da SCTIE do Ministério da Saúde que serviu de parâmetro para a definição do ressarcimento do preço de custo do medicamentos pela população. A Fiocruz não possui a disponibilidade deste estudo que ficou no âmbito do Ministério da Saúde, apenas tomando como referência a tabela de preço de ressarcimento, em anexo, que vigorou do período de 2004 a 2014, e por orientação das equipes gestoras do

DAF não foram atualizados, quando pela institucionalização do "Programa Saúde não tem preço" os medicamentos passaram a ser disponibilizados gratuitamente. Caso necessite de mais informações, favor solicitar diretamente ao Ministério da Saúde. (LAI/FIOCRUZ, 2018).

Diante dessa resposta, uma consulta foi direcionada ao Ministério da Saúde, também por intermédio da LAI, solicitando: (i) a metodologia e o estudo de cálculo utilizado para formulação dos preços dos medicamentos do PFPB-RP e (ii) a justificativa para que não fossem realizados reajustes de preços no período de 10 anos. O Ministério da Saúde responde conforme a seguir e sugeri nova consulta à Fiocruz.

Esclarecemos que os valores (r\$) que eram obtidos pelo ressarcimento por parte dos pacientes eram devolvidos à fiocruz para garantir os processos de aquisição de medicamentos para reabastecimento de unidades do programa. A Fiocruz adquiria os medicamentos incluindo no preço pago os custos com o sistema de distribuição. Esta aquisição dos medicamentos era através de pregões licitatórios de laboratórios farmacêuticos públicos ou do setor privado. A definição do preço do medicamento pelo programa é distinto de uma relação comercial de venda, pois o lucro não era a meta na execução do programa e não é fonte que viabilizava a manutenção de suas unidades, que eram financiadas via transferência direta deste ministério da saúde. Ressalta-se que a comparação com os preços de mercado foi feita para uma avaliação e não é a referência que norteou a definição de preços. Pelo exposto, para maiores esclarecimentos, a Fiocruz deverá ser consultada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Considerando que, nesse período ocorreu uma inflação da ordem de 121,0% (IPCA), a não correção dos preços dos medicamentos dispensados e conseqüentemente dos valores ressarcidos pelos usuários, gerou perda do poder aquisitivo para a Fiocruz repor seus estoques, resultando na constante solicitação de orçamento ao Ministério da Saúde para a compra dos medicamentos.

Em 31 de março de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) decidiu pelo fim do repasse de manutenção as unidades próprias do PFPB, tendo sido pactuado que o Ministério da Saúde repassaria integralmente esse montante para compra de medicamentos no PFPB-RC. Em função desta decisão, gradualmente as unidades de rede própria foram desabilitadas, tendo seu funcionamento encerrado no fim do ano de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE/LAI, 2019).

3.6.3.3 Tipos de Vínculos e Financiamento do Programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Credenciada

Em 2006, o programa PFPB foi ampliado com a instituição do PFPB/RC, através de credenciamento de estabelecimentos da rede de farmácias privada, estabelecendo-se uma Parceria Público-Privado - PPP (SILVA; CAETANO, 2015). Nessa etapa do Programa, os estabelecimentos privados poderiam aderir voluntariamente mediante formação de um cadastro do estabelecimento, sendo necessário o cumprimento de regras, comprovações documentais de caráter fiscal e sanitário, sem exigência de qualquer ordenação geográfica ou populacional (SILVA; CAETANO, 2015).

A implementação dessa vertente deve-se a um conjunto de fatores, dentre os quais se destacam: (i) o fato da rede pública, com unidades próprias de farmácias em parceria com estados e municípios, ter demonstrado dificuldades quanto à expansão da rede nas regiões do país *vis-à-vis* aos elevados custos de implantação e manutenção; (ii) a maior capilaridade da rede privada; (iii) a condição de que os custos fixos e operacionais já estariam cobertos pela receita oriunda da atividade comercial de venda de medicamentos e outros produtos existentes na rede de farmácias e drogarias privadas e (iv) a *expertise* logística, que já faz parte da cultura operacional das farmácias privadas, que poderiam tornar a Política Pública de AF mais efetiva (FRENKEL, 2008).

Devido às dificuldades constantes na obtenção de medicamentos e na continuidade dos tratamentos, em 2011, foi criado o programa “*Saúde Não Tem Preço*” - SNT⁵⁶, que estabeleceu a gratuidade dos medicamentos para Diabetes e Hipertensão Arterial (2011) e para Asma (2012), dispensado nessa etapa da Política Pública o copagamento dos usuários para os medicamentos específicos no tratamento dessas doenças (SANTOS-PINTO, 2014; SILVA; CAETANO, 2015).

O programa evoluiu com a inserção de medicamentos para atenção de diversas enfermidades contando atualmente com apresentações que englobam 35 princípios ativos, voltados ao tratamento de dislipidemia (três medicamentos), doença de Parkinson (2), glaucoma (2), osteoporose (1), rinite (3), assim como anticoncepcionais

⁵⁶ Portaria MS nº 184/11.

(4), sobre os quais o Ministério da Saúde subsidia 90% do valor de referência – VR do medicamento, sendo os 10% restantes por conta do paciente, ou seja, dando-se continuidade ao modelo de copagamento. Para os medicamentos para controle da hipertensão arterial (6), diabetes (6), e asma (8) o Ministério da Saúde subsidiará 100% do VR (SILVA; CAETANO, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A modalidade de financiamento denominada copagamento é um mecanismo de financiamento com a participação do usuário e tem diversas finalidades dependendo do propósito que a Política Pública almeje atingir. Pode ser, por exemplo, utilizado como minimizador de uso não racional do consumo de medicamentos, na medida em que ao demandar desembolso do usuário, esse não estará propenso a fazê-lo desnecessariamente mediante gasto próprio; outra finalidade pode ser amenizar o desembolso de recursos públicos para o financiamento da AF (SANTOS-PINTO, 2014).

Porém, o formato de copagamento pode ser considerado antagônico ao preceito proposto na CF/88, no qual à gratuidade dos serviços de saúde fornecidos à população é um direito (ALENCAR *et al.*, 2018). Desta forma, segundo alguns autores, esse instrumento feriria o princípio constitucional de universalidade, pois se o recurso é proveniente do FNS, significa que esses derivam de impostos pagos pela sociedade, não sendo justificada qualquer cobrança adicional. Em sua ocorrência significaria um duplo encargo ao usuário (MPF/SC, 2007).

Na literatura visitada, existe a interpretação de que o fomento ao PFPB compete com o financiamento da AF do SUS (MACHADO, 2008, *apud* SILVA e CAETANO, 2015). Entendimento corroborado por Baptista *et al.* (2009, *apud* SILVA e CAETANO, 2015), que abordam a questão de que o PFPB absorve recursos antes destinados ao SUS. O problema é que há dúvidas sobre a observância da universalidade ou integralidade da atenção à saúde no PFPB/RC como será discutido na análise do programa.

O PFPB/RC pode ser entendido como uma alternativa para o usuário diante da precariedade na AF do SUS, sendo uma salvaguarda das falhas do sistema de provisão realizado pelas UBS e postos de saúde, porém, o que se observa é uma substituição do provisionamento de medicamento público pelo privado, sendo esse último fomentado por verbas públicas (LUIZA *et al.* 2018). Conforme será detalhado na avaliação do financiamento dos programas no Capítulo 4, seção 4.1.

A relação legal entre Ministério da Saúde e os estabelecimentos privados é firmado através do aceite de um termo de adesão⁵⁷ e o fornecimento de uma série de documentos e exigências organizacionais e sanitárias, viabilizando o credenciamento do estabelecimento privado (BRASIL, 2016).

A dispensação dos medicamentos básicos e essenciais deverá ser realizada com base nos procedimentos dispostos na Portaria nº 111/16 e o repasse da União será efetuado após verificação da Autorização de Dispensação de Medicamentos e Correlatos – ADMC, que será processada eletronicamente, via internet, sendo o reembolso efetivado no mês subsequente ao ato de dispensação.

Outra característica do PFPB/RC está vinculada ao setor econômico-industrial-comercial da saúde e nesse aspecto o programa apresenta-se como alavancador de vendas do mercado farmacêutico brasileiro, que cresce a taxas superiores as desse setor na economia mundial, em parte pelo crescimento da demanda por medicamentos (ANGELL, 2007 *apud* SILVA, 2014).

Segundo o IMS Health (2012, *apud* PEREIRA, 2013), foram vendidas, no ano de 2011, 80,5 bilhões de doses no mercado varejista de medicamentos no Brasil e, em 2012, esse montante foi de 90 bilhões, ou seja, um crescimento de 11,8%. O PFPB/RC participou com 6,0% do volume de vendas de medicamentos em 2011, passando para 7,7% em 2012, denotando um aumento de dispensações por intermédio do PFPB/RC (IMS, 2012, *apud* PEREIRA, 2013).

Esse aumento também é percebido na produção e provisionamento dos medicamentos básicos e essenciais genéricos. Até a metade de 2011, do total de medicamentos provisionados pelo PFPB/RC os medicamentos genéricos representavam 51,0% do total e no final do mesmo ano essa participação passou para 65,0% (SCARAMUZZO, 2011, *apud* PEREIRA, 2013).

Quanto à produção e fornecimento dos medicamentos por parte dos Laboratórios públicos, cabe ressaltar que, essa atende somente a demanda derivada diretamente do governo, nas três esferas, como era o caso do PFPB/RP e continua nas UBS e hospitais públicos. Esses laboratórios não atendem a rede varejista de farmácias que compra dos laboratórios privados diretamente ou indiretamente através da rede de distribuidores de medicamentos (ALMEIDA; VÉRAS, 2017).

⁵⁷ Portaria nº 111/16, Art. 10º.

No modelo da política de provisionamento do PFPB/RC, os repasses para a rede credenciada derivam do sistema de vendas no qual os estabelecimentos privados inserem mensalmente as informações da dispensação, que são transferidas ao DATASUS, via internet, que por sua vez direciona os dados ao FNS. Essas informações devem consistir no conjunto de dispensações realizadas do primeiro ao último dia do mês, e devem ser transferidas pelo FNS até o último dia do mês subsequente às vendas através de crédito em conta corrente específica do estabelecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Os preços aplicados aos medicamentos no PFPB/RC são estipulados por portaria pelo Ministério da Saúde. Esses valores, assim como as práticas do mercado de distribuição farmacêutica, são regulados, revisados e atualizados pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED, órgão interministerial, que é responsável pela fiscalização das práticas comerciais da Indústria Farmacêutica e da rede de distribuição, visando assim anular condutas inadequadas que atentem contra o consumidor e o erário público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; BRASIL, 2016).

Partindo-se dos preços propostos pela CMED, existe uma composição negociada entre o Estado e a iniciativa privada. Diante disso o Ministério da Saúde tem atuado no sentido de estabelecer uma margem geral de 40% de margem para os estabelecimentos credenciados do PFPB/RC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018) em relação ao preço de fábrica, que já é superior a margem máxima estipulada para a comercialização de medicamentos nas farmácias privadas (33,0% sobre o preço de fábrica).

Porém, a partir de 30/04/2018 os valores repassados pelo Ministério da Saúde as farmácias credenciadas passou a ser apurado através do Sistema de Acompanhamento de Mercado de Medicamentos - SAMMED⁵⁸, que passou a considerar o preço máximo e o valor negociado entre o estabelecimento com as distribuidoras de medicamentos. Com essa alteração no cálculo, o Ministério da Saúde projeta uma economia em torno de R\$ 800 milhões (ASCOFERJ, 2017).

⁵⁸ Esses valores serão distintos entre os estados devido às diferenças tributárias.

Capítulo 4 – Escalas Quantitativas

Conforme descrito, no Capítulo 2, que aborda a metodologia a ser aplicada nessa Tese, os dados quantitativos sobre: (i) o volume de financiamento, (ii) a população atendida, (iii) o volume de medicamentos dispensados e (iv) os custos de dispensação serão utilizados para uma análise comparativa dos três arranjos de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais.

Presume-se que a Política Pública de AF promovida a partir de 2004 possui uma sobreposição de ações de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais. Nesse sentido o foco é avaliar a cobertura territorial, volume de financiamento e proporcionalidade em relação ao quantitativo de população assistida e renda média *per capita* frente à rede de dispensação disponibilizada.

Espera-se, identificar uma relação estreita entre a dispersão da rede de UBS em regiões e municípios com menor renda média *per capita*, não possuindo, como determinante, a relação com o quantitativo de habitantes e, em sentido oposto, a rede credenciada do PFPB/RC estar mais presente nas regiões ou municípios de maior renda *per capita* e com maior quantitativo de habitantes.

Esse Capítulo está dividindo em três seções, relativos a essa análise: (i) financiamento da AF no SUS e no PFPB, (ii) Cálculo dos Indicadores referentes ao PFPB/RP e (iii) Cálculo e exposição de Indicadores referentes ao PFPB/RC.

4.1 Financiamento

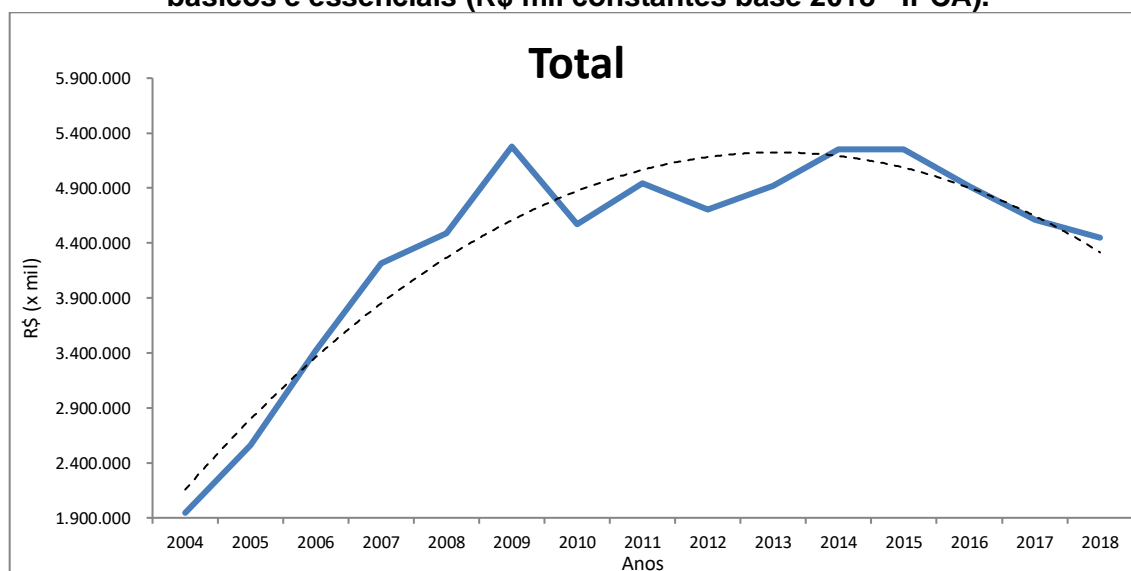
O financiamento ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, sendo uma importante dimensão da análise da hipótese dessa pesquisa, pode ser tomado como um fator que indica o direcionamento dado pelos formuladores da Política Pública de AF quanto à priorização nas ações que visam solver as deficiências e atender as demandas da sociedade.

Assim sendo, apresenta-se, no período de 2004 até 2018, o comportamento de subvenção, por parte do Estado, referente ao provisionamento da AF, mais especificamente, de medicamentos básicos e essenciais.

O custeio das atividades de AF para o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, conforme já relatado (Capítulo 3), se apresenta no contexto nacional

desde a década de 1970. Também foi visto que sua manutenção e sustentabilidade são necessárias e indispensáveis ao pleno atendimento dos objetivos dessa Política Pública. O financiamento total das ações de AF de medicamentos básicos e essenciais, incluindo o fomento à dispensação nas UBS e nas unidades do PFPB, no período 2004 a 2018 está apresentado no Gráfico 2. Em 2004 ele representava R\$ 1.945.140 mil, a valores constantes de 2018. Atingiu seu auge em 2009 com R\$ 5.277.829 mil e a partir desse ano oscilou, durante os anos seguintes, tornando a se aproximar do patamar de 2009 nos exercícios de 2014 e 2015.

Gráfico 2: Financiamento total aos programas de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais (R\$ mil constantes base 2018 - IPCA).



Fonte: Elaboração própria com base em dados do LAI/Ministério da Saúde.

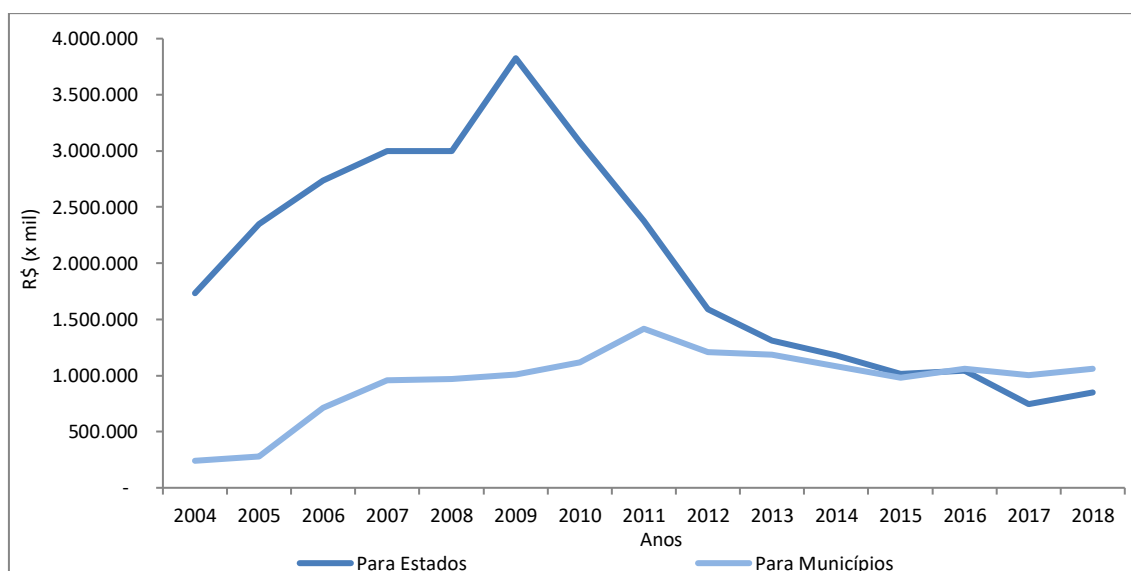
Observa-se, no período de 2004 até 2018, um significativo crescimento real, na ordem de 6,9% ao ano, no fomento das ações de AF de medicamentos básicos e essenciais, esforço mantido no período pós-crise financeira (2008), mesmo com a ocorrência de variações a partir de 2009. Percebe-se que, mesmo com dificuldades decorrentes da crise, o patamar de financiamento, em 2018, foi de R\$ 4.451.085 mil.

4.1.1 Fomento a Assistência Farmacêutica das UBS

O financiamento às ações do SUS, dentre as quais consta a operação de AF nas UBS, ocorre através de repasses aos estados e municípios realizados pelo FNS⁵⁹, sendo esse o gestor financeiro dos recursos destinados ao SUS, na esfera Federal (FNS, 2018).

Considerando o período de 2004/2018, no qual o PFPB estava em vigor, o FNS direcionou recursos totais na ordem de R\$ 42.599.623 mil para os estados (R\$ 28.799.777 mil) e municípios (R\$ 13.799.845 mil) destinados a dispensação de medicamentos básicos e essenciais por meio das UBS. A evolução desses repasses ocorreu conforme mostrado no Gráfico 3.

Gráfico 3: Repasses do FNS aos estados e municípios para provisionamento de medicamentos básicos e essenciais (R\$ mil constantes base 2018 - IPCA).



Fonte: Elaboração própria conforme dados do LAI/Ministério da Saúde

Observa-se que os estados e os municípios foram contemplados desigualmente no período. Para os estados os repasses foram crescentes de 2004 até 2009, assim como foi crescente para os municípios de 2004 até 2011. Percebe-se que, os repasses para os estados, no período 2004/2009 cresceram a uma taxa anual média de 14,2%. A partir de 2009 ocorre uma inflexão e o volume de repasses aos estados diminui, até 2017, a uma taxa anual média decrescente de 16,6%, tendo um aumento de 18,2% em 2018.

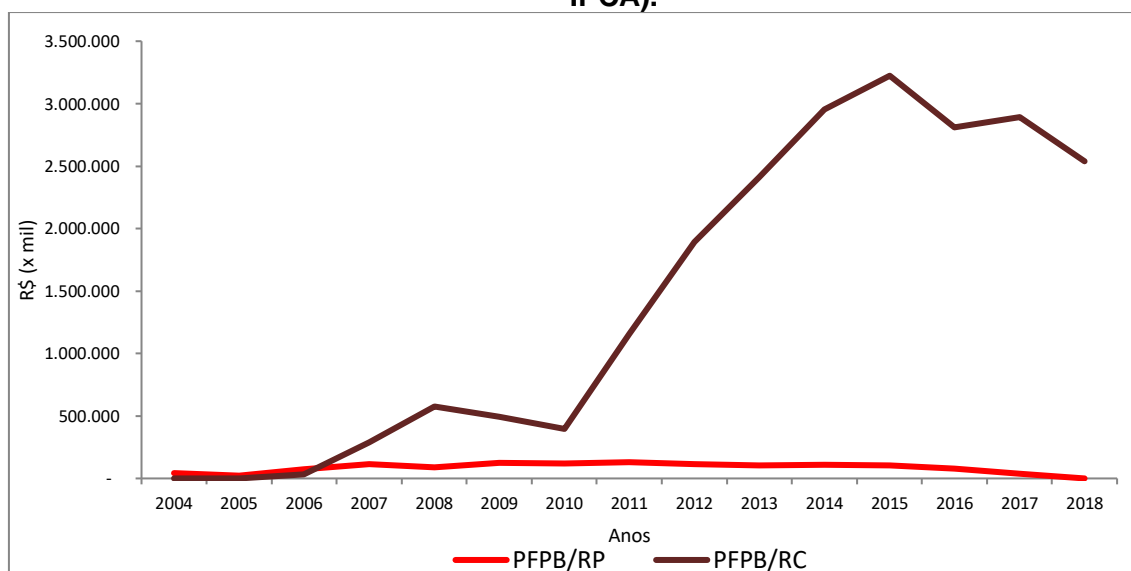
⁵⁹ Decreto Nº 64.867/69.

Já os repasses do FNS para os municípios também são crescentes no período de 2004 até 2011, com incremento médio anual na ordem de 28,8%. A partir de 2011, os repasses diminuem, até 2017, essa redução foi a uma taxa média de 5,6% ao ano, queda revertida, em 2018, com um incremento em relação ao exercício anterior de 9,9%. Ainda observando a esfera municipal, os valores monetários repassados para esses, inicialmente (2004/2012), equivalem a 33,4% dos repasses realizados aos estados, vindo a relação se reverter a partir de 2015 até 2018, quando os repasses aos municípios passam a ser 12,3% superiores aos repasses aos estados (Gráfico 3).

4.1.2 Fomento ao Programa Farmácia Popular do Brasil

A partir de 2004, o financiamento ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais é dividido com o PFPB, então, recente modelo de Política Pública de dispensação. A coexistência de três canais de provisionamento demandaria o aumento de financiamento. A evolução dos repasses totais do FNS para a Fiocruz (PFPB/RP) e para os estabelecimentos do PFPB/RC são mostrados no Gráfico 4.

Gráfico 4: Repasses para o PFPB/RP e PFPB/RC (R\$ mil constantes - base 2018 - IPCA).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do LAI/Ministério da Saúde

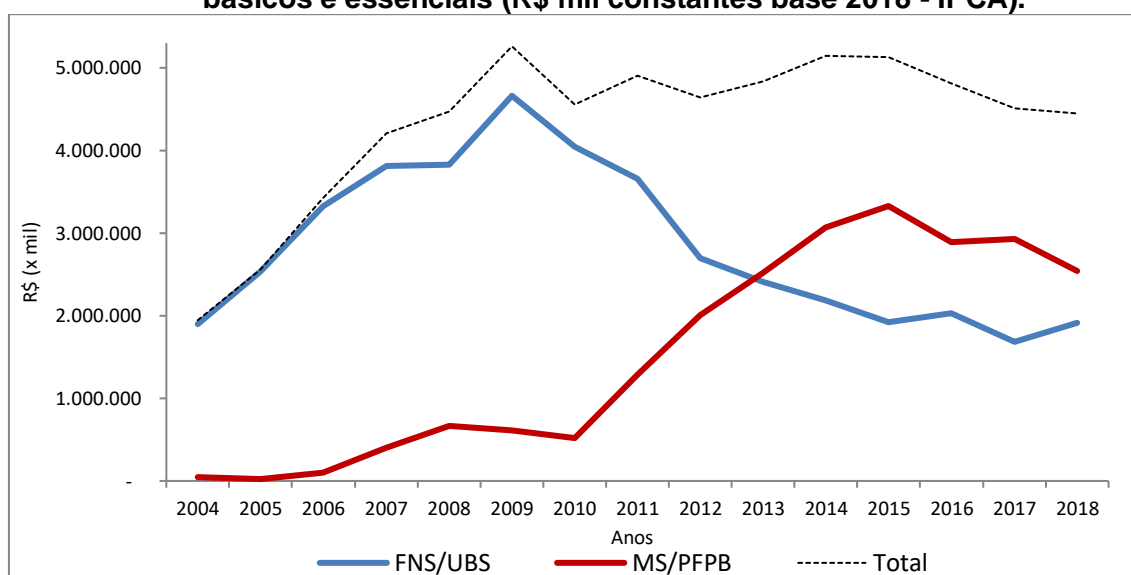
Os repasses realizados ao PFPB/RP, iniciados em 2004, ocorrem de forma crescente até 2009, a uma taxa média anual de 22,4%. Porém, a partir de 2009, o volume de financiamento se reduz gradativamente até 2017, ano do encerramento

dessa vertente do programa. Já os repasses ao PFPB/RC, a partir de 2006, com exceção dos anos de 2009, 2010, 2015 e 2016, cuja redução dos repasses pode estar relacionada a dificuldades financeiras do governo, são crescentes e significam um crescimento médio anual de 23,2%

No exercício específico de 2008 o Ministério da Saúde não repassou recursos para a Fiocruz para compra de medicamentos no PFPB/RP, devido ao entendimento de que havia recursos financeiros na Fiocruz decorrentes do ressarcimento, realizado pelos pacientes, dos custos dos medicamentos, montante esse que suportaria as compras de medicamentos⁶⁰.

O montante comparado dos repasses realizados às UBS e ao PFPB, rede própria e credenciada, referente à AF de medicamentos básicos e essenciais, são mostrados no Gráfico 5.

Gráfico 5: Financiamento aos programas de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais (R\$ mil constantes base 2018 - IPCA).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do LAI/Ministério da Saúde (2018).

Pode-se observar que, a partir de 2010 ocorre a diminuição no direcionamento de recursos para as UBS e um aumento de financiamento do PFPB, passando, a partir de 2013 a ter uma relação inversa à existente até então. No período de 2015 a 2018, o financiamento total continua declinando devido à redução do financiamento da AF

⁶⁰ Entrevistas realizadas com Hayne Felipe (17/Maio/2019) e Cristiane Teixeira Sendim (13/Agosto/2019).

nas UBS. De 2017 para 2018, verifica-se a inflexão negativa na linha de direcionamento de recursos ao PFPB. Em 2018, o montante total do financiamento é 1,3% menor do que o realizado em 2017.

4.2 Indicadores do PFPB/RP

A Tabela 9, a seguir, apresenta dados fornecidos pela Fiocruz (2018), com: (i) a evolução anual do quantitativo de unidades da rede de atendimento do PFPB/RP; (ii) a evolução anual do número de pacientes atendidos com o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais pelo PFPB/RP e (iii) a quantidade de medicamentos dispensada na operação realizada pela Fiocruz.

Tabela 9: Provisionamento de medicamentos do PFPB-RP.

Ano	Nº Unidades	Provisionamentos	
		Nº Pacientes atendidos	Unidade Farmacotécnica
2004	27	470.340	3.154.535
2005	75	1.566.542	13.769.333
2006	259	5.654.712	37.995.004
2007	407	8.574.608	54.779.075
2008	504	9.845.553	62.333.264
2009	530	11.273.907	71.387.977
2010	543	10.736.441	77.200.941
2011	555	10.906.305	73.229.811
2012	558	11.092.050	72.447.516
2013	546	9.943.035	63.252.976
2014	532	7.725.672	54.607.027
2015	523	7.775.905	47.976.778
2016	517	6.636.596	39.620.953
2017	497	2.617.648	15.940.901

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Ministério da Saúde (2019).

A partir do período iniciado em 2004, ano de implementação do PFPB/RP, percebe-se uma evolução crescente quanto ao número de estabelecimentos. Essa expansão ocorre até o exercício de 2012, alcançando o quantitativo de 558 unidades. A partir de 2013, a rede de estabelecimentos começa a ser reduzida até a sua completa extinção no exercício de 2017. Cabe salientar que, esse quantitativo, já se mostrava exíguo diante da demanda nacional por medicamentos básicos e essenciais e da dimensão territorial do país.

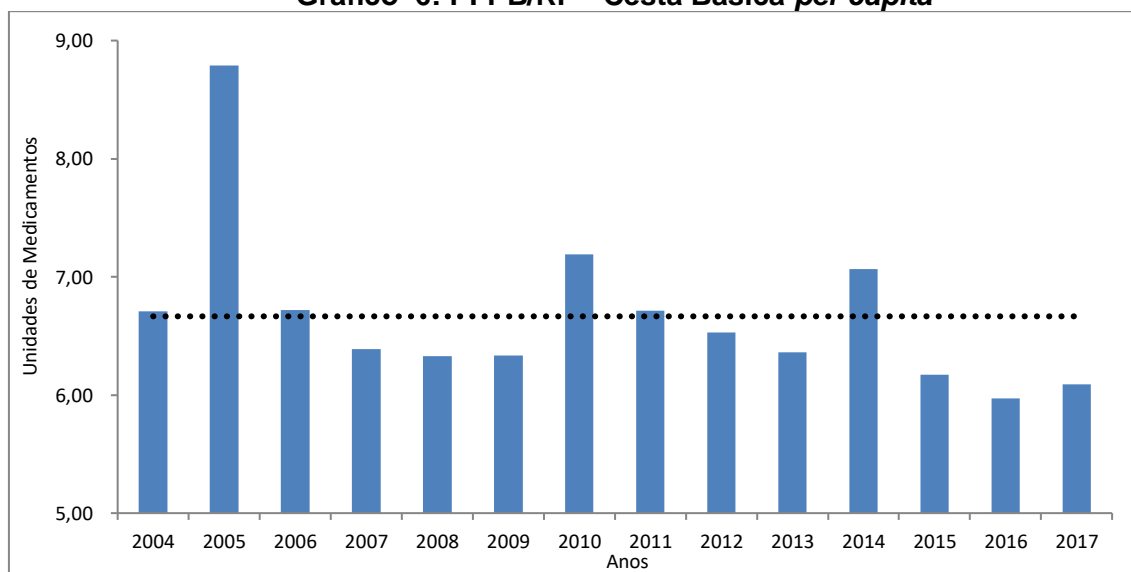
Esse movimento de crescimento e posterior decréscimo também podem ser percebido quanto ao número de pacientes atendidos. De fato, ele foi crescente até o ano de 2012, a uma taxa média de 48,6% ao ano, momento a partir do qual, também, ocorre um movimento de redução até 2017, na ordem de uma taxa média de 21,4% ao ano. A partir de 2014, o financiamento ao PFPB/RP tem seu financiamento continuamente reduzido: 6,5% em 2015, 26,3% em 2016 e, finalmente, 52,6%, em 2017.

No período entre 2004 e 2017 o PFPB-RP dispensou medicamentos básicos e essenciais a um total de 104.819 mil pacientes, distribuindo 687.696 mil unidades farmacotécnica (caps./mg) de medicamentos, com um financiamento total, considerando custo de instalação e manutenção das unidades e compra de medicamentos, de R\$ 1.264.894 mil.

4.2.1 Cesta Básica *per capita* (Unidades)

Os anos de 2004 e 2005 poderiam ser entendidos como “atípicos”, pois 2004 foi o exercício no qual o programa foi implementado, ainda com 27 unidades, em um contexto embrionário, e 2005 sendo o segundo ano, já com 48 unidades e, ainda, sem a vertente do PFPB/RC implementada. Mas, mesmo em seu pleno funcionamento o PFPB/RP ainda apresentou um desempenho modesto no que diz respeito à cesta básica *per capita* (Gráfico 6).

Gráfico 6: PFPB/RP - Cesta Básica *per capita*



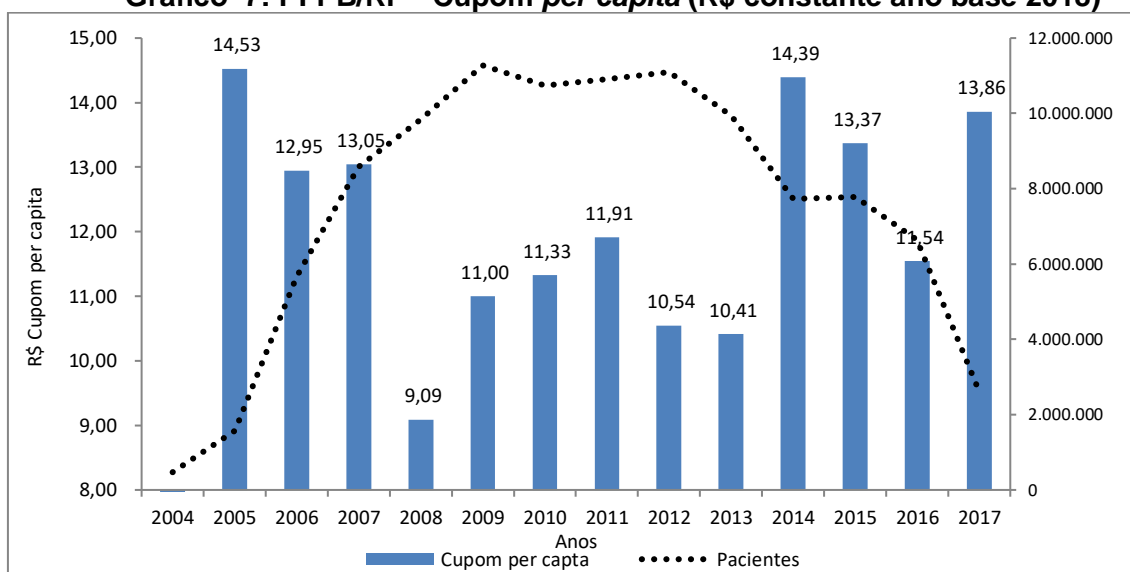
Fonte: Elaboração própria conforme dados da Fiocruz (2018) e IBGE (IPCA-2018).

No período 2004/2017 cada paciente obteve anualmente, em média, 6,7 unidades de medicamentos básicos e essenciais, ou seja, menos de uma unidade de medicamento por mês. O comportamento da Cesta básica *per capita* ao longo do período mostrou-se variável, porém com uma tendência de diminuição. Porém, com a implementação do PFPB/RC (2006) e consequente ampliação da rede de provisionamento, os pacientes passaram a ter a opção de adquirir os medicamentos em locais mais próximos e em estabelecimentos com horário de funcionamento mais amplos, de onde realizavam as consultas e/ou de suas residências e assim esses passaram a buscar as unidades do PFPB/RP, reduzindo o fluxo as unidades do PFPB/RP⁶¹.

4.2.2 Cupom *per capita* (R\$)

No caso do PFPB/RP, o cupom *per capita* é resultado, conforme mencionado na metodologia, pela relação entre o custo de aquisição dos medicamentos básicos e essenciais, adicionado ao valor anual de recursos voltados a implantação e manutenção das unidades de provisionamento, dividido pela quantidade de pacientes. O Gráfico 7 apresenta os resultados do indicador cupom *per capita* entre 2004 e 2017 do PFPB/RP.

⁶¹ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

Gráfico 7: PFPB/RP - Cupom *per capita* (R\$ constante ano base 2018)

Fonte: Elaboração própria conforme dados da Fiocruz (2018) e IBGE (IPCA-2018).

Em 2004, a implementação do PFPB/RP ocorreu com recursos da ordem de R\$ 43.488 mil que, quando contraposto ao reduzido volume de atendimentos (470 mil pacientes), resulta em um valor de cupom *per capita* bem acima do verificado nos anos posteriores, sendo um valor atípico (*outlier*), distorcendo a série histórica com um valor de R\$ 92,46. Sendo então seu valor expurgado com vistas a obtenção de uma série com parâmetros lineares.

Durante o período de vigência do PFB/RP a composição do custo variou significativamente. Em 2005, 36% eram destinados à manutenção e instalação, enquanto que 64% eram direcionados a compra de medicamentos. A partir de 2007, essa relação se inverteu e em 2017, 81% destinava-se a manutenção e instalação das unidades e somente 19% eram direcionados a aquisição de medicamentos básicos e essenciais.

A partir de 2004 até 2017, o cupom médio *per capita* se manteve e foi da ordem de R\$ 17,89 por paciente, que conforme veremos adiante, é inferior ao observado no PFPB/RC de R\$ 69,85. Esse diferencial do cupom *per capita* deve-se principalmente, ao processo concorrencial de compra promovido pelas licitações, que por muitas vezes faziam como que medicamentos de marca fossem obtidos com valores menores que medicamentos genéricos ou similares⁶². A manutenção dessa média demonstra um grau de efetividade na gestão do PFPB/RP na medida em que a relação

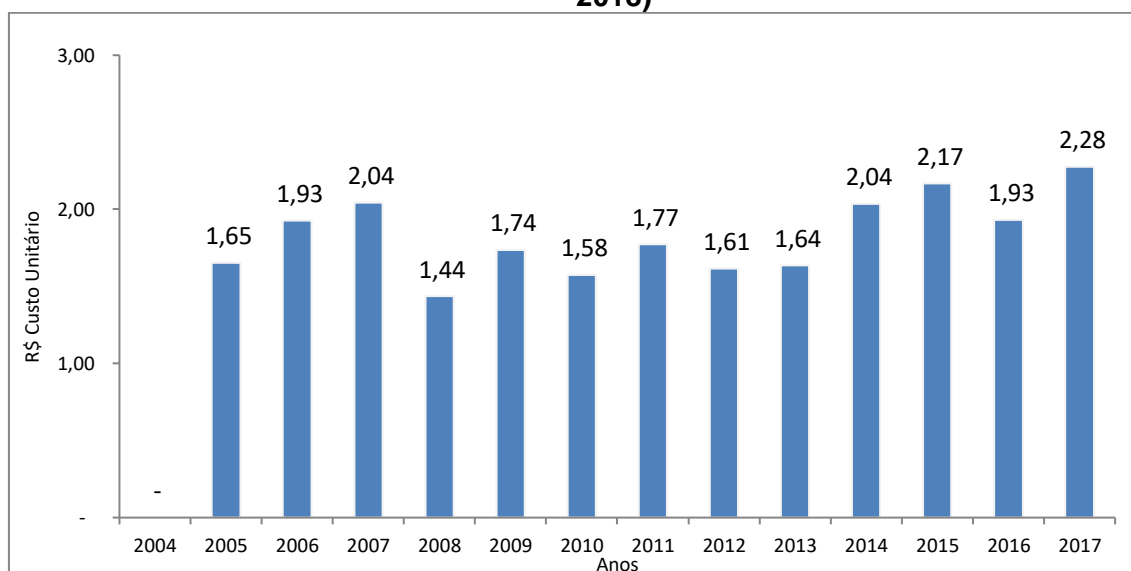
⁶² Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

ou índice resultante do custo e a quantidade provisionada se mantiveram relativamente constantes no decorrer de doze anos (2005/2017).

4.2.3 Custo unitário médio do medicamento (R\$)

O custo de implementação do PFPB/RP, em 2004, promoveu uma deformidade quando utilizado em contraponto a qualquer outro período posterior de vigência do programa, conforme verificamos ao analisar o cupom *per capita*. O mesmo ocorre ao calcular-se o custo unitário do medicamento básico e essencial dispensado, como pode-se verificar no Gráfico 8.

Gráfico 8: PFPB/RP - Custo unitário médio do medicamento (R\$ constante ano base 2018)



Fonte: Elaboração própria com base em dados da Fiocruz (2018) e IBGE (IPCA-2018).

Também para o cálculo do Custo unitário médio do medicamento, o exercício de 2004 apresenta-se como atípico (*outlier*) com um valor de R\$ 13,79, tendo sido retirado da série histórica. No período 2005/2017, o custo médio do medicamento básico e essencial foi de R\$ 1,83. Sendo que, em 2005 o custo médio era de R\$ 1,65 e chegou em 2017 com um custo médio de R\$ 2,28, significando um aumento real no período na ordem de 4,7%. Essa trajetória de aumento, no custo médio, apresentou oscilações positivas e negativas, porém, nesse intervalo de tempo prevaleceu uma suave tendência de aumento.

4.3 Indicadores do PFPB/RC

A Tabela 10 apresenta os dados com a evolução anual: (i) do quantitativo de unidades credenciadas na rede privadas de farmácias e drogarias, (ii) do número de pacientes atendidos e (iii) da quantidade de medicamentos dispensadas pela rede privada de estabelecimentos credenciados para dispensação de medicamentos básicos e essenciais provisionados pelo PFPB/RC.

Tabela 10: Provisionamento de medicamentos do PFPB-RC.

Ano	Nº Unidades	Provisionamentos	
		Nº Pacientes atendidos	Unidade Farmacotécnica
2006	2.955	658.585	56.745.643
2007	5.052	3.438.134	513.653.046
2008	6.459	6.445.002	1.066.373.785
2009	10.790	6.601.636	1.050.392.707
2010	14.003	5.982.640	903.839.515
2011	20.255	17.605.115	2.797.252.522
2012	25.122	25.037.676	4.896.385.206
2013	29.559	31.377.332	6.760.743.433
2014	33.101	38.070.096	8.888.552.106
2015	34.625	43.286.833	10.782.632.909
2016	33.922	45.532.841	12.273.124.328
2017	31.108	47.391.273	13.333.566.601
2018	31.108	46.447.456	13.784.054.078

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Ministério da Saúde (2019).

Desde sua criação o PFPB/RC apresenta uma taxa de crescimento anual de 21,7% no número de estabelecimentos, mesmo tendo sofrido descredenciamentos nos exercícios de 2016 e 2017, esses, segundo o Ministério da Saúde, por irregularidades motivadas: (i) por inatividade do programa no estabelecimento credenciado por mais de 180 dias e (ii) por identificação de fraudes.

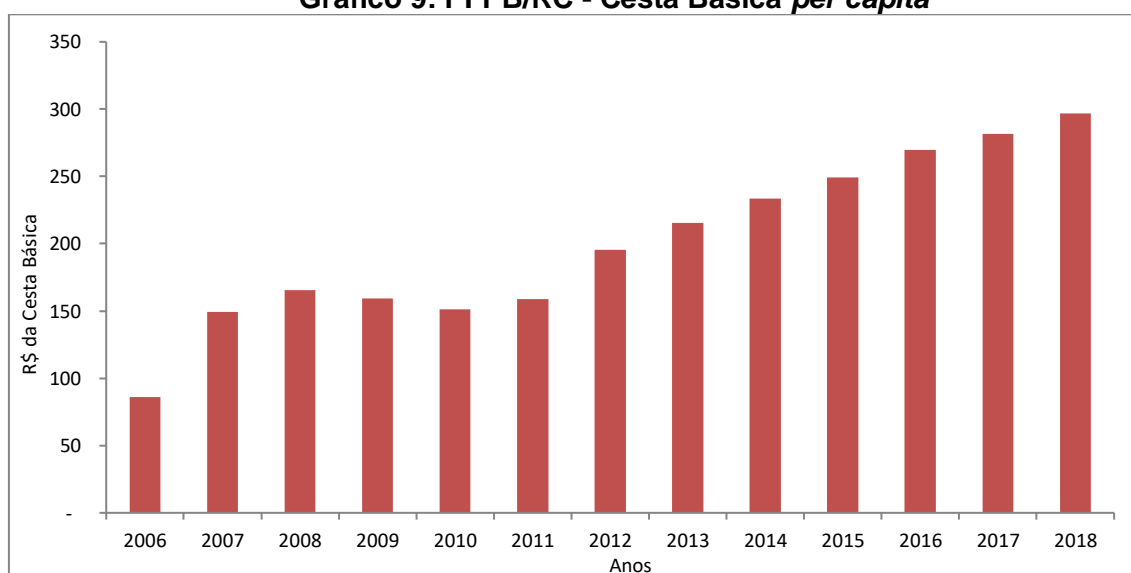
Assim, como ocorrido no PFPB/RP, no primeiro ano (2006) de funcionamento o volume de pacientes atendidos, diante do verificado nos anos seguintes, foi reduzido. Porém, a partir de 2007, o volume de atendimentos reportados pelo Ministério da Saúde (2018) foi mais significativo e tem se mantido crescente a taxa média anual de 26,7%.

No período de 2006 a 2018, o PFPB/RC atendeu ao total de 317.874 mil pacientes, distribuindo 77.107.315 mil unidades de medicamentos básicos e essenciais, com um valor total no período de R\$ 21.666.238 mil. No período de janeiro a agosto de 2019, o Ministério da Saúde descredenciou⁶³ 84 estabelecimentos, sem que renovações ou novos credenciamentos tenham sido realizados.

4.3.1 Cesta Básica *per capita* (Unidades)

Nesse índice pode-se observar o comportamento referente à dispensação dos medicamentos em dois períodos: (i) entre 2006 e 2009, quando os dois medicamentos mais dispensados eram voltados aos tratamentos de doenças cardiovasculares, e (ii) a partir de 2010, quando o espectro de medicamentos foi ampliado, com oferta de medicamentos para Hipertensão Arterial, Diabetes, Asma, Dislipidemias, Doença de Parkinson e Osteoporose, aumentando o número de pacientes, que, aliado a ampliação da rede, explica o crescimento médio anual na dispensação da ordem de 25,6%, entre 2011 e 2018. A Cesta Básica *per capita* média no período 2006/2018 foi de R\$ 200,87 (Gráfico 9).

Gráfico 9: PFPB/RC - Cesta Básica *per capita*



Fonte: Elaboração própria conforme dados do Ministério da Saúde (2018) e IBGE (IPCA-2018).

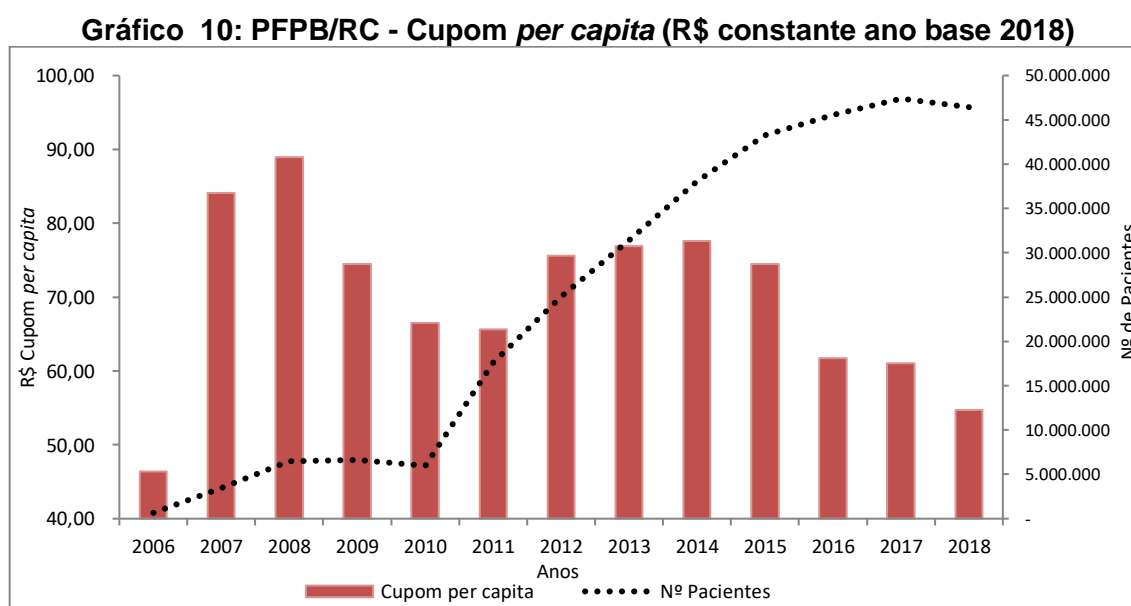
Do período de 2006 a 2018, a cesta básica *per capita* do PFPB/RC apresentou um incremento médio de 10,9% ao ano, sendo esse crescimento mais constante a

⁶³<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular/adesao-e-credenciamento/farmacias-descredenciadas>

partir do ano de 2010, indicando estar ocorrendo maior cobertura e adesão aos tratamentos por parte dos pacientes, anulando assim um dos aspectos negativos relativos aos programas de AF, até então vigentes, quanto ao abandono e descontinuidade dos tratamentos.

4.3.2 Cupom *per capita* (R\$)

No PFPB/RC, o cupom *per capita* demonstra a relação entre o somatório dos repasses do Ministério da Saúde, que são pagamentos dos medicamentos provisionados, para a rede privada credenciada de farmácias e drogarias dos medicamentos básicos e essenciais dispensados divididos pelo número de pacientes atendidos, conforme já mencionado, é o custo médio anual de cada paciente que acessa o programa (Gráfico 10).



Fonte: Elaboração própria conforme dados do Ministério da Saúde (2018) e IBGE (IPCA-2018).

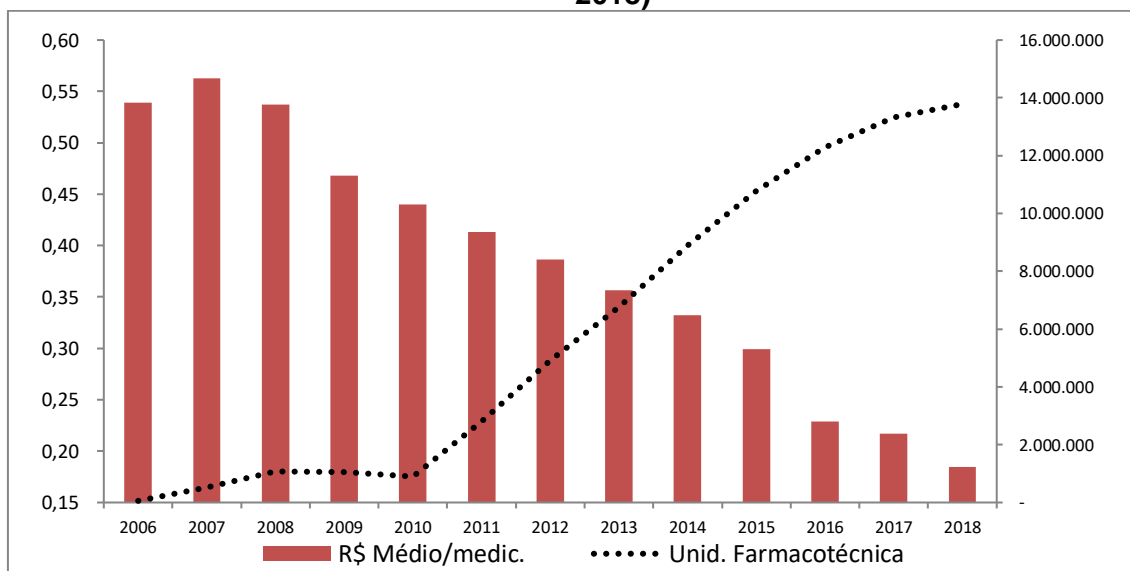
De 2010 até 2018, o número de pacientes, variável que afeta esse indicador, que adquiriram medicamentos básicos e essenciais na rede de farmácias credenciadas do PFPB/RC, conforme já mencionado, assume maior expressão e cresce na proporção de 29,2% ao ano, sendo que o valor de financiamento também se eleva na ordem de 26,1% ao ano. Porém, em 2017 o valor do cupom *per capita* reduziu em 10,4%, em relação a 2016, basicamente, devido à redução do repasse, sem que houvesse

redução do quantitativo de medicamentos dispensados, pelo contrário, esse quantitativo aumentou nesses anos em 450.488 mil unidades, significando 3,4% de aumento no quantitativo de medicamentos provisionados. O valor médio do Cupom *per capita* no período é de R\$ 69,85.

4.3.3 Custo unitário médio do medicamento (R\$)

O custo unitário médio do medicamento provisionado no PFPB/RC é resultado do valor repassado pelo Ministério da Saúde aos estabelecimentos credenciados divididos pela quantidade de medicamentos dispensada (Gráfico 11).

Gráfico 11: PFPB/RC - Custo unitário médio do medicamento (R\$ constante ano base 2018)



Fonte: Elaboração própria conforme dados do Ministério da Saúde (2018) e IBGE (IPCA-2018).

Observa-se que, no período de 2006 a 2018, o custo unitário médio do medicamento caiu de R\$ 0,54 para R\$ 0,18, sendo uma redução da ordem de 33,3%, enquanto que a quantidade de medicamentos básicos e essenciais dispensadas aumentou na proporção média de 30,5% ao ano, no mesmo período, ou seja, de 2006/2018. O valor médio do custo unitário no período é de R\$ 0,38.

A princípio, alguns aspectos concorrem para explicar esse evento, inicialmente, esse deve-se: (i) ao ganho na aquisição que a rede privada de distribuição possui e que lhe proporciona condições negociais mais vantajosas junto à indústria farmacêutica do que as obtidas pelos órgãos governamentais em leilões de licitação

e (ii) outra ocorrência, em 2015, que fortaleceu esse movimento, foi a decisão do governo Federal em reduzir em 30,0% os valores de reembolso para a rede de distribuição, havendo a concordância por parte da mesma⁶⁴.

4.4 Síntese da Dimensão das Escalas Quantitativas e Indicadores

Na Tabela 11, da composição geral dos indicadores, apresentamos apenas (i) a quantidade média anual de atendimentos e (ii) o custo médio do medicamento, pois, os demais, ainda que tenham significância, não podem ser comparados devido ao *rol* de medicamentos provisionados ser diferenciado em cada vertente do PFPB (apêndice D e E). Essa média considera o período de vigência do programa, ou seja, no PFPB/RP contempla o intervalo de 2004 até 2017 (quatorze anos) e para o PFPB/RC de 2006 a 2018 (treze anos).

Tabela 11: Resumo das médias das Escalas Quantitativas e Indicadores

	PFPB/RP	PFPB/RC	% Δ
Quant. Média Anual de Atendimentos (unid. mil)	7.487	24.452	226,6%
Custo Médio do Medicamento (R\$)	2,69	0,38	-85,8%

Fonte: Elaboração própria conforme dados do Ministério da Saúde (2018), Fiocruz (2018) e IBGE (IPCA-2018).

Mesmo a análise sendo contemplada em um período com um ano a menos, o atendimento do PFPB/RC é maior em 226,6% do que o observado no PFPB/RP e o Custo Médio do medicamento, no PFPB/RC é inferior em 85,8% do apurado no PFPB/RP.

A Tabela 12 resume as proporções do financiamento da AF no Brasil no período de 2004 à 2018, que divide-se basicamente entre o fomento realizado ao SUS, via UBS e ao PFPB.

Tabela 12: Resumo do Financiamento à AF - 2004/2018 (R\$ mil constantes base 2018 - IPCA).

Financiamento	Destino/Programa	R\$ (mil)	% Dest/Progr	% Total Geral
FNS/UBS	Estados	28.799.777	67,6%	43,9%
	Municípios	13.799.846	32,4%	21,1%
	Total	42.599.623	100,0%	65,0%
Ministério da Saúde	PFPB/RP	1.264.894	5,5%	1,9%
	PFPB/RC	21.666.238	94,5%	33,1%
	Total	22.931.132	100,0%	35,0%
Total Geral		65.530.755	-	100,0%

⁶⁴ Entrevista realizada com Nelson Mussolini (2017).

Fonte: Elaborado com base nos dados do Ministério da Saúde (2019).

Do montante total destinado à AF 65,0% foram direcionados a AF do SUS, sendo do montante de R\$ 42.599 milhões, 43,9% transferidos para os estados e R\$ 13.799 milhões para os municípios, e 35,0% alocados no PFPB, com R\$ 1.264 milhões para o PFPB/RP e R\$ 21.666 milhões para a rede credenciada de farmácias privadas. Porém, esse retrato não evidencia o crescimento no financiamento ocorrido a partir de 2010 (Gráfico 5) para a AF realizada por meio da PPP.

Constata-se então que a atenção à saúde no que diz respeito à AF deixou de ser prioridade única do Estado passando a ser uma PPP entre o Estado e a rede privada varejista farmacêutica. A AF permanece nas UBS que são constituídas por unidades farmacêuticas públicas, mas a vertente do PFPB em sua vertente própria foi descontinuada.

Os indicadores calculados mostram a evidência da superioridade da rede credenciada na dimensão que aqui denominaremos de escala quantitativa e justificam a partir desta dimensão a descontinuidade do PFPB/RP. Entretanto, a análise com foco único nesta dimensão não permite uma conclusão definitiva sobre a formulação da AF. Outras escalas deverão ser examinadas como a cobertura territorial e a análise pós fato realizada por estudiosos do tema e por gestores públicos e privados. Essas escalas são objetos dos Capítulos 5 e 6.

Capítulo 5 – Escalas Territoriais na provisão de medicamentos básicos e essenciais.

Seguindo a metodologia exposta a ser aplicada nessa Tese, nesse capítulo será apresentada a capilaridade territorial que compõe as redes de dispensação de medicamentos básicos e essenciais no SUS, via UBS, no PFPB/RP e no PFPB/RC, que é percebida pela amplitude territorial que cada um dos Programas de provisionamento possui no território nacional, pois esse aspecto define o alcance da população, foco da dispensação.

A dimensão do alcance territorial na implementação de uma Política Pública, no caso de AF, em um país de extensão como Brasil é importante, pois quanto maior for a dispersão da população no território, maior terá que ser o esforço e financiamento para disponibilizar o serviço. Em territórios onde a população é mais adensada, no caso da AF, uma única UBS pode atender um maior número de pessoas.

Outro aspecto importante é o nível de renda *per capita* das populações atendidas. Toma-se como pressuposto que o serviço gratuito por excelência, em todos os medicamentos prescritos pelo SUS, é o prestado nas UBS e, portanto, elas deveriam estar mais presentes nas regiões mais pobres.

Na Tabela 13, a seguir, mostram-se os percentuais de estabelecimentos das UBS, PFPB/RP e PFPB/RC em cada região do Brasil, assim como a renda média *per capita* de cada região do País.

Tabela 13: Presença das unidades de dispensação em cada programa, por regiões do Brasil – 2018.

Região	% Unidades UBS	% Unidades PFPB/RP	% Unidades PFPB/RC	Renda Média <i>per capita</i> (R\$)
Centro-Oeste	17,7%	4,6%	4,2%	1.419,80
Nordeste	51,1%	32,6%	15,0%	804,89
Norte	12,9%	14,7%	3,2%	954,40
Sudeste	10,3%	39,8%	44,9%	1.396,88
Sul	8,0%	8,2%	32,6%	1.280,51
Total	100,0%	100,0%	100,0%	-

Fonte: Elaboração própria com base em dados do IBGE (população e renda/2010), DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (2018).

Observa-se a concentração mais expressiva das UBS na região Nordeste (51,1%), indicando, a princípio, que a lógica de localização de suas unidades está voltada a

região com menor renda *per capita* do Brasil, alinhando-se a lógica pública no sentido de atender a população com menor renda *per capita*. Em sequência, fugindo a lógica, temos o Centro-Oeste (17,7%), o Norte (12,9%), o Sudeste (10,3%) e o Sul (8,0%). Essa distribuição depende também da lógica existente na época de criação de cada UBS. O que se pode dizer hoje é que o planejamento deve ser revisto.

A observação pertinente as unidades do PFPB/RP, gerenciada pela Fiocruz e, portanto, dotada do conceito de atenção a aqueles, que conforme sua premissa de atendimento privilegia usuários que possuem um receituário médico, essa possui maior presença no Sudeste (39,8%), a região com a segunda melhor renda média *per capita* do país, seguido pelo Nordeste (32,6%), Norte (14,7%), Sul (8,2%) e Centro-Oeste (4,6%).

A lógica da localização do PFPB/RP explica-se por duas questões: (i) pelo fato do programa ser gerenciado pela Fiocruz, estando essa instituição no Sudeste, e conseqüentemente com melhores condições para implantar e gerir as unidades embrionárias estando essas próximas e (ii) por facilidade de articulação política econômica, em determinados municípios de outras regiões⁶⁵.

Já a presença dos estabelecimentos do PFPB/RC, apresenta maior presença no Sudeste (44,9%) e no Sul (32,6%), justificando-se por serem suas unidades instaladas seguindo a racionalidade do mercado, ou seja, atuantes em locais com maior nível de renda *per capita* e conseqüentemente, com maior população e consumo, seguido pelo Nordeste (15,0%), Centro-Oeste (4,2%) e Norte (3,2%).

5.1 Distribuição das UBS

Conforme já explicitado, o SUS, suas ações e estrutura, na qual se incluem as UBS, possuem abrangência por todo o território nacional e, conseqüentemente, atuam em significativo número de municípios das regiões do país, organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas (CONASS, 2011). Essa distribuição é apresentada na Tabela 14.

⁶⁵ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

Tabela 14: Relação População, Renda média *per capita* e UBS por Região do País.

Região	Municípios (2018)				Total	Unidades (2018)		% Pop.	População (UBS)	Renda Média <i>per capita</i> (R\$)
	Sem UBS		Com UBS			UBS				
	Unid.	%	Unid.	%		Quant	%			
Centro-O	13	7,9%	151	92,1%	164	959	2,5%	7,6%	8.098	1.419,80
Nordeste	15	0,8%	1.781	99,2%	1.796	14.486	38,4%	27,6%	3.948	804,89
Norte	46	10,2%	405	89,8%	451	2.817	7,5%	8,6%	6.407	954,40
Sudeste	8	0,5%	1.657	99,5%	1.665	11.613	30,8%	41,9%	7.483	1.396,88
Sul	40	2,7%	1.454	97,3%	1.494	7.815	20,7%	14,3%	4.831	1.280,51
Total	122	2,2%	5.448	97,8%	5.570	37.690	100,0%	100,0%	-	-

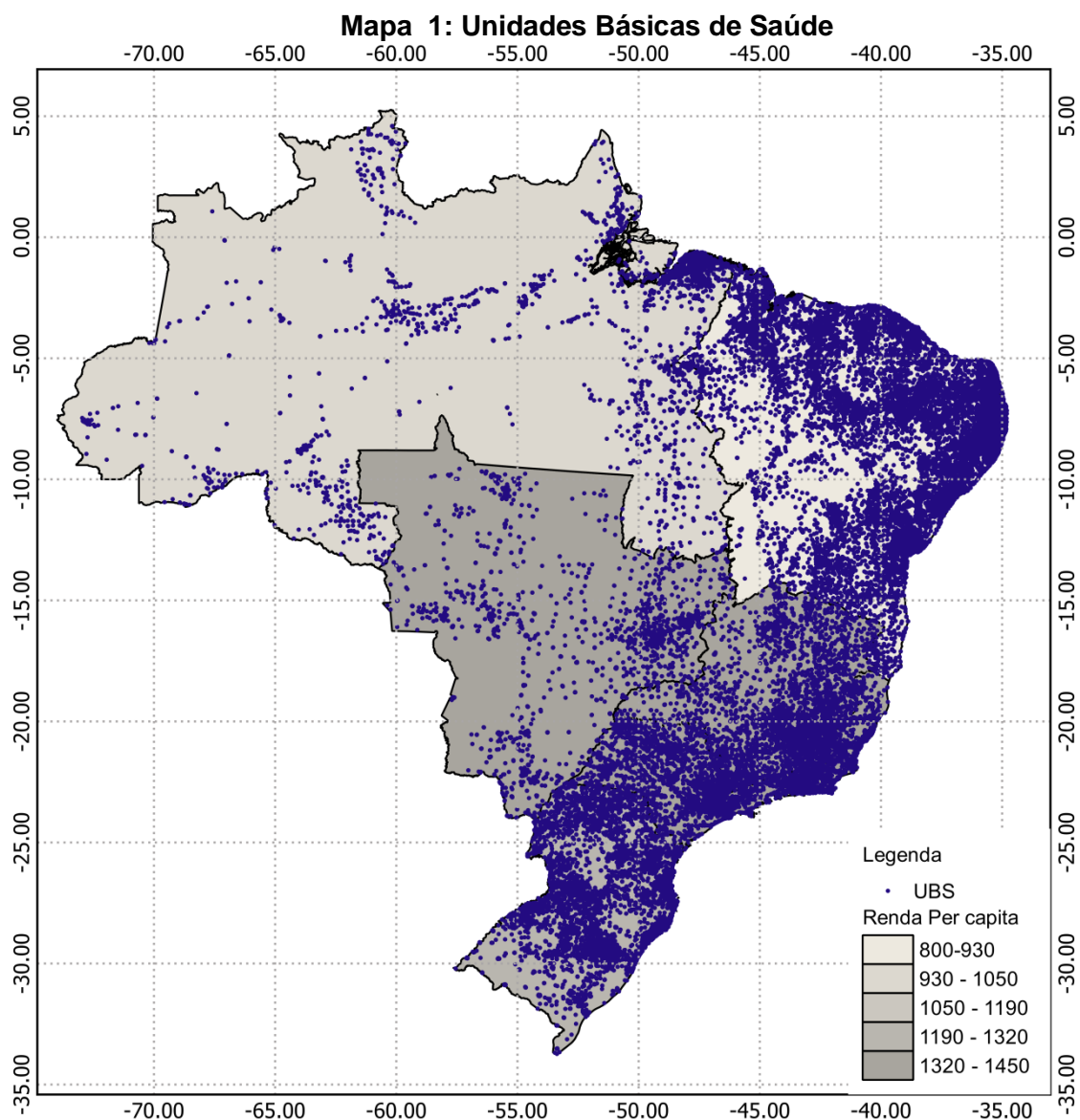
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE (população/2017), DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (PFPB/RP).

No Brasil existem 122 municípios sem UBS instaladas, sendo a região Norte é a que possui mais municípios desprovidos de UBS (10,2%), seguida pela região Centro-Oeste (7,9%). Porém, as UBS estão presentes em 5.448 (97,8%) dos municípios do Brasil, com maior intensidade no Nordeste com 14.486 unidades (38,4%), para atender a 27,6% da população brasileira que reside nessa região. O Centro-Oeste detém 959 unidades (2,5%), o Norte 2.817 unidades (7,5%), o Sudeste possui 11.613 unidades (30,8%) e o Sul 7.815 unidades (20,7%), restam ainda 122 (2,2%) de municípios brasileiros sem a presença de UBS.

As regiões Sudeste (41,9%) e Nordeste (27,6%) são as que possuem o maior adensamento populacional do país, seguidos pelo Sul (14,3%), Norte (8,6%) e Centro-Oeste (7,6%). A Região Nordeste apresenta a menor relação de habitantes por UBS com 3.948 pessoas para cada UBS instalada. Em seguida percebe-se a região Sul, com 4.831 hab/UBS, Norte com 6.407 hab/UBS, Sudeste com 7.483 hab/UBS e Centro-Oeste com 8.098 hab/UBS, sendo a região com menor cobertura de atendimento pelas UBS.

Com referência a renda média *per capita* das regiões, percebe-se o Centro-Oeste (R\$ 1.419,80) com a maior renda média *per capita* do País seguida pelo Sudeste (R\$ 1.396,88), Sul (R\$ 1.280,51), Norte (R\$ 954,40) e Nordeste (R\$ 804,89). O Norte e Nordeste possuem juntas 17.303 unidades, equivalendo a 45,9% das UBS instaladas. Essas regiões possuem as menores rendas médias *per capita* do país, estando 40,0% abaixo na média das demais regiões (PNAD, 2017).

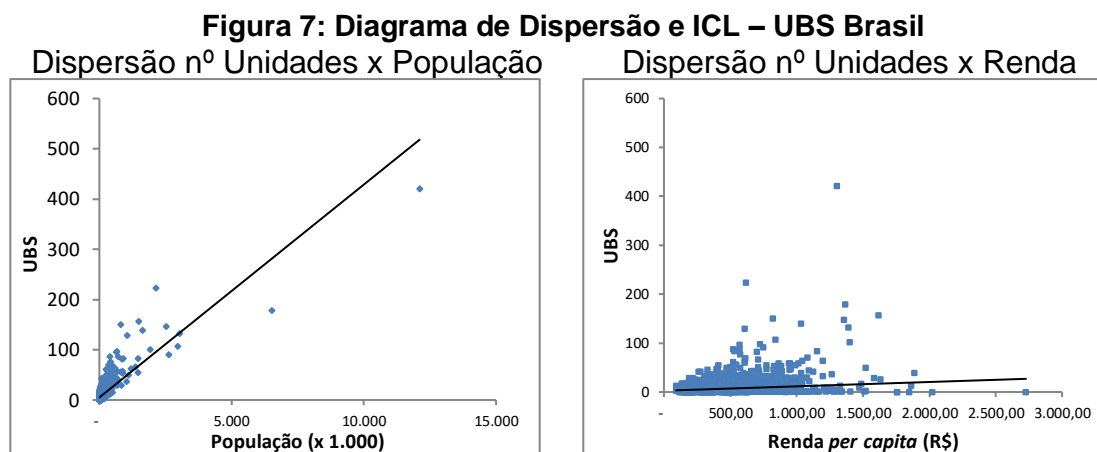
O Mapa 1, a seguir, possibilita à percepção visual da abrangência territorial promovida pelas UBS no Brasil.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do PBDA (2018) e Forest-Gis (2018).

A capilaridade territorial promovida pela disseminação das UBS, percebida no Mapa 1, indica a amplitude desse instrumento de Política Pública no Brasil de acesso aos serviços AF, pois difunde e proporciona o atendimento da população localizada em 97,8% dos municípios (ver Tabela 14). Ainda que se percebam municípios sem cobertura, a dispersão (de 89,8% a 99,5%) apresenta uma distribuição menos desigual entre as regiões, configurando-se um sistema facilitador de acesso (BECKER, 2007). A princípio, pode-se perceber a concentração litorânea e nas cidades mais centrais e populosas do país, mas percebe-se também a presença nas demais cidades do Brasil (EMMERICK, 2015).

Na Figura 7, a seguir, pode ser observada a dispersão entre o número de UBS instaladas contraposta a população existente e a renda média *per capita* do Brasil.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE (população/2017) DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (UBS e PFPB/RC).

A relação existente na dispersão a nível nacional entre o número de UBS e a população é positiva, com um índice de correlação de 0,8138, significando uma forte relação entre as variáveis. Já a dispersão apresentada pelo o quantitativo de UBS e a renda média *per capita*, também é positiva, porém, com um índice de correlação de 0,1760, possuindo uma fraca relação entre as variáveis. Isso denota que a localização das UBS está mais correlacionada com o adensamento populacional do que com o nível de renda média *per capita*. O que significa que a sua localização obedece a lógica de atendimento de populações com menor renda *per capita*. O que alinha-se com o princípio maior de equidade: atendimento maior de populações com menor nível de *renda per capita*.

5.2 Distribuição das unidades do PFPB/RP

A instalação de uma unidade do PFPB/RP envolve padrões estruturais específicos, delimitados em normativa⁶⁶ da Fiocruz, que visam à facilitação do acesso, o conforto e melhor atendimento ao usuário, com padrões de uma farmácia padrão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Espera-se que seja praticado um modelo de

⁶⁶ Divisão dos ambientes internos do estabelecimento por divisórias; padrão de revestimentos de pisos; tetos e forros; pintura; iluminação; instalação elétrica; instalação de rede de dados e telefonia; instalação sanitária e de água fria e sinalização visual externa e interna.

dispensação ativa orientada por (dois) farmacêuticos⁶⁷. No entanto, não são definidos aspectos locacionais para instalação das unidades, ou seja, não há orientação quanto as variáveis que deveriam ser observadas, para a instalação de uma unidade.

Em decorrência do exposto, é factível notar que, as premissas adotadas para instalação não atentam nem para a proximidade ou nem para a maior acessibilidade do usuário. Pois, o cidadão pode residir nas periferias, distantes dos centros urbanos e nem sempre possuem condições de acesso logístico (transporte público) e financeiros adequados que lhes permitam a mobilidade e consequente acesso às regiões centrais para obtenção do medicamento.

Apresentar-se a distribuição territorial do PFPB/RP na Tabela 15, onde pode-se verificar a disposição das unidades do PFPB/RP em todo território nacional em relação à proporção regional da população.

Tabela 15: Relação População, Renda média *per capita* e Unidades PFPB/RP por Região do País.

Região	Municípios (2017)					Unidades (2017)		% Pop.	$\frac{\text{População}}{(\text{PFPB/RP})}$	Renda Média <i>per capita</i> (R\$)
	Sem PFPB/RP		Com PFPB/RP		Total	PFPB/RP				
	Unid.	%	Unid.	%		Unid.	%			
Centro-O	1.652	98,7%	23	1,3%	1.675	23	4,6%	7,6%	1.322.992	1.419,80
Nordeste	286	63,5%	164	36,5%	450	162	32,6%	27,6%	665.746	804,89
Norte	1.118	94,1%	70	5,9%	1.188	73	14,7%	8,6%	459.903	954,40
Sudeste	264	57,0%	198	42,9%	462	198	39,8%	41,9%	828.093	1.396,88
Sul	1.753	97,7%	42	2,3%	1.795	41	8,2%	14,3%	1.347.498	1.280,51
Total	5.073	91,1%	497	8,9%	5.570	497	100,0%	100,0%	-	-

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE (população/2017), DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (PFPB/RP).

No Brasil existem 5.073 municípios (91,1%) sem unidades do PFPB/RP instaladas, sendo o Centro-Oeste a região com menos municípios atendidos pelo PFPB/RP (98,7%), seguida pela região Sul (97,7%). As unidades do PFPB/RP estão presentes em 497 (8,9%) dos municípios do Brasil, com maior intensidade no Sudeste, segunda maior renda *per capita*, com 198 unidades (42,9%), para atender a 41,9% da população residente nessa região. Em termos de unidades instaladas, o Centro-Oeste detêm 23 unidades (4,6%), o Nordeste 162 unidades (32,6%), o Norte com 73

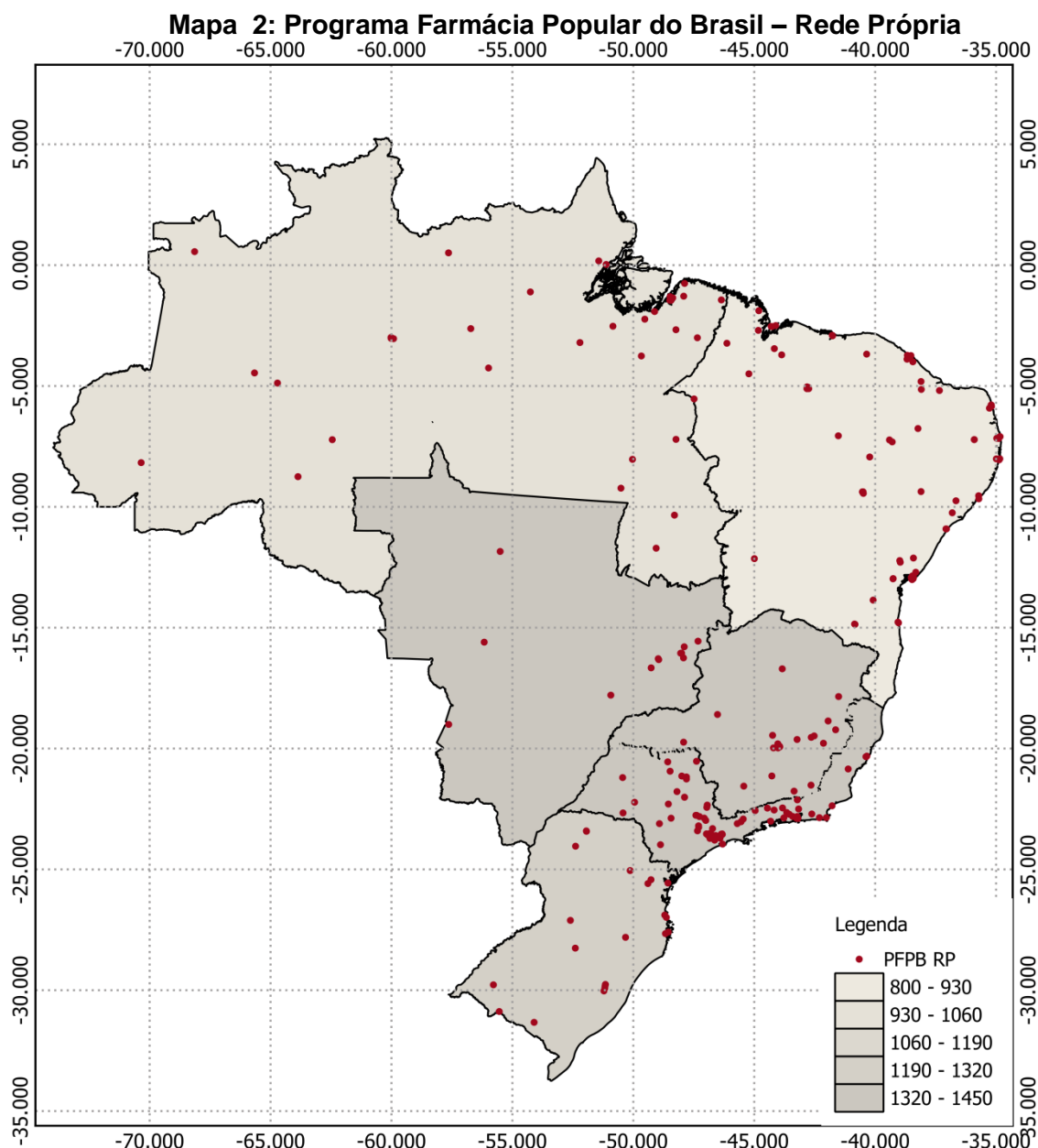
⁶⁷ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

unidades (14,7%), o Sudeste possui 198 unidades (39,8%) e o Sul 41 unidades (8,2%).

Percebe-se nas regiões Centro-Oeste e Sul a maior relação entre população e unidades do PFPB/RP, em torno de 1.300 mil hab/PFPB/RP, seguida pela região Sudeste, onde a proporção é de 828 mil hab/PFPB/RP, do Nordeste região na qual a relação é de 665 mil hab/PFPB/RP e do Norte onde a proporção é de 459 mil hab/PFPB/RP, sendo a região com menor proporção hab/PFPB/RP, denotando-se que o seu espraiamento seguiu o *ranking* de densidade populacional, exceto para as regiões Norte e Sul, dado que a região Norte recebeu um menor número de unidades do que a região Sul. Isso mostra que houve uma preocupação com o atendimento de regiões onde o nível de renda *per capita* era menor, ainda que isso não constasse dos objetivos do programa, conforme já informado.

Devido ao reduzido quantitativo de unidades de dispensação do PFPB/RP, resultando em reduzida abrangência territorial, pois somente esteve presente em 497 municípios (8,9%) brasileiros, ou seja, com baixa representação amostral, o cálculo de correlação linear não foi elaborado.

A distribuição regional das unidades do PFPB/RP no território nacional é apresentada no Mapa 2.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do PBDA (2018) e Forest-Gis (2018)

A distribuição territorial das unidades do PFPB/RP, conforme percebe-se, é reduzida. Porém, esse contexto se explica pelo fato de que, o modelo preconizado e gerenciado pela Fiocruz foi abortado em 2017. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

5.3 Distribuição das unidades do PFPB/RC

Na Tabela 16 é apresentada a distribuição das unidades do PFPB/RC no território nacional podendo-se verificar a disposição das unidades do PFPB/RC e relação com: (i) a concentração populacional e (ii) a renda média *per capita* regional.

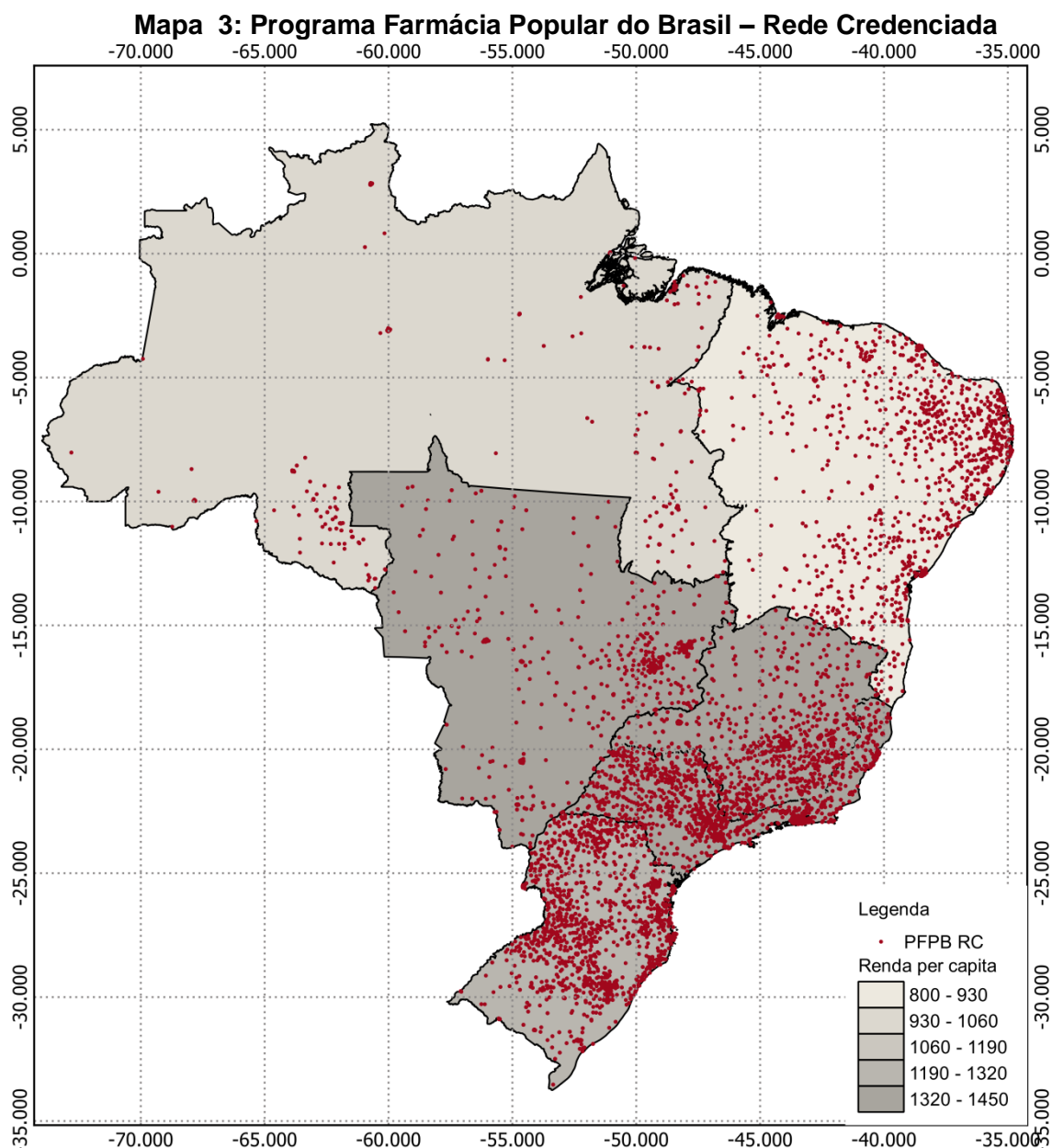
Tabela 16: Relação População, Renda média *per capita* e Unidades PFPB/RC por Região do País.

Região	Municípios (2018)					Unidades (2018)		% Pop.	População (PFPB/RC)	Renda Média <i>per capita</i> (R\$)
	Sem PFPB/RC		Com PFPB/RC		Total	PFPB/RC				
	Unid.	%	Unid.	%		Unid.	%			
Centro-O	38	2,4%	126	3,2%	164	1.317	4,2%	7,6%	5.897	1.419,80
Nordeste	839	52,0%	957	24,2%	1.796	4.678	15,0%	27,6%	12.225	804,89
Norte	304	18,8%	147	3,7%	451	1.004	3,2%	8,6%	17.976	954,40
Sudeste	210	13,0%	1.455	36,8%	1.665	13.959	44,9%	41,9%	6.226	1.396,88
Sul	223	13,8%	1.271	32,1%	1.494	10.150	32,6%	14,3%	3.720	1.280,51
Total	1.614	100,0%	3.956	100,0%	5.570	31.108	100,0%	100,0%	-	-

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE (população/2017), DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (PFPB/RC).

A lógica de alocação de unidades comerciais pode ser percebida pela proporção entre o a renda média *per capita* da população e o número de unidades do PFPB/RC. Essa relação é menor no Sul com uma proporção de 3.720 hab/PFPB/RC, seguida pelo Centro-Oeste com 5.897 hab/PFPB/RC e pelo Sudeste com 6.226 hab/PFPB/RC. As regiões Norte e Nordeste possuem uma relação maior com 17.976 hab/PFPB/RC e 12.225 hab/PFPB/RC, respectivamente, significando menos pontos de dispensação por habitantes nas regiões com menor renda *per capita*.

Nas regiões Sudeste e Sul encontram-se 77,5% das unidades do PFPB/RC, o que evidencia a lógica do mercado de alocação dos estabelecimentos privados, que buscam alocar-se em regiões mais populosas e com renda *per capita* mais elevada. Essa distribuição pode ser visualizada no Mapa 3.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do PBDA (2018) e Forest-Gis (2018).

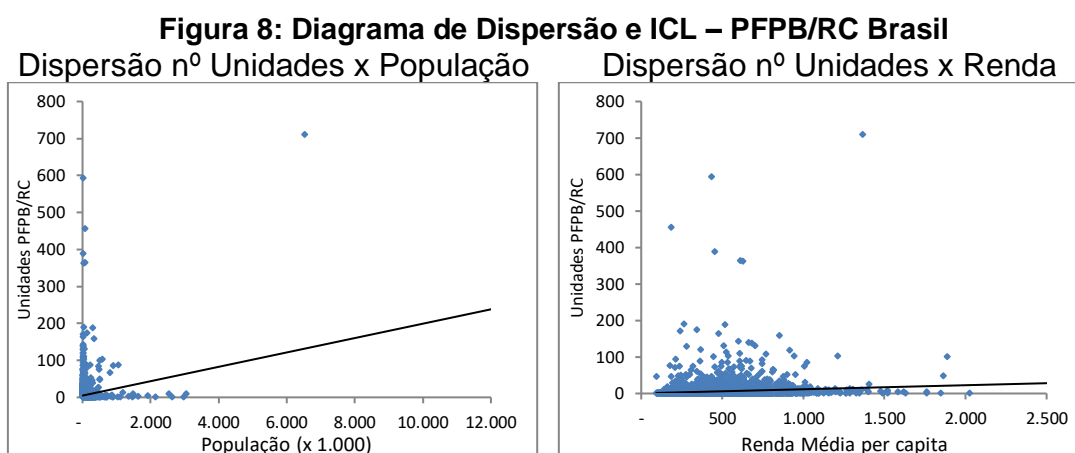
Observa-se que a implementação do PFPB/RC, possuindo um formato alinhado à concepção mercantil. Essa duplicou o canal de dispensação de medicamentos básicos e essenciais de provisionamento de medicamentos básicos, mas com uma concentração nas regiões de maior renda *per capita*.

Com base no cenário apresentado nessa seção observa-se que, a estrutura das UBS em unidades (37.690), em municípios atendidos (5.481) e em população assistida (192.465 mil hab) é maior do que a proporcionada pelo PFPB/RC em termos

de unidades (31.108) em municípios atendidos (4.196) e em população assistida (165.528 mil hab).

A rede de UBS possui uma maior quantidade de unidades (14.486), em 1.787 municípios, na região Nordeste, região essa que detém a menor renda *per capita* do país de R\$ 804,89 (IBGE, 2010), sendo a região com maior rede de UBS o Sudeste, com 11.613, atendendo 1.659 municípios e com a segunda maior renda média *per capita* (R\$ 1.396,88).

A etapa seguinte quanto à mensuração da Escala Territorial referente ao PFPB/RC será a demonstração do Índice de Correlação Linear e a demonstração do Diagrama de Dispersão considerando a dimensão Nacional. Esse cálculo basea-se na relação entre a quantidade de estabelecimentos do PFPB/RC, a população e a renda média *per capita* do Brasil e pode ser observada na Figura 8.



Fonte: Elaboração própria com base em dados do IBGE (população/2017), DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (UBS e PFPB/RC).

A relação entre o número de unidades do PFPB/RC no âmbito nacional com a população é positiva, porém, com um índice de correlação linear de 0,2112, significando uma fraca relação entre essas variáveis. Já a dispersão entre o número de unidades e renda média *per capita*, também é positiva, e com um índice de correlação, ainda menor, de 0,1237, sendo uma fraca relação entre as variáveis. Isso significa que, a implementação de unidades do PFPB/RC possui pouca relação com o quantitativo da população residente e menos ainda com a renda média *per capita* nacional, o que contraria a lógica do mercado, mas se explica pela amplitude do território brasileiro, composto por muitas regiões com baixa renda *per capita*.

5.4 Distribuição Territorial - Sudeste.

A região Sudeste, região com maior homogeneidade na renda *per capita* e a mais populosa do país com 86.905 mil habitantes, sendo 41,8% da população do país, distribuídos em 927.286 km², significando uma distribuição de 94 hab/m², seu território é composto por 1.665 municípios e detém a segunda maior renda média *per capita* do país, sendo essa de R\$ 1.396,88 (IBGE, 2010). A região possui a maior concentração de estabelecimentos do PFPB/RC, com 13.959 unidades, equivalendo a 44,9% da rede no Brasil e a segunda maior rede de UBS, com 11.613 unidades, sendo 30,8% das unidades no território nacional, conforme Tabela 17.

Tabela 17: PFPB/RC e UBS no Sudeste do Brasil

Faixas de Renda média <i>per capita</i> municipal	90,00 a 620,00	620,01 a 1.150,00	1.150,01 a 1.680,00	1.680,01 a 2.210,00	2.210,01 a 2.740,00	Total	
	Unid.	Unid.	Unid.	Unid.	Unid.	Unid.	
Σ Municípios	1.206	443	14	2	-	1.665	
Σ População (mil)	28.213	33.346	24.687	659	-	86.905	
PFPB/RC	Total Unidades	8.923	4.880	82	73	-	13.959
	Municípios Atendidos	1.045	396	12	2	-	1.455
		62,8%	23,8%	0,7%	0,1%	-	87,4%
	Municípios Não Atendidos	161	47	2	-	-	210
		9,7%	2,8%	0,1%	-	-	12,6%
	População Assistida (mil)	25.026	29.356	24.590	659	-	79.631
	28,8%	33,8%	28,3%	0,8%	-	83,9%	
População Não Assistida (mil)	3.188	3.990	97	-	-	7.274	
	3,7%	4,6%	0,1%	-	-	8,4%	
UBS	Total Unidades	6.080	4.505	977	51	-	11.613
	Municípios Atendidos	1.182	463	14	2	-	1.659
		71,0%	27,8%	0,8%	0,1%	-	99,6%
	Municípios Não Atendidos	4	-	-	-	-	4
		0,4%	-	-	-	-	0,4%
	População Assistida (mil)	28.178	33.345	24.687	659	-	86.869
	32,4%	38,4%	28,4%	0,8%	-	99,9%	
População Não Assistida (mil)	35	-	-	-	-	35	
	0,0%	-	-	-	-	0,1%	
Sem unidades de UBS ou PFPB/RC	-	4	-	-	-	4	
	-	0,2%	-	-	-	0,2%	

Fonte: Elaboração própria com base em dados do IBGE (população/2017), DATASUS (renda/2010), Ministério da Saúde (PFPB/UBS/2018).

No Sudeste as unidades do PFPB/RC possuem maior presença (8.923 pontos), nos municípios que possuem renda média *per capita* entre R\$ 90,00 e R\$ 620,00, assistindo 25.026 mil habitantes (28,8%). Em seguida, com 4.880 unidades nos 396

municípios (23,9%), com renda média *per capita* entre R\$ 620,01 e R\$ 1.150,00, atendendo a 29.356 mil habitantes (33,8%), com 82 unidades em 12 municípios (0,7%), com renda média *per capita* entre R\$ 1.150,01 e R\$ 1.680,00, assistindo 24.590 mil habitantes (28,3%) e com 73 pontos, em 2 municípios (0,1%), com renda média *per capita* entre R\$ 1.680,01 e R\$ 2.210,00, atendendo 659 mil habitantes (0,8%).

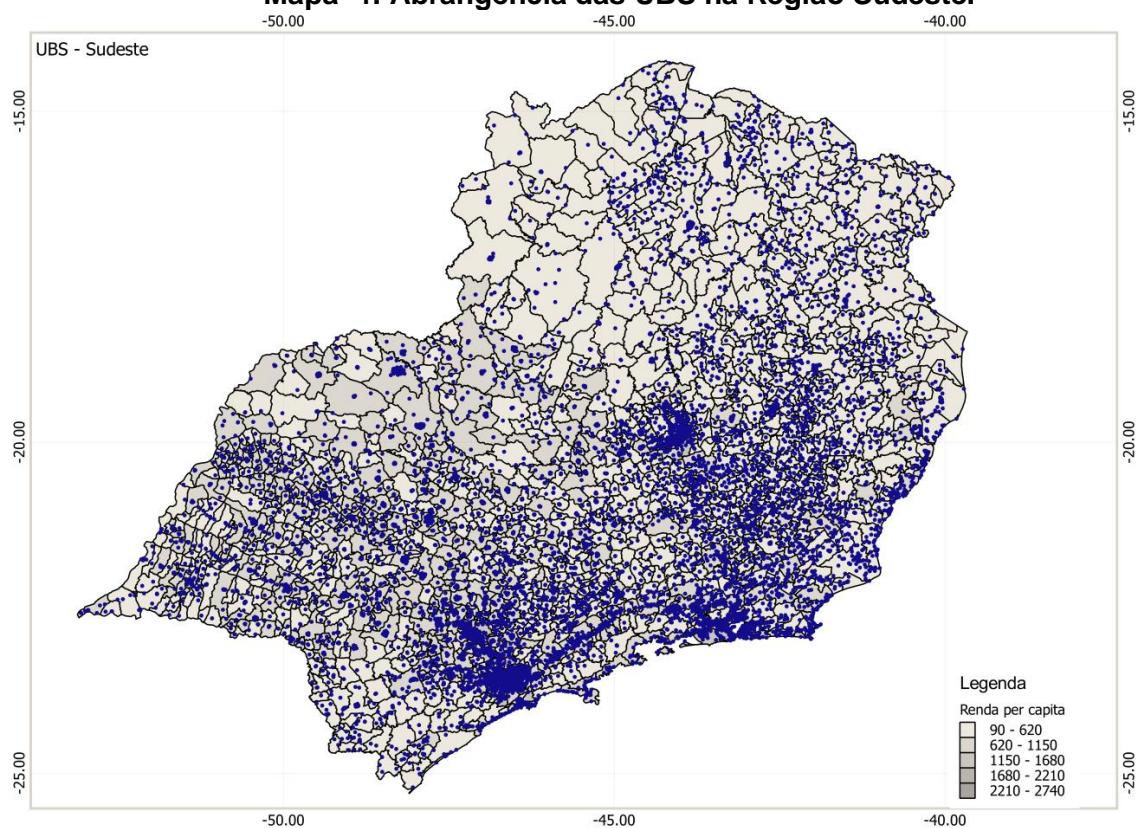
Na região, existem 210 municípios (12,6%) nos quais não foi realizado credenciamento de estabelecimento privados pelo Ministério da Saúde, deixando, assim, de assistir 7.274 mil habitantes (8,4%).

Já as UBS tem sua maior presença quantitativa (6.080 unidades) em 1.182 municípios (71,0%), possuindo esses, uma renda média *per capita* entre R\$ 90,00 a R\$ 620,00 e abarcando 28.178 mil habitantes (32,4%); (ii) com 4.505 unidades em 463 municípios (27,8%), com renda média *per capita* entre R\$ 620,01 e R\$ 1.150,00, assistindo a 33.345 mil habitantes (38,4%); (iii) com 977 unidades, em 14 municípios (0,8%), com renda média *per capita* entre R\$ 1.150,01 e R\$ 1.680,00, atendendo 24.687 mil habitantes (28,4%) e (iv) com 51 pontos, em 2 municípios (0,1%), com renda média *per capita* entre R\$ 1.680,01 e R\$ 2.210,00, abarcando 658 mil habitantes (0,8%).

Pode-se perceber que no Sudeste, a atenção do PFPB/RC é irrelevante nas faixas de renda *per capita* acima de R\$ 620,00, enquanto que a atenção por meio das UBS se mostra menos efetiva nos municípios acima de R\$ 1.150,00. Esses resultados denotam uma maior preocupação das UBS com o atendimento das populações com menores rendas *per capita*.

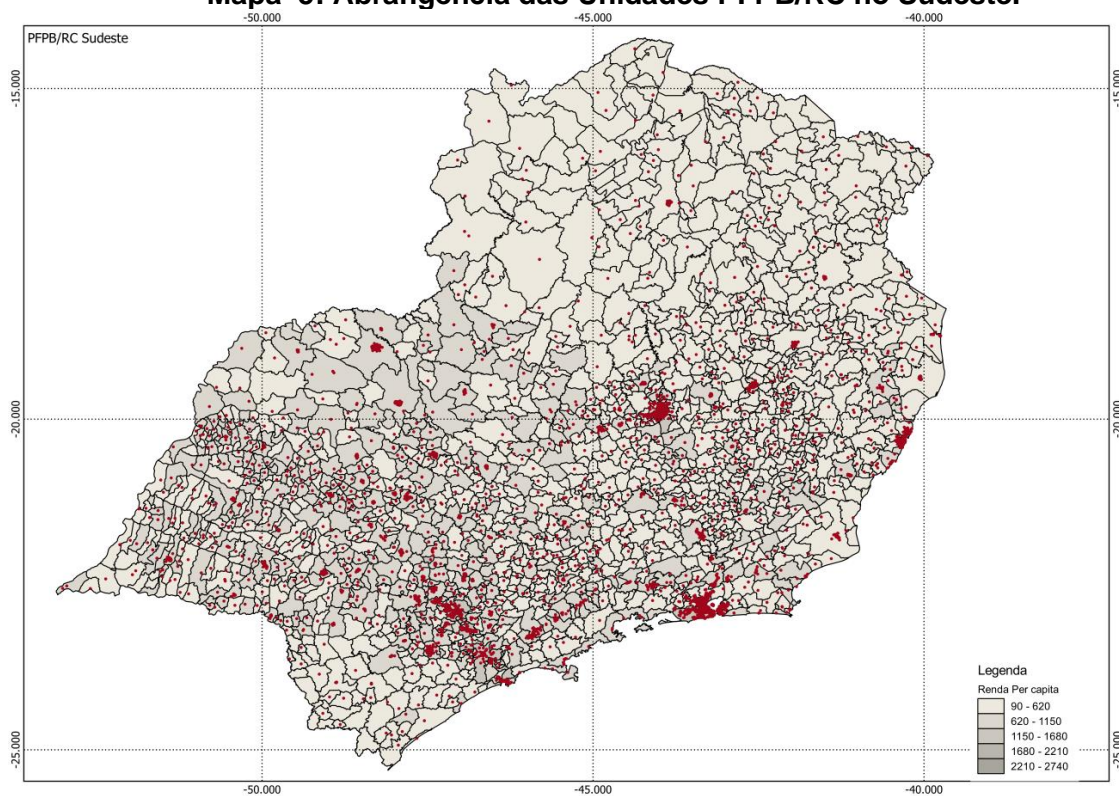
Na região Sudeste, quatro municípios (0,2%) não possuem nem UBS, nem unidades do PFPB/RC, conseqüentemente, 28.251 mil habitantes não acessam esses Programas. A observação do mapa da região Sudeste permite a detectar as áreas de concentração, que no caso, são as cidades do Rio de Janeiro, São Paulo, Vitória, Minas Gerais e em municípios vizinhos, Mapas 4 e 5.

Mapa 4: Abrangência das UBS na Região Sudeste.



Fonte: Elaboração própria com base em dados do IBGE (2018), PBDA (2018) e Forest-Gis (2018).

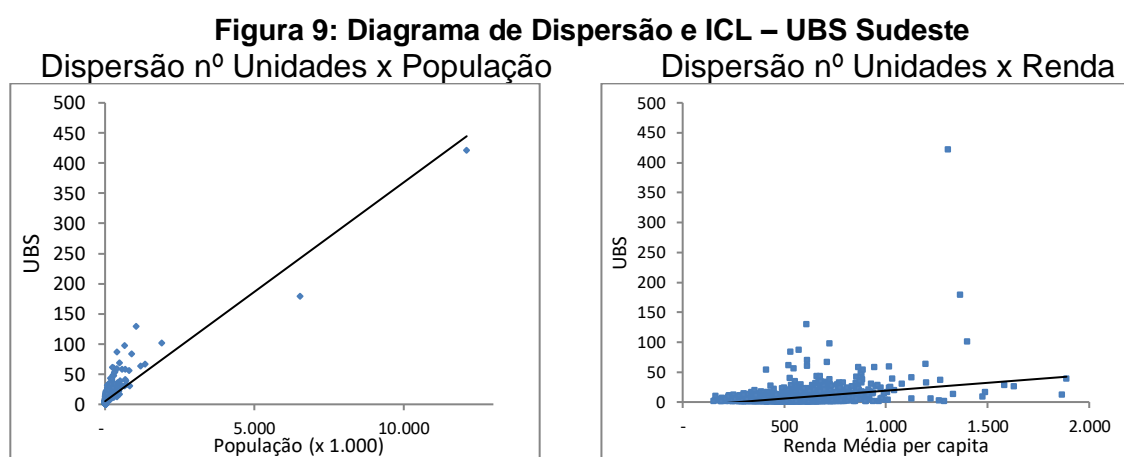
Mapa 5: Abrangência das Unidades PFPB/RC no Sudeste.



Fonte: Elaboração própria com base em dados do IBGE (2018), PBDA (2018) e Forest-Gis (2018).

A rede do PFPB/RC possui no Sudeste sua maior concentração de estabelecimentos (13.959), em 1.659 municípios, assistindo uma população maior (86.857 mil hab), sendo essa região a que possui a segunda maior renda média *per capita* (R\$ 1.396,88) do país, sendo o Sul a região com a segunda maior rede (10.150) e a região com a terceira maior renda *per capita* do país de R\$ 1.280,51 (IBGE, 2010).

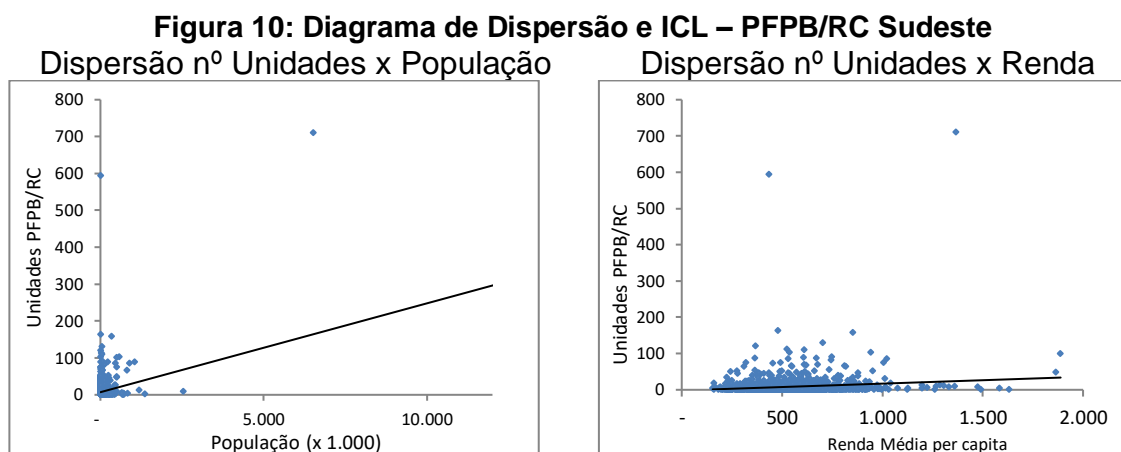
A relação, no Sudeste, entre UBS, população e renda média *per capita* no Sudeste será apresentada a seguir através do diagrama de dispersão e no Índice de Correlação Linear na Figura 9.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE (população/2017), DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (UBS e PFPB/RC).

A dispersão da relação entre o número de unidades e população é positiva, com um índice de correlação linear de 0,8826, significando uma forte relação entre essas variáveis. A dispersão entre o número de unidades e renda média *per capita*, também é positiva, mas, com um índice de correlação de 0,3345, indicando existir uma fraca relação entre as variáveis.

A mesma relação, no Sudeste, entre unidades do PFPB/RC, população e renda média *per capita* do Sudeste, será mostrada no diagrama de dispersão e no ICL na Figura 10.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE (população/2017), DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (UBS e PFPB/RC).

A dispersão da relação entre o número de unidades e população é positiva, com um índice de correlação linear de 0,3237, indicando haver uma relação fraca entre essas variáveis. A dispersão entre o número de unidades e renda média *per capita*, também é positiva, com um índice de correlação de 0,1328, sendo, também, uma fraca relação entre as variáveis.

Esses resultados mostram que para a região Sudeste as UBS possuem forte correlação da densidade populacional quanto sua instalação e fraca relação com relação com a renda média *per capita*, seguindo assim o entendimento da prestação do serviço público. Já com relação à rede de estabelecimentos do PFPB/RC a relação foi baixa em relação à densidade populacional e mais baixa ainda em relação à renda média *per capita* da população, o que pode ser considerado como um resultado contra intuitivo. Porém, verifica-se que 12,6% dos municípios (Tabela 17), com população e renda não possuem estabelecimentos do PFPB/RC, reduzindo o índice dessa correlação.

5.5 Distribuição Territorial – mesorregiões do estado do Rio de Janeiro.

O ERJ é composto por 92 municípios, divididos em seis mesorregiões, com uma população total estimada de 16.720 mil (IBGE, 2017), distribuídos em 43.780 mil km², significando uma densidade demográfica de 365,2 hab/m², seu território detém a segunda renda média *per capita* do país, sendo essa de R\$ 1.396,88 (IBGE, 2010). É um estado de significativa heterogeneidade populacional e de renda *per capita* entre seus municípios. A região possui uma rede de provisionamento de medicamentos

básicos e essenciais com 1.825 UBS e 1.897 estabelecimentos credenciados pelo PFPB/RC.

Nessa seção será apresentada a disposição territorial e suas relações no nível das mesorregiões do ERJ, de modo a proporcionar a observação em seu grau regional.

5.3.1 Distribuição das Unidades Básicas de Saúde

Na Tabela 18, apresenta-se, por mesorregião do ERJ, a presença da AF, via UBS e PFPB/RC, nos municípios, em relação à população residente e quantitativa de estabelecimentos de dispensação.

Tabela 18: PFPB/RC e UBS nas mesorregiões do estado do Rio de Janeiro

Faixas de Renda média <i>per capita</i> por mesorregião	90,00 a 620,00		620,01 a 1.150,00		1.150,01 a 1.680,00		1.680,01 a 2.210,00		Total	
	Unid.	%	Unid.	%	Unid.	%	Unid.	%	Unid.	
Σ Municípios	Total	59	64,1%	31	33,7%	1	1,1%	1	1,1%	92
	Baixadas	4	4,3%	6	6,5%	-	0,0%	-	0,0%	10
	Centro	12	13,0%	4	4,3%	-	0,0%	-	0,0%	16
	Metropolitana	20	21,7%	8	8,7%	1	1,1%	1	1,1%	30
	Noroeste	9	9,8%	4	4,3%	-	0,0%	-	0,0%	13
	Norte	8	8,7%	1	1,1%	-	0,0%	-	0,0%	9
	Sul	6	6,5%	8	8,7%	-	0,0%	-	0,0%	14
Σ População (mil)	Total	6.551	39,2%	3.145	18,8%	6.520	39,0%	499	3,0%	16.715
	Baixadas	333	2,0%	487	2,9%	-	0,0%	-	0,0%	820
	Centro	187	1,1%	305	1,8%	-	0,0%	-	0,0%	492
	Metropolitana	5.108	30,6%	907	5,4%	6.520	39,0%	499	3,0%	13.034
	Noroeste	133	0,8%	192	1,1%	-	0,0%	-	0,0%	325
	Norte	678	4,1%	244	1,5%	-	0,0%	-	0,0%	922
	Sul	112	0,7%	1.010	6,0%	-	0,0%	-	0,0%	1.122
Nº PFPB/RC	Total	660	34,8%	427	22,5%	710	37,4%	100	5,3%	1.897
	Baixadas	41	2,2%	54	2,8%	-	0,0%	-	0,0%	95
	Centro	39	2,1%	46	2,4%	-	0,0%	-	0,0%	85
	Metropolitana	440	23,2%	123	6,5%	710	37,4%	100	5,3%	1.373
	Noroeste	46	2,4%	71	3,7%	-	0,0%	-	0,0%	117
	Norte	83	4,4%	16	0,8%	-	0,0%	-	0,0%	99
	Sul	11	0,6%	117	6,2%	-	0,0%	-	0,0%	128
Nº UBS	Total	993	54,4%	614	33,6%	179	9,8%	39	2,1%	1.825
	Baixadas	64	3,5%	75	4,1%	-	0,0%	-	0,0%	139
	Centro	110	6,0%	56	3,1%	-	0,0%	-	0,0%	166
	Metropolitana	570	31,2%	151	8,3%	179	9,8%	39	2,1%	939
	Noroeste	58	3,2%	67	3,7%	-	0,0%	-	0,0%	125
	Norte	145	7,9%	37	2,0%	-	0,0%	-	0,0%	182
	Sul	46	2,5%	228	12,5%	-	0,0%	-	0,0%	274

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE (população/2017), DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (PFPB/UBS/2018).

Percebe-se, na Tabela 18, que 59 municípios (64,1%) das mesorregiões do ERJ posicionam-se na faixa de renda *per capita* média da região mais baixa, sendo a mesorregião Metropolitana a que detém o maior número de municípios, com 20 municípios (21,7%) e 5.108 mil habitantes (30,6%).

As unidades do PFPB/RC possuem maior quantitativo de estabelecimentos nos municípios com renda *per capita* da mesorregião entre R\$ 1.150,01 e R\$1.680,00, com 710 unidades (37,3%). Nessa faixa de renda, as unidades do PFPB/RC concentram-se na mesorregião Metropolitana. O segundo maior nível de estabelecimentos credenciados é percebido nos municípios com renda *per capita* média por mesorregião entre R\$ 620,00 e R\$1.150,00 com 660 unidades (34,7%). A maior concentração ocorre na mesorregião Metropolitana com 440 unidades (23,2%).

Já as UBS encontram-se em maior número nos municípios com renda *per capita* média por mesorregião entre R\$ 620,00 e R\$1.150,00, com 993 estabelecimentos credenciados (54,4%). Em segundo lugar está a faixa de R\$ 1.150,01 e R\$1.680,00, com 614 UBS (33,6%).

A mesorregião Metropolitana é a que possui o maior contingente de estabelecimentos credenciados do PFPB/RC, com 1.373 farmácias (72,4%) de dispensação e também de UBS, com 939 unidades (51,5%).

A segmentação das UBS nos municípios da mesorregião do ERJ pode ser verificada na Tabela 19:

Tabela 19: Relação População e UBS por mesorregião do estado do Rio de Janeiro

Mesorregião	Municípios		Unidades (2018)		% Pop.	Renda Média <i>per capita</i> (R\$)
	Com UBS		UBS	% Total		
Baixadas	10	10,9%	139	7,6%	4,9%	625,55
Centro	16	17,4%	166	9,1%	2,9%	567,02
Metropolitana	30	32,6%	939	51,5%	78,0%	643,62
Noroeste	13	14,1%	125	6,8%	1,9%	546,61
Norte	9	9,8%	182	10,0%	5,5%	550,28
Sul	14	15,2%	274	15,0%	6,7%	636,04
Total	92	100,0%	1.825	100,0%	100,0%	-

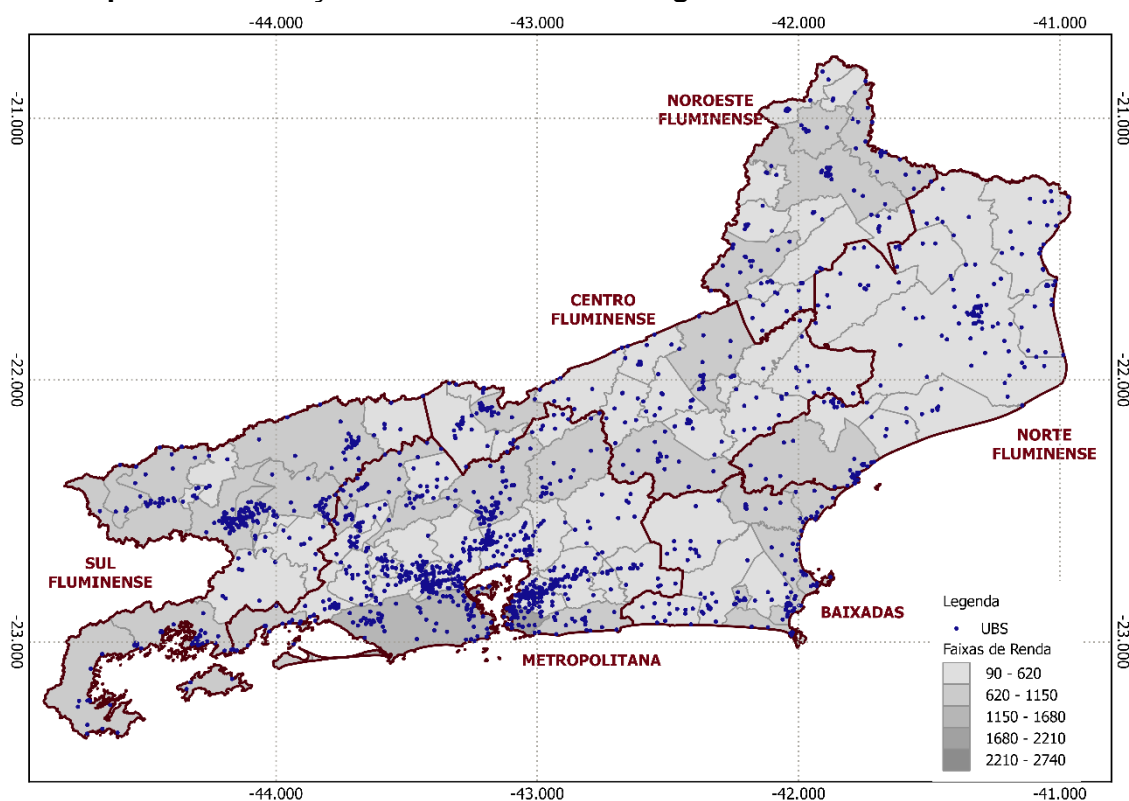
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE (população e municípios/2017), DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (PFPB/UBS/2018).

Todos os municípios que compõem as mesorregiões do ERJ possuem UBS, a maior proporção de unidades se encontra na mesorregião Metropolitana com 939 estabelecimentos (51,5%), atendendo a 13.034 mil hab. (78,0%). Essa mesorregião é

a que possui a renda média *per capita* mais elevada no ERJ. Em seguida percebe-se a mesorregião Sul, com 274 UBS (15,0%), assistindo a uma população de 1.122 mil hab. (6,7%), significando uma razão de 4.095 hab/UBS. As outras quatro mesorregiões absorvem 612 UBS (33,5%), voltadas para a atenção de 2.562 mil hab (15,3%).

A mesorregião Metropolitana apresenta a maior relação de disponibilidade de UBS por habitante no ERJ, sendo, conseqüentemente, a pior relação com 13.881 hab/UBS, seguida pela mesorregião das Baixadas com 5.904 hab/UBS, sendo a mesorregião Noroeste a que possui a melhor relação habitante por UBS com 2.606 hab/UBS. A dispersão das UBS nas mesorregiões do ERJ pode ser observada no Mapa 6.

Mapa 6: Distribuição das UBS nas Mesorregiões do estado do Rio de Janeiro



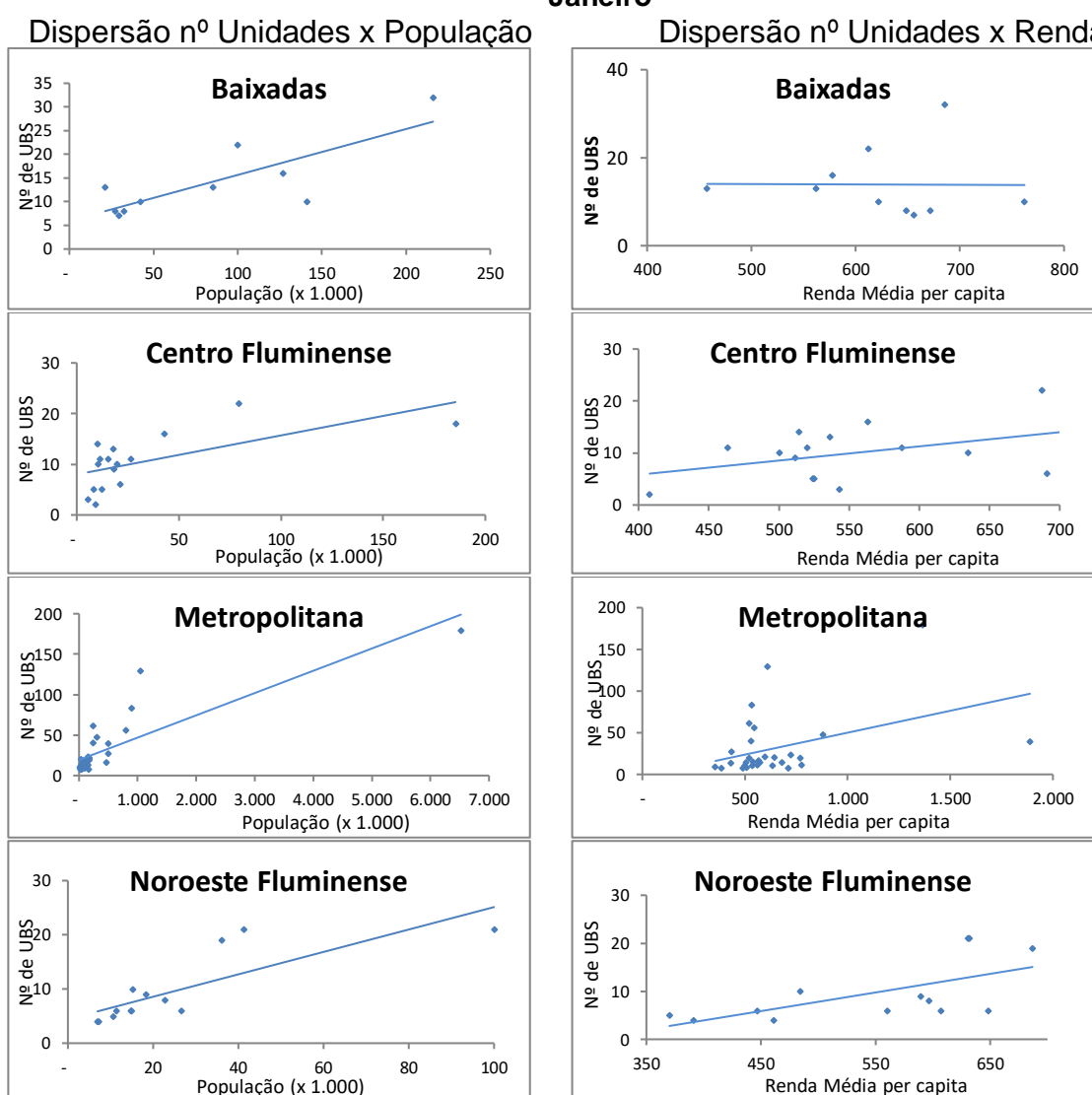
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE (2017), PBDA (2018) e Forest-Gis (2018).

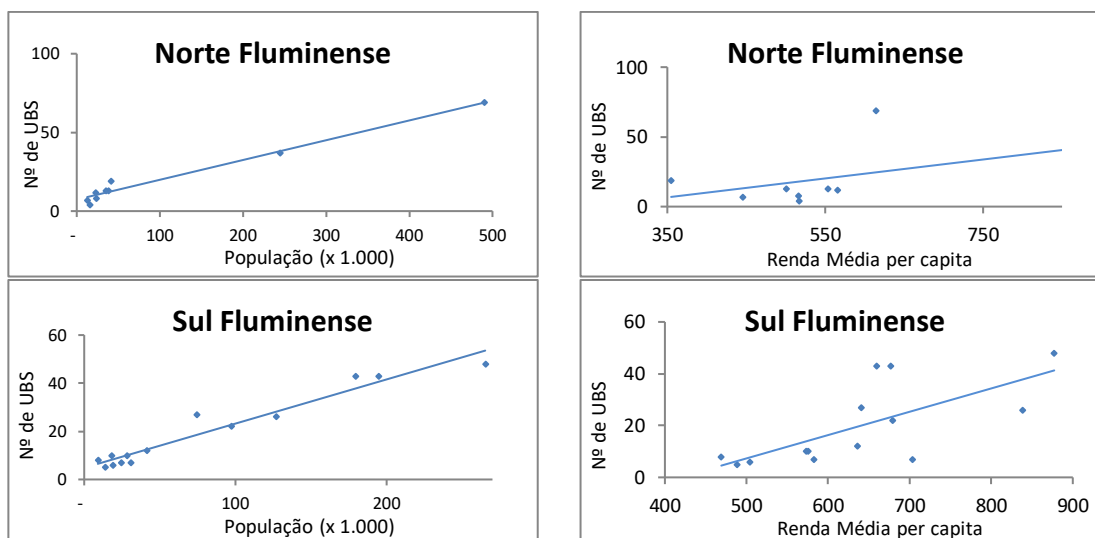
Com a observação do Mapa 6, pode-se visualizar algumas concentrações de UBS no território do ERJ. No Noroeste do estado a concentração ocorre no município de Itaperuna (21), Santo Antônio de Pádua (21) e Bom Jesus do Itabapoana (19). No Norte Fluminense essa está em Campos dos Goytacazes (69), Macaé (37) e São Francisco de Itabapoana (19).

No Centro Fluminense, com menos intensidade, a centralização ocorre nos municípios de Três Rios (22) e Nova Friburgo (18), nas Baixadas em Cabo Frio (32), São Pedro da Aldeia (22) e Araruama (16). Na mesorregião Metropolitana no Rio de Janeiro (179), São Gonçalo (129) e Duque de Caxias (83). Já na mesorregião Sul Fluminense a concentração ocorre em Volta Redonda (48), Barra Mansa (43) e Angra dos Reis (43).

A relação entre o número de UBS, a população e a renda média *per capita* da mesorregião do ERJ podem ser observadas na Figura 11.

Figura 11: Diagramas de Dispersão – UBS – Mesorregiões do estado do Rio de Janeiro





Fonte: Elaboração Própria com base nos dados do IBGE (população/2017), DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (UBS e PFPB/RC).

Nos gráficos acima, o eixo de “x” é dado pela população e pela renda média *per capita* e o eixo de “y” pelo número de UBS na referida mesorregião. Com relação à classificação a ser auferida na correlação entre quantidade de UBS x população x renda média *per capita* das mesorregiões do ERJ, com base nos diagramas de dispersão, com exceção da correlação entre unidades e renda média *per capita* da mesorregião das Baixadas, todas as demais correlações são positivas. Essa condição, assim como suas intensidades, poderá ser ratificada com o cálculo do ICL.

A Tabela 20 apresenta o Índice de Correlação Linear relacionando as UBS do ERJ com: (i) a população e (ii) a renda média *per capita*.

Tabela 20: Índice de Correlação Linear das UBS por mesorregiões do estado do Rio de Janeiro

Correlação Nº Unidades	População		Renda Média <i>per capita</i>	
Baixas	0,8017	Positiva Forte	-0,0088	Negativa Ínfima
Centro Fluminense	0,6325	Positiva Moderada	0,5315	Positiva Moderada
Metropolitana	0,8422	Positiva Forte	0,4077	Positiva Fraca
Noroeste Fluminense	0,8068	Positiva Forte	0,6309	Positiva Moderada
Norte Fluminense	0,9874	Positiva Forte	0,4774	Positiva Fraca
Sul Fluminense	0,9712	Positiva Forte	0,6965	Positiva Moderada

Fonte: Elaboração própria com dados do IBGE (população/2017), DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (UBS/2018).

Na mesorregião das Baixadas, a relação existente na dispersão entre o número de UBS e população é positiva, com um índice de correlação de 0,8017, sendo uma forte relação entre as variáveis. Já a dispersão apresentada entre o número de UBS e renda média *per capita*, é negativa, com um índice de correlação de -0,0088, possuindo uma relação ínfima.

A mesorregião Centro Fluminense, possui em sua relação entre o número de UBS e população um índice, positivo, de correlação de 0,6325, ou seja, uma relação moderada entre as variáveis. Já a dispersão apresentada entre o número de UBS e renda média *per capita*, é positiva, com um índice de correlação moderado de 0,5315.

A mesorregião Metropolitana apresenta uma correlação entre número de UBS e população positiva de 0,8422, classificada como forte, enquanto que, a correlação entre o número de UBS e renda média *per capita*, é positiva, de 0,4077, ou seja, categorizada como uma correlação de fraca intensidade.

A mesorregião Noroeste tem uma correlação forte entre número de UBS e população positiva de 0,8068 e uma correlação moderada entre o número de UBS e renda média *per capita* de 0,6309.

O Norte Fluminense mostra-se com um índice de correlação de 0,9874 na dispersão entre o número de UBS e população positiva, sendo uma forte relação entre as variáveis e a mais elevada entre as mesorregiões do ERJ. Quanto à dispersão entre o número de UBS e renda média *per capita*, essa também é positiva, com um índice de correlação fraco de 0,4774.

Por último, a mesorregião Sul Fluminense tem a segunda maior correlação forte, no ERJ, entre número de UBS e população positiva de 0,9712 e uma correlação moderada entre o número de UBS e renda média *per capita* de 0,6965.

Nas seis mesorregiões percebe-se uma significativa correlação entre o número de UBS e população residente, excetuando-se o Centro Fluminense, com uma forte correlação entre essas variáveis. Quanto à relação entre número de UBS e renda média *per capita*, as mesorregiões posicionam-se como tendo uma correlação ínfima, fraca e moderada.

5.3.2 Distribuição das unidades PFPB/RC

Na Tabela 21 apresenta a distribuição das unidades do PFPB/RC (2018) nas mesorregiões do ERJ:

Tabela 21: Relação População e PFPB/RC por mesorregião do estado do Rio de Janeiro

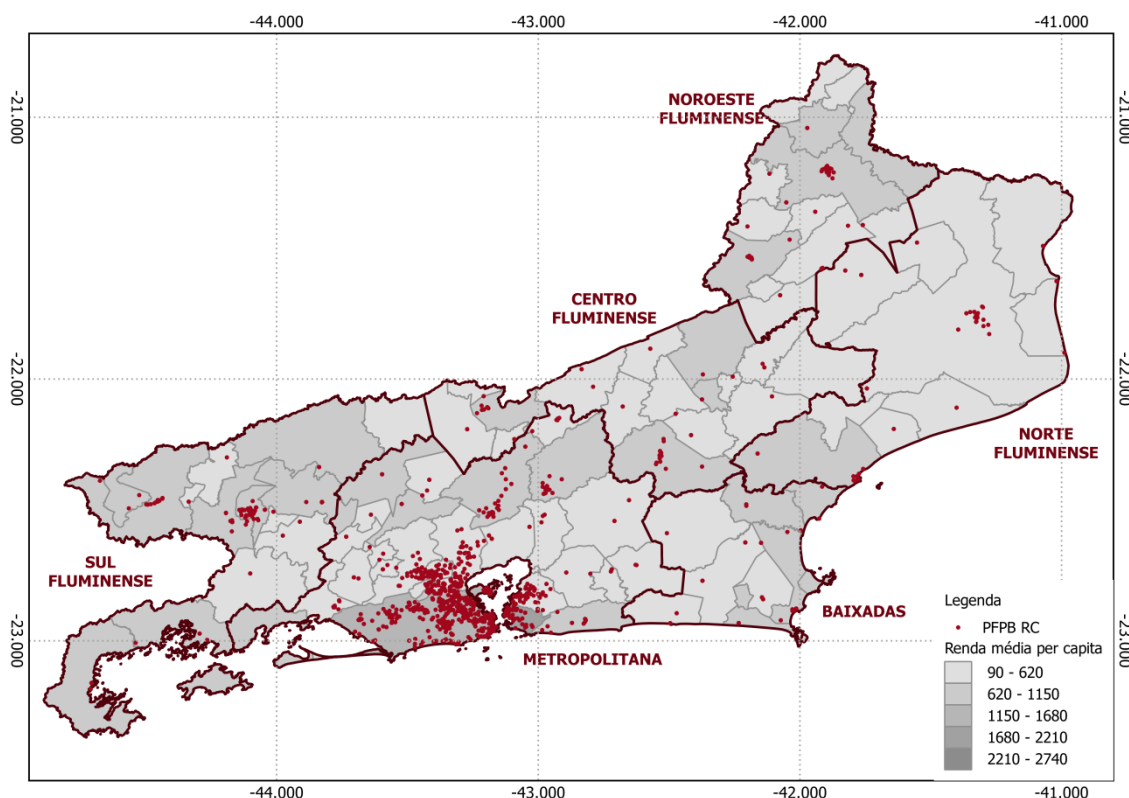
Mesorregião	Municípios				Unidades (2018)		% Pop.	Renda Média <i>per capita</i> (R\$)	
	Sem PFPB/RC	Com PFPB/RC	Total	Unid.	% Total				
Baixadas	0	0,0%	10	11,1%	10	95	5,0%	4,9%	625,55
Centro	0	0,0%	16	17,8%	16	85	4,5%	2,9%	567,02
Metropolitana	1	50,0%	29	32,2%	30	1.373	72,4%	78,0%	643,62
Noroeste	0	0,0%	13	14,4%	13	117	6,2%	1,9%	546,61
Norte	0	0,0%	9	10,0%	9	99	5,2%	5,5%	550,28
Sul	1	50,0%	13	14,4%	14	128	6,7%	6,7%	636,04
Total	2	100,0%	90	100,0%	92	1.897	100,0%	100,0%	-

Fonte: Elaboração própria com dados do IBGE (população e municípios/2017), DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (PFPB/2018).

Com exceção de dois municípios, que compõem as mesorregiões do ERJ, todos os demais municípios possuem estabelecimentos credenciados do PFPB/RC, que se distribuem com 1.897 unidades em 90 municípios, sendo a maior quantidade percebida na mesorregião Metropolitana com 1.373 estabelecimentos (72,4%), atendendo a 13.034 mil hab. (78,0%). Em seguida, percebe-se a mesorregião Sul, com 128 unidades do PFPB/RC (6,7%), atendendo uma população de 1.122 mil hab. (6,7%), com uma razão de 8.767 hab/unidade. As outras quatro mesorregiões totalizam 396 unidades do PFPB/RC (20,9%), voltadas para a atenção de 2.562 mil hab. (15,3%).

Apesar de a mesorregião Metropolitana apresentar o maior número de unidades do PFPB/RC, essa região é a que apresenta a menor relação população/unidades, com uma proporção de 9.494 hab/unidade, devido, basicamente, a sua elevada densidade populacional. A mesorregião Noroeste, por sua vez, é a que possui a menor relação hab/unidade, com 2.784 hab/unidade. A dispersão das unidades do PFPB/RC nas mesorregiões do ERJ pode ser observada no Mapa 7.

Mapa 7: Distribuição das unidades do PFPB/RC nas Mesorregiões do estado do Rio de Janeiro



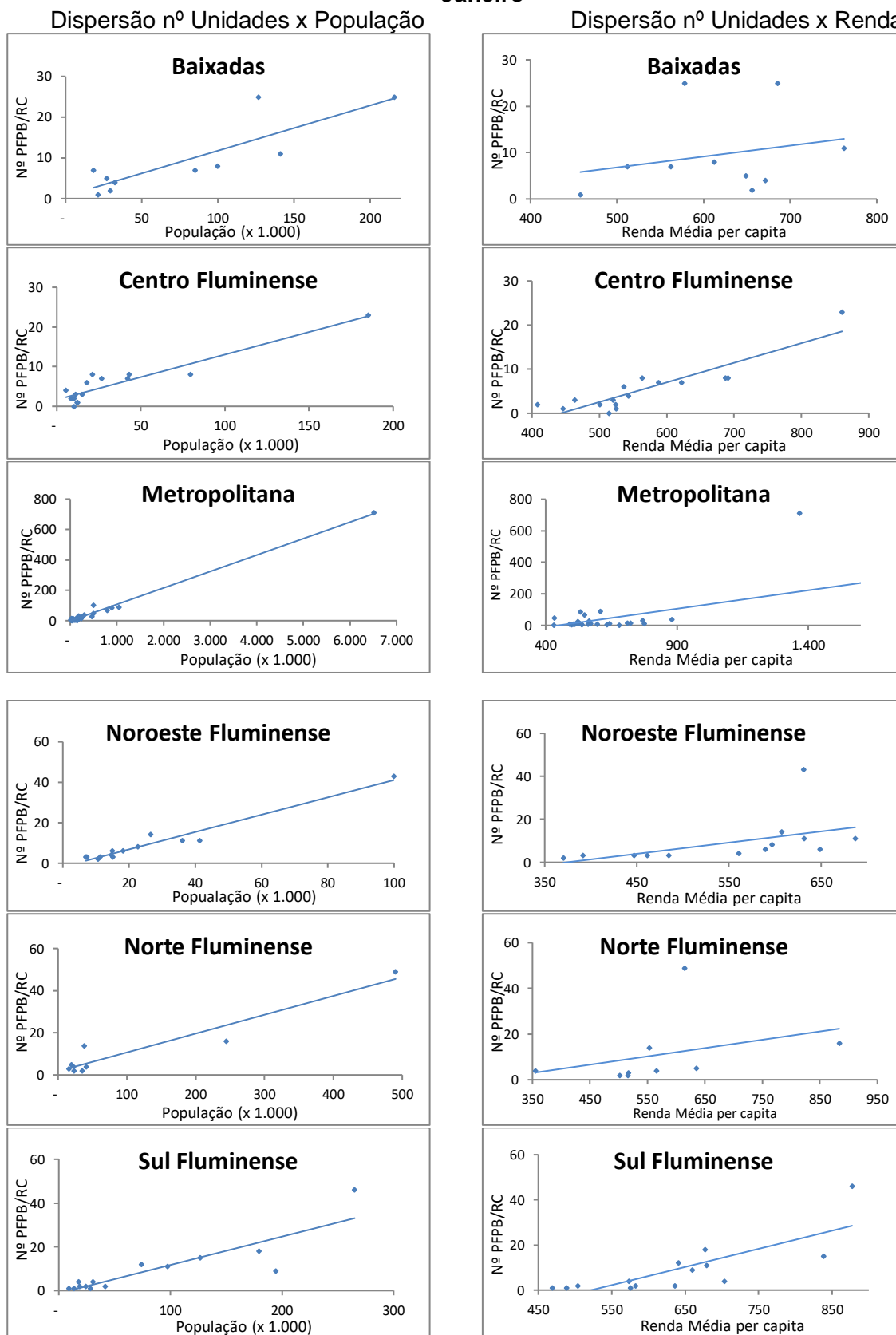
Fonte: IBGE (2017), PBDA (2018) e Forest-Gis (2018) – Elaboração Própria.

O PFPB/RC também promove um considerável nível de concentração dos estabelecimentos no território do ERJ. Na mesorregião do Noroeste do estado a concentração ocorre no município de Itaperuna (43), Miracema (14) e Bom Jesus do Itabapoana e Santo Antônio de Pádua (11). No Norte Fluminense essa está em Campos dos Goytacazes (49), Macaé (16) e São Fidélis (14).

No Centro Fluminense, com menos intensidade, a centralização ocorre no município de Nova Friburgo (23) Na mesorregião Metropolitana no Rio de Janeiro (710), Niterói (100) e São Gonçalo (88). Já na mesorregião Sul Fluminense a concentração ocorre em Volta Redonda (46), Barra Mansa (18) e Resende (15).

A relação entre o número de UBS, a população e a renda média *per capita* da mesorregião do ERJ podem ser observadas no diagrama de dispersão na Figura 12, considerando que o eixo de “x” é dado pela população e pela renda média *per capita* e o eixo de “y” pelo número de UBS na referida mesorregião.

Figura 12: Diagramas de Dispersão - PFPB/RC – mesorregiões do estado do Rio de Janeiro



Fonte: Elaboração própria com dados do IBGE (população/2017 e renda/2010) e Ministério da Saúde (UBS e PFPB/RC).

Com relação à classificação a ser auferida na correlação entre quantidade de estabelecimentos do PFPB/RC x população x renda média *per capita* das mesorregiões do ERJ, com base nos diagramas de dispersão, verifica-se que todas as correlações são positivas. Essa condição poderá ser ratificada com o cálculo do ICL, assim como sua intensidade.

A Tabela 22 apresenta o Índice de Correlação Linear relacionando os estabelecimentos do PFPB/RC no ERJ com: (i) a população e (ii) a renda média *per capita*.

Tabela 22: Índice de Correlação Linear do PFPB/RC por mesorregiões do estado do Rio de Janeiro

Correlação N° Unidades	População		Renda Média <i>per capita</i>	
	Baixadas	0,8515	Positiva Forte	0,2429
Centro Fluminense	0,9347	Positiva Forte	0,8983	Positiva Forte
Metropolitana	0,9949	Positiva Forte	0,5446	Positiva Moderada
Noroeste Fluminense	0,9765	Positiva Forte	0,4949	Positiva Fraca
Norte Fluminense	0,9543	Positiva Forte	0,3407	Positiva Fraca
Sul Fluminense	0,8763	Positiva Forte	0,7956	Positiva Moderada

Fonte: Elaboração própria com dados do IBGE (população/2017), DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (PFPB/2018).

Todas as regiões possuem uma correlação entre o número de estabelecimentos credenciados e população positiva e maior que 0,8515, o que as classifica como sendo de forte relação entre as variáveis.

Já a dispersão apresentada entre o número de PFPB/RC e renda média *per capita*, é positiva, com um índice de correlação maior que 0,2429, possuindo uma correlação fraca entre os fatores, para as regiões Baixadas, Noroeste Fluminense e Sul Fluminense.

Quanto à correlação entre número de estabelecimentos credenciados e a renda em todas as regiões ela é também positiva, mas somente positiva forte para a região Centro Fluminense, positiva moderada para as regiões Metropolitana e Sul Fluminense e positiva fraca para Baixadas, Noroeste Fluminense e Norte Fluminense.

Capítulo 6 – Principais Aspectos das Entrevistas

Nesse capítulo serão apresentados os principais aspectos apontados nas entrevistas realizadas com agentes envolvidos na formulação, implementação, acompanhamento e estudo do PFPB com os quais foi possível o contato e que se dispuseram a realizar uma entrevista.

O escopo das entrevistas limita-se a agentes que tenham composto a equipe de formulação do PFPB e assim atuaram (i) no Ministério da Saúde, mais especificamente, na Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE ou na Diretoria de Assistência Farmacêutica - DAF, (ii) na Fiocruz, (iii) em Secretarias municipais de Saúde e (iv) em instituições profissionais de associações de farmácias, conforme apresentado na Metodologia.

A forma de apresentação das entrevistas foi organizada por quatro temas: (i) formulação do programa, (ii) operação e manutenção dos programas, (iii) avaliação das entrevistas e (iv) conflitos indetificados pelo autor. Em cada tema foram contrapostos as diferentes visões dos entrevistados. Cada um desses temas constituem as quatro seções deste Capítulo.

Essas entrevistas seguiram o formato semiestruturado, tendo sido aberto o livre posicionamento dos entrevistados, a partir do seguinte questionamento inicial: *“Você poderia fazer uma exposição a respeito de sua experiência com o PFPB, abordando sua concepção, implantação, pesquisa, assim como seu contexto atual? Considerando sua experiência com o referido programa.”*. Podendo expor as questões que julgassem mais relevantes, possibilitando assim a obtenção de informações de maior significância do ponto de vista do entrevistado e a partir daí, havendo necessidade, a formulação de questionamentos do entrevistador.

6.1 Formulação do Programa

O contexto de formulação do PFPB foi precedido de um processo eleitoral para o cargo de Presidente da República para o período de 2003/2006, que por sua vez, é antecedido por uma campanha política, na qual, o então candidato Luiz Ignácio Lula da Silva, propõe a criação de um programa de AF aos moldes do existente no estado de Pernambuco, operacionalizado pelo Laboratório Farmacêutico do estado de

Pernambuco – LAFEPE, devendo a política, ser implementada pelo governo Federal e operacionalizada somente através da estrutura pública, ou seja, sem participação da iniciativa privada, e assim se tornar uma marca de seu governo⁶⁸.

Nessa ocasião perdurava o diagnóstico de crise na AF, mesmo com a existência do piso de atenção farmacêutica básica com a avaliação de que a AF não estava funcionando adequadamente. Além disso, já se havia sido identificado que os pequenos municípios, que apesar de terem menos habitantes, possuíam recursos financeiros e humanos reduzidos para adquirir descentralizadamente, com ganho de escala, os medicamentos básicos e essenciais. Em outro sentido, os grandes municípios, na maioria dos casos, se desvincularam dos Programas centrais e implementaram seus próprios Programas de AF, fazendo suas próprias aquisições e dispensações⁶⁹.

Após o pleito eleitoral, com o presidente Luiz Ignácio Lula da Silva empossado em janeiro de 2003, foi constituída uma equipe de transição de governo, que realizou um mapeamento sobre diversas questões, e especificamente relativo à AF, foi realizado um levantamento quanto o acesso da população a medicamentos pelo SUS. Essa equipe então propôs, inicialmente, a criação da Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE, dentro do Ministério da Saúde, pois havia o entendimento de que as questões de medicamentos tinham proximidade com Ciência e Tecnologia e posteriormente, dentro dessa secretaria, foi criado o DAF. Essa equipe identificou, nesse levantamento (2002), a existência de vinte e três programas distintos de AF, espalhados em diferentes áreas da saúde, com sobreposição de uso de medicamentos e com diferentes dotações orçamentárias, significando a ausência de articulação nas definições estratégicas quanto à aquisição e/ou distribuição de medicamentos, resultando em um cenário fragmentado de ações voltadas para AF, assim, foi sugerida unificação desses programas⁷⁰.

O grupo de profissionais que compuseram a equipe de formulação do PFPB caracteriza-se pela formação acadêmica Farmacêutica e pela longa vivência nessa área, acompanhando e estudando as políticas de AF, assim sendo ciente das ações

⁶⁸ Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019), Jamaira Giora (05/Agosto/2019), Hayne Felipe (17/Maio/2019) e Rondinelli Mendes Silva (07/Agosto/2019).

⁶⁹ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

⁷⁰ Entrevista realizada com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

já implementadas, suas falhas e oportunidades, proporcionando condições para que, com base na prática passada, formulassem uma nova política, compondo mais uma etapa da evolução na formulação da AF, essa alinhada ao contexto institucional e histórico, conforme o entendimento do neoinstitucionalismo histórico.

Nesse contexto, é evidente a vinculação da implementação de uma nova Política Pública com a decisão institucional do governante, no sentido de criar-se um programa específico, com a chancela de seu governo, superando o racional técnico que propunha melhorias na Política Pública já existente e promovida através da rede pública já instalada.

A construção do PFPB pautou-se no argumento quanto à necessidade de atender pessoas que utilizavam serviços privados, nos serviços de atenção básica nas Santas Casas, no setor filantrópico e em pequenas clínicas, decorrente das deficiências de dispensação no SUS⁷¹.

A concepção inicial do PFPB consistia na dispensação de medicamentos básicos e essenciais com uma parcela de desembolso por parte do usuário. Esse foi um problema na formulação do programa, pois para a base política do governo empossado, essa questão contrariava o princípio básico da gratuidade da AF, que inclusive existia no SUS devido ao princípio da equidade. Aceitava-se no máximo a distribuição com custo simbólico aos moldes de programas sociais vigentes à época, como o “*restaurante a R\$ 1,00*”, sendo o pleito oriundo dos grupos de defesa social que a AF também seguisse o mesmo modelo. Porém, havia a justificativa para sustentação da proposta do pagamento parcial pelo usuário baseada no argumento de que o Estado não suportaria realizar o financiamento total do programa, argumento esse complementado pela defesa quanto à viabilização do acesso ao medicamento⁷².

A primeira fase do PFPB, composto pelas unidades próprias, em 2004, e gerenciada pela Fiocruz, foi implementada com a cobrança do usuário de um valor definido pelo DAF, denominado “coparticipação”, e na segunda fase, com as farmácias privadas credenciadas, em 2006, com o desembolso de parcela (10%) do preço de referência do medicamento definido como copagamento⁷³.

⁷¹ Entrevista realizada com Vera Lucia Luiza (25/Julho/2019).

⁷² Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

⁷³ Entrevista realizada com Vera Lucia Luiza (25/Julho/2019).

No caso do PFPB/RC, Mussolini (2017) expõe que o copagamento é também um regulador de preços, visto que, na medida em que o valor do medicamento a ser adquirido pelo consumidor aumenta, isso faz com que esse troque de marca do medicamento, buscando um mais barato para não ter que arcar com aumento de desembolso.

A promoção do PFPB, por parte do governo Luiz Ignácio Lula da Silva, já durante a campanha eleitoral, tem como uma das justificativas o fato de que o seu principal candidato opositor nas eleições para Presidente da República era José Serra, que então ocupava o cargo de Ministro da Saúde do Governo Fernando Henrique Cardoso e que caracterizava-se por ações já instituídas no setor da saúde, tais como: a implementação do programa de combate à Síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS, a instituição da lei dos medicamentos genéricos, promoção da regulamentação da lei das patentes no setor, a promoção da organização do Sistema Nacional de Transplantes e da Central Nacional de Transplantes. Então, buscava-se uma ação que pudesse colocar uma marca visível na saúde e na AF por parte do governo Luiz Ignácio Lula da Silva e que essa não fosse confundida com as farmácias do SUS e assim, durante a campanha eleitoral, delineou-se ações para o setor de saúde⁷⁴.

Além disso, o entendimento da equipe de formulação era de que, não bastava ter medicamentos nas unidades dispensadoras, esse medicamento, sendo uma tecnologia para o processo de atenção à saúde necessita de um conjunto de ações intersetoriais, não só para a dispensação, mas também deve ser acompanhado de orientação e serviços para o seu uso resolutivo e racionalizado, ser agregado por uma série de serviços voltados a mesma finalidade, com vistas ao correto uso do medicamento e consequente tratamento da enfermidade e sendo, paralelamente, um modelo a ser observado pela iniciativa privada⁷⁵.

O PFPB visava ser uma ação complementar ao SUS, de maneira a proporcionar maior atendimento à população, visto que, por muitas vezes o paciente era atendido, saía com uma receita na mão e não conseguia comprar todos os medicamentos na farmácia porque não tinha dinheiro, muitas vezes tinha de fazer escolhas entre quais medicamentos comprar e assim não seguia adequadamente o tratamento. Já com o programa implementado esse tipo de problema foi reduzido, pois foi possível ofertar o

⁷⁴ Idem nota de rodapé 74.

⁷⁵ Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019) e Hayne Felipe (17/Maio/2019).

medicamento a baixo valor para a população, porém sem conseguir atribuir ao programa um funcionamento mais equitativo, sem fazer distinção, por exemplo, no atendimento por faixa de renda⁷⁶.

Diante da questão do financiamento, a proposta inicial foi de implementar unidades padronizadas, gerenciadas pela Fiocruz, que pudessem dispensar medicamentos elencados em uma lista (107 itens), sendo realizada a cobertura do custo, ou seja, um valor menor do que o encontrado na rede de farmácia e com isso o PFPB/RP iria abastecer as regiões do país e também induzir um modelo de AF mais amplo⁷⁷.

Quando o PFPB foi pensado, esse teria três campos de abrangência: o primeiro seria de participação na reforma tributária, visando eliminar tributos sobre medicamentos, principalmente no Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS, o segundo seria de constituírem-se farmácias populares, com unidades gerenciadas pelo estado, nas quais se pudesse dispensar medicamentos a valor de custo e ter uma coparticipação financeira mínima por parte da população, e terceiro, com a rede de farmácias privadas credenciadas, nas quais a população, de posse de uma receita médica, pudesse adquirir o medicamento, arcando financeiramente com uma parcela do valor do medicamento (copagamento), sendo o restante subsidiado pelo Ministério da Saúde⁷⁸.

Em uma primeira etapa, a Fiocruz, optando sempre por ter poucas unidades sob sua gestão, realizaria a dispensação de medicamentos a preço de custo, a partir de uma compra centralizada. Esse provisionamento ocorreria em um espaço modelo de farmácia voltada ao atendimento adequado, possuindo a atuação do farmacêutico, para que esse fizesse atenção farmacêutica, dentro do conceito de uso de racionalidade dos medicamentos e quando esse modelo estivesse pronto e validado, o projeto iria para uma segunda etapa na qual seriam constituídos convênios com estados, municípios e instituições filantrópicas, que assumiriam a administração dessas unidades que estariam distribuídas pelo país⁷⁹.

⁷⁶ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

⁷⁷ Entrevistas realizadas com Hayne Felipe (17/Maio/2019) e Cristiane Teixeira Sendim (13/Agosto/2019).

⁷⁸ Idem nota de rodapé 77.

⁷⁹ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

A segunda etapa da rede própria possuía outra modelagem, onde as prefeituras dos municípios assumiriam a responsabilidade pela construção ou aluguel da estrutura física, pela contratação e pagamento do pessoal e a Fiocruz somente repassaria uma verba para prefeitura e essa complementava para manter a equipe mínima estabelecida conforme exigências do programa. A compra do medicamento seria realizada pela Fiocruz, que supriria as farmácias. Os recursos financeiros oriundos da cobertura do custo dos medicamentos eram devolvidos para Fiocruz, não sendo receita para o município e assim a Fiocruz obtinha recursos para comprar medicamentos. A intenção era de que depois do terceiro ou quarto ano do programa o Ministério da Saúde desembolsasse poucos recursos financeiros para a compra de medicamentos⁸⁰.

Quanto à reformulação tributária, mencionada anteriormente, ocorre que a venda dos medicamentos para o PFPB/RC é realizada pelos laboratórios farmacêuticos diretamente para as farmácias, incidindo ICMS, assim buscou-se o fim dessa incidência visando a redução do preço final dos medicamentos na proporção direta da eliminação do tributo, pois, segundo a legislação vigente, toda redução tributária sobre os medicamentos deverá ser descontada dos preços. Esse pleito somente foi aceito pelo estado de São Paulo, que passou a cobrar ICMS somente sobre o valor de reembolso para outros estados, descontando a sua parcela de cobrança do ICMS⁸¹.

Assim, uma nova perspectiva de Política Pública na AF foi implementada, contrariando o fluxo anterior, até então, de ajustes nos modelos existentes. Dessa forma o PFPB foi implementado paralelamente a outra Política Pública de AF já existente, essa através do SUS. Claramente percebe-se que a trajetória, mantida até a implantação do PFPB, na qual se utilizava somente um canal (UBS) de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, foi alterada por questões de política de governo.

6.2 Operação e manutenção dos programas

A concepção do PFPB, por parte dos formuladores do programa, não admitia uma Política Pública de desestruturação do SUS, esses possuíam grande experiência no

⁸⁰ Idem nota de rodapé 80.

⁸¹ Entrevista realizada com Nelson Mussolini (2017). Conforme convênios ICMS nº 56/05 e 81/08.

âmbito do SUS. Além disso, estavam preocupados com o desenvolvimento tecnológico local e estavam intencionados em utilizar a força e a capacidade produtiva de Laboratórios públicos oficiais instalados no Brasil, empenhados em discutir e formular uma política de AF que fosse norteadora de outras políticas setoriais, entre elas, a própria política de medicamentos do SUS e não voltados a desestruturar o SUS ou simplesmente privatizar a estrutura de provisionamento de medicamentos⁸².

Outro aspecto mencionado foi à questão legal sobre o recebimento de recursos financeiros em contrapartida à dispensação dos medicamentos. Segundo a legislação vigente o Estado não pode realizar a comercialização de produtos. Dessa forma foi preciso alterar a legislação e para tanto foram consultados diversos órgãos de controle, tais como Conselho Nacional Fazendário – CONFAZ, Tribunal de Contas da União – TCU e Ministério do Planejamento – MP. O entendimento por parte dos formuladores da política era que a cobrança seria a melhor opção diante da perspectiva da não disponibilização dos medicamentos⁸³. Porém, conforme visto (seção 4.1), o instrumento do copagamento não suavizou o impacto no orçamento Federal da Saúde, tendo ocorrido um significativo aumento orçamentário no período, acompanhado da sobrecarga ao usuário decorrente do copagamento.

A aquisição dos medicamentos seria, inicialmente, feita dos Laboratórios públicos⁸⁴. Porém devido à burocracia na operação desses laboratórios e, principalmente, a falta de condições para produzir o volume demandado pelo PFPB/RP, a proposta inviabilizou-se e, obrigatoriamente, a aquisição dos medicamentos passou a ser realizada junto aos Laboratórios farmacêuticos privados⁸⁵.

No PFPB/RP, o Ministério da Saúde direcionava recursos para (i) instalação e manutenção das unidades e (ii) a aquisição de medicamentos, porém, havendo o ressarcimento de parte do valor do medicamento por parte do paciente. Assim para o funcionamento das farmácias da rede própria, o financiamento baseava-se em uma prestação de contas realizada anualmente pela Fiocruz, na qual era informado o

⁸² Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019), Jamaira Giora (05/Agosto/2019) e Hayne Felipe (17/Maio/2019).

⁸³ Entrevistas realizadas com Jamaira Giora (05/Agosto/2019) e Vera Lucia Luiza (25/Julho/2019).

⁸⁴ Farmanguinhos da Fiocruz, no Instituto Vital Brasil, nos laboratórios do Exército, da Marinha, da Aeronáutica, no laboratório de Pernambuco, na Fundação para o Remédio Popular – Furpes, em São Paulo.

⁸⁵ Entrevistas realizadas com Jamaira Giora (05/Agosto/2019) e Hayne Felipe (17/Maio/2019).

montante “x” de gastos com medicamentos e mais o gasto “z” com pessoal e aluguel de loja e etc.. Todavia, a Fiocruz tinha o ressarcimento “y”, conforme tabela de preços determinada pela Coordenação do PFPB na DAF/SCTIE/Ministério da Saúde, então, o montante repassado pelo Ministério da Saúde para a Fiocruz derivava-se do somatório dos gastos com medicamentos, acrescido do gasto com manutenção e deduzido o montante ressarcido pela população, ou seja, dado pelo cálculo: $((x + z) - y)$ ⁸⁶.

Porém, como o objetivo era atender uma demanda nacional, em um país de dimensões continentais, surgiram barreiras como: a necessidade de uma estrutura física para estocagem e de logística de distribuição territorial. O PFPB/RP promoveu alternativas, porém, de baixa resolutividade, exatamente devido à complexidade da questão que a dispensação de medicamentos exige⁸⁷.

Passados aproximadamente dois anos da implementação do PFPB/RP a equipe da Fiocruz, que gerenciava o Programa, formulou um modelo onde as compras eram ainda centralizadas no Rio de Janeiro, mas com o armazenamento e distribuição realizada por dois centros de distribuição, um em São Paulo e outro na Bahia. Porém, esse modelo mostrou-se mais dispendioso, devido à necessidade de manterem-se mais dois armazéns, e, também, não melhorou a eficiência do processo de distribuição, pois não diminuiu o tempo de entrega para as farmácias populares, então o modelo de estocagem e distribuição retornou ao formato centralizado no Rio de Janeiro⁸⁸.

Por outro lado, quanto à questão da limitação na abrangência territorial do PFPB/RP em 2011, com o lançamento do programa “Brasil sem miséria”, fez-se um planejamento para interiorização da vertente própria do Programa, que ampliaria o atendimento para mais 531 municípios presentes no mapa da pobreza, aumentando assim o acesso da população para esses municípios. Mas quando esse Programa começou a tomar mais corpo, instalou-se a crise política e econômica no Brasil e então “Brasil sem miséria” foi interrompido⁸⁹.

⁸⁶ Entrevista realizada com Cristiane Teixeira Sendim (13/Agosto/2019).

⁸⁷ Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019) e Cristiane Teixeira Sendim (13/Agosto/2019).

⁸⁸ Entrevista realizada com Cristiane Teixeira Sendim (13/Agosto/2019).

⁸⁹ Entrevista realizada com Vera Lucia Luiza (25/Julho/2019).

Além do reduzido espraiamento territorial, o PFPB/RP apresentava problemas com o acompanhamento e uso das relações de medicamentos básicos e essenciais dos estados e municípios, pois a prescrição médica, realizada nas UBS, não necessariamente obedecia ao indicado na Rename, então acabava por existir uma situação na qual teria-se de comprar itens que não faziam parte da relação oficial e que haviam sido prescritos, criando assim um conflito entre o direcionamento da PNM e a operação do Programa⁹⁰.

Em 2005, inicia-se o projeto de credenciamento das farmácias da rede privada de dispensação, nesse momento se fez necessária a padronização das características dos medicamentos, que até então eram disponibilizados pela indústria farmacêutica em diversas apresentações quanto à dosagem, a quantidade de unidades de uso, etc.. Inúmeras indústrias produziam o mesmo medicamento em dez ou quinze apresentações diferentes e essas, muitas vezes, não atendiam aos consensos de tratamentos de algumas doenças incluídas na cobertura da dispensação pública. A partir do PFPB/RC as indústrias passaram a produzir e disponibilizar os medicamentos conforme definições dos consensos, o que significa maior racionalidade⁹¹.

Com a instituição do PFPB-RC as farmácias privadas que atendessem as exigências estipuladas foram credenciadas para realizar a dispensação de medicamentos básicos e essenciais, nas quais era estabelecido um preço de referência e o Ministério da Saúde ressarcia, aos estabelecimentos, a diferença entre o preço estipulado e o valor que a população pagava no balcão. Esse procedimento conhecido como copagamento era o mesmo que ele pagava no balcão do PFPB/RP, enquanto essa vigorou⁹².

A implementação do PFPB/RC trouxe benefícios para toda a cadeia produtiva privada, inclusive para a rede de estabelecimentos farmacêuticos através da qual é realizada a dispensação dos medicamentos. Para as farmácias os resultados positivos decorrem do aumento do acesso aos estabelecimentos pela população, que, ao acessar a farmácia por causa do medicamento a ser adquirido pelo Programa, acaba adquirindo outros itens. Além disso, os estabelecimentos privados não sofreram

⁹⁰ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

⁹¹ Entrevista realizada com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

⁹² Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

impactos quanto a custos adicionais. Caso não estivessem cumprindo a legislação em vigor e que quisessem se credenciar, teriam de arcar com estes custos (ASCOFERJ, 2017).

Além disso, com o funcionamento do PFPB/RC percebeu-se nos municípios a existência de um público que não adquiria medicamentos na UBS e nem nos estabelecimentos do PFPB/RP e que passou a ir à farmácia privada, o que significou um alívio de pressão do ponto de vista da aquisição desses medicamentos sobre as secretarias municipais de saúde⁹³.

O PFPB/RC apresenta um problema relevante pertinente à questão de seu financiamento. Diferentemente do PFPB/RP, que possuía uma dotação orçamentária previamente definida, o PFPB/RC é financiado conforme demanda. Assim, se a totalidade de pacientes vinculados ao Hiperdia, por exemplo, obtivessem seus medicamentos na rede credenciada todo orçamento da saúde seria utilizado somente com o PFPB/RC⁹⁴. A ausência de definição de um orçamento prévio deveria ter sido uma preocupação inicial na mudança do PFPB/RP para o PFPB/RC. Assim, a questão orçamentária tem sido objeto de preocupação, devido ao seu crescimento desde sua criação⁹⁵.

Essa questão foi permeada por uma discussão contemplando o financiamento realizado através de um valor *per capita* previamente definido (UBS) ou uma dotação orçamentária (PFPB/RP) *versus* o recurso destinado ao PFPB/RC, que era um recurso que não tinha um limite pré-estabelecido. O limite era o controle, algumas vezes, estabelecido pelo próprio tratamento, como por exemplo, no Programa da Saúde da Mulher que só podia ser fornecido uma cartela do medicamento por mês⁹⁶.

Em 2011, o governo instituiu o programa “saúde não tem preço”, que conforme já mencionado, disponibilizou medicamentos gratuitos para o tratamento de Hipertensão, Diabetes e Asma. Nesse conjunto de medicamentos a iniciativa privada absorveria 10,0% do valor do medicamento que cabia ao paciente na compra dos medicamentos. Esse programa, cuja adesão foi obrigatória por parte dos estabelecimentos credenciados, gerou custos adicionais relevantes aos pontos de

⁹³ Entrevista realizada com Dirceu Barbano (16/Agosto/2019).

⁹⁴ Entrevistas realizadas com Vera Lucia Luiza (25/Julho/2019) e Isabel Cristina Martins Emmerick (09/Agosto/2019).

⁹⁵ Entrevista realizada com Nelson Mussolini (2017).

⁹⁶ Entrevista realizada com Dirceu Barbano (16/Agosto/2019).

dispensação privados, mas que foram compensados pelo aumento nas vendas de outros produtos por parte dos pacientes que demandavam o medicamento gratuito (ASCOFERJ, 2017).

Com essa medida os municípios, antes responsáveis pelas compras dos medicamentos, inseridos no Programa para prover as farmácias da UBS, não o fizeram mais, direcionando os consumidores para as unidades do PFPB/RC. Para o usuário era indiferente pegar o medicamento na UBS ou na rede PFPB/RC, fazendo com que ocorresse um significativo crescimento na parcela de medicamentos do Programa reduzindo-se a parcela distribuída pelos municípios⁹⁷.

Em 2015, o Ministro da Saúde o Dr. Arthur Chioro, no governo Dilma Rouseff, realizou uma negociação com a Indústria Farmacêutica, reduzindo os valores de reembolso para a indústria em 30,0%. Houve a concordância por parte da indústria na absorção dessa redução, visto que, o PFPB/RC havia crescido e essa perda de margem seria compensada com o volume de vendas. Sendo mantida a margem paga às farmácias⁹⁸.

A extinção do PFPB/RP, segundo alguns entrevistados, pode ser justificada pela questão do financiamento do Programa, principalmente após a instituição do teto de limitação dos gastos⁹⁹ e também pela ausência de melhoramentos contínuos como, por exemplo, na atualização de lista de itens, na atualização de seus preços, na busca de outros serviços que poderiam ser agregados ao programa, como redirecionamentos do atendimento de acordo com as demandas regionais e assim por diante. Outros entrevistados acreditam que foi uma ação política do governo vigente, em 2017, pois o Programa carregava uma marca fortíssima do governo Lula¹⁰⁰.

Já no governo Michel Temer (2016/2017), o ministro Ricardo Barros promoveu uma reunião com a indústria farmacêutica, na qual a indústria defendeu o fim do “saúde sem preço” e a reintrodução plena do copagamento. Nessa mesma reunião, foi apresentada a questão quanto os altos custos de manutenção das redes próprias, que funcionavam por 8 horas por dia, enquanto que a rede credenciada, que não representava custo fixo algum e, que, considerando os plantões, funcionavam 24

⁹⁷ Entrevista realizada com Nelson Mussolini (2017).

⁹⁸ Idem nota de rodapé 98

⁹⁹ Instituído pela PEC 241, também chamada de PEC 55.

¹⁰⁰ Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019), Hayne Felipe (17/Maio/2019) e Jamaira Giora (05/Agosto/2019).

horas. Nesse encontro foi exposto que 80% dos gastos no PFPB/RP eram voltados a cobertura de custo fixo e que somente 20% eram destinados a compra de medicamento, enquanto que na rede credenciada os 100% representariam compra de medicamentos¹⁰¹.

Assim, o processo de encerramento da vertente pública do PFPB ocorre em 2017 a partir da justificativa que a mesma era muito cara e possuía menos unidades do que a vertente credenciada, tendo ainda de constituir estoques, coisa que a rede credenciada já possuía em sua operação normal. Frente a esta decisão a Fiocruz formulou um plano de fechamento, encerrando inicialmente, as unidades que dispensavam menos medicamentos, ficando as unidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia como as últimas a serem fechadas¹⁰².

Percebeu-se também que sua extinção, talvez devido à reduzida capilaridade e volume de dispensação, quando comparado com a rede credenciada, resultou em pouca repercussão por parte da população e da mídia, tendo sido amenizada pela permanência PFPB/RC¹⁰³.

Entretanto, esta não é a opinião de alguns dos entrevistados. Segundo Felipe H. (2019), o PFPB/RP conseguiu instituir um modelo de dispensação com um preço reduzido e com um atendimento ativo orientado por uma estrutura com presença de dois farmacêuticos, em todas as unidades, promovendo um fluxo de atendimento, com agilidade, com previsibilidade da demanda e ainda, em cada unidade, com um sistema de divulgação de campanhas de orientação preventiva através de material audiovisual.

Já segundo Rech (2019) o PFPB/RP também contribuiu com aspectos como: (i) a ampliação da presença de profissionais farmacêuticos nas unidades de dispensação de medicamentos em estabelecimentos privadas e no âmbito do SUS; (ii) a apropriação, pelo Programa, de um conjunto de informações que alteraram, inclusive sobre ponto de vista da sua interface, a relação da população com os prescritores no sistema de saúde privado, modificando as condutas de prescrição; (iii) em relação à indústria farmacêutica, que passou a produzir seus produtos com apresentações

¹⁰¹ Entrevista realizada com Nelson Mussolini (2017).

¹⁰² Entrevista realizada com Cristiane Teixeira Sendim (13/Agosto/2019).

¹⁰³ Entrevistas realizadas com Jamaira Giora (05/Agosto/2019) e Rondinelli Mendes Silva (07/Agosto/2019).

conforme os consensos de tratamentos de algumas doenças incluídas na cobertura da farmácia popular.

No PFPB/RC, em 2018 foram descredenciadas 1.749 farmácias, com as justificativas de irregularidade, tais como: (i) por estarem inativas, sem funcionamento por mais de 180 dias ou (ii) por fraudes identificadas no processo. A auditoria no PFPB/RC, desde 2017, deixou de ser realizada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS e passou a ser realizado pelo DAF. Nenhuma das auditorias realizadas por esse órgão foi concluída. Não havendo posicionamentos oficiais sobre o futuro do Programa e a rede de dispensação foi reduzida, impactando o atendimento da população, conforme relatado por Abalém (2019):

Ele [DAF] está suspendendo [o credenciamento] quando ele detecta irregularidade, mas ele não consegue identificar, receber a documentação, conferir a documentação e por fim ao processo e isso vai fazer com que o estabelecimento seja suspenso. O empresário recebe uma carta dizendo que está suspenso, agora, ele tem estoque, tem uma logística toda que foi criada, construída para atender um cliente da farmácia popular e de uma hora pra outra, teve a atividade suspensa, sem saber quando e se vai retomar. Isso é muito sério para o empresário, porque houve investimento há prejuízos e o consumidor que está acostumado a ir naquela farmácia de uma hora pra outra vai procurar o medicamento e não consegue comprar o medicamento (ABALÉM, 2019).

A sensação atual, exposta pelos entrevistados, referente ao PFPB/RC é de que, de alguma forma, o programa está em crise, devido a ausência de informações oficiais referente a rede, aos processos, a possíveis ajustes. Essa indefinição vai impactar no consumidor, o Programa ainda não parou porque o setor privado, indústrias e instituições ligadas a rede de distribuição, tem interesse em manter o seu funcionamento¹⁰⁴.

Notadamente, os laboratórios farmacêuticos e farmácias privadas foram beneficiados, tendo suas vendas alavancadas significativamente, tanto que, no atual momento, onde percebem-se dificuldades de definição com o atual governo, esses entes privados buscam a manutenção do PFPB/RC, inclusive sua expansão.

A Indústria Farmacêutica e a rede privada de distribuição quando indagadas a respeito de quais ações poderiam ser implementadas no sentido de melhorar o

¹⁰⁴ Entrevistas realizadas com Jamaira Giora (05/Agosto/2019) e Renata Abalém (16/Abril/2019).

PFPB/RC, indicaram ser importantes: (i) a ampliação da rede de atendimento, através do credenciamento da totalidade das farmácias no Brasil, (ii) aumento da quantidade de classes terapêuticas e princípios ativos cobertos pelo Programa tais como medicamentos antitabagismo, protetor solar, antidepressivos, etc., além de questões operacionais, como implementação da biometria dos pacientes e da entrega em domicílio (ASCOFERJ, 2017).

No mercado, a margem das farmácias é regulada em 33,0% sobre o preço de fábrica do medicamento, sendo esse o preço máximo ao consumidor. A questão é que a Indústria Farmacêutica concede descontos para as compras das farmácias sobre o preço de fábrica, assim a margem das farmácias pode chegar a 50,0%, sendo esse o motivo para a atual proliferação de farmácias no Brasil. Já para a Indústria Farmacêutica, que trabalha com aproximadamente 95,0%¹⁰⁵ de matéria prima importada, o preço dos Insumos Farmacêuticos Ativos - IFAS depende das oscilações do dólar, fazendo com que a margem da indústria varie conforme as cotações da moeda americana¹⁰⁶.

O PFPB/RC proporcionou a Política Pública de AF uma superioridade em termos de capilaridade e velocidade, quando comparado com o PFPB/RP, justificada pela rede de estabelecimentos privados já instalada e a *expertise* do setor quanto à escala de compras, estoque e logística, aspectos indicados como não sendo características do setor público.

6.3 Avaliação realizada pelos entrevistados

Entre os entrevistados se encontram também estudiosos do tema e que também já realizaram trabalhos sobre o PFPB. Nessa subseção observaremos algumas dessas pesquisas e alguns comentários de outros entrevistados.

Uma pesquisa realizada pela Fiocruz com o objetivo de determinar o impacto do PFPB voltada ao acesso a medicamentos básicos e essenciais no Brasil questionou se a Política Pública havia aumentado o acesso e se tivesse aumentado qual o grupo beneficiado. Foi concluído que o PFPB/RP, mesmo tendo uma capilarização menor, promoveu um importante resultado quanto à dispensação nas regiões Norte e

¹⁰⁵ Segundo dado da conta Saúde esse valor foi inferior: 74% em 2017.

¹⁰⁶ Entrevista realizada com Nelson Mussolini (2017).

Nordeste, significando 30,0% do provisionamento de medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, já o PFPB/RC proporcionou uma ampliação do acesso muito grande, devido aos números de estabelecimentos, sem, no entanto, atingir adequadamente os pequenos municípios, basicamente pelo fato de que seus estabelecimentos são instalados de acordo com a lógica de mercado. Em outras palavras, nos municípios mais ricos, que já possuíam melhores Índices de Desenvolvimento Humano – IDH, o acesso foi aumentado, mas não contribuiu para a melhoria do IDH nos municípios mais pobres, exacerbando as desigualdades entre os municípios brasileiros¹⁰⁷.

Em termos de produtos disponibilizados, o rol de itens provisionados pelo PFPB/RC gira em torno de 40 medicamentos, enquanto a lista do PFPB/RP era de mais de 100 itens, possibilitando uma atenção farmacêutica mais ampla nesse último. Porém, o espraiamento territorial é maior na rede do PFPB/RC, e essa possui maior capilaridade¹⁰⁸.

Quanto à eficiência financeira do programa, foi estudo realizado um estudo analisando o município do Rio de Janeiro, quanto ao melhor arranjo de AF a ser adotado. Foi demonstrado que na construção de uma Política Pública de AF, voltada ao atendimento aos estímulos na atenção básica de saúde, seria mais vantajoso, do ponto de vista do município de grande porte fazer a própria gestão de compras e dispensação devido, basicamente, ao ganho de escala que esse alcançaria. É importante destacar que essa pesquisa observou somente municípios de grande dimensão populacional¹⁰⁹.

Segundo Barbano (2019), ex-secretário de saúde do município de São Carlos - São Paulo, o resultado encontrado na pesquisa anteriormente mencionada não é a realidade da maioria dos municípios no país, pois esses, normalmente, são menores do que os municípios estudados e não possuem equipes bem qualificadas e nem possuem volume para realizarem compras de grande porte e obterem ganho de escala. Para a maioria dos municípios do Brasil o PFPB/RC significou uma redução na pressão quanto à aquisição de medicamentos sobre suas secretarias de saúde¹¹⁰.

¹⁰⁷ Entrevistas realizadas com Vera Lucia Luiza (25/Julho/2019), Rondinelli Mendes Silva (07/Agosto/2019) e Isabel Cristina Martins Emmerick (09/Agosto/2019).

¹⁰⁸ Entrevista realizada com Rondinelli Mendes Silva (07/Agosto/2019).

¹⁰⁹ Entrevista realizada com Rondinelli Mendes Silva (07/Agosto/2019).

¹¹⁰ Entrevista realizada com Dirceu Barbano (16/Agosto/2019).

Segundo Mussolini (2017), as medidas adotadas pelo governo, dentre as quais a redução do valor dos medicamentos entre 30,0% e 40,0% de acordo com o estado, tem promovido à falta de medicamento nos programas de diabetes, hipertensão e asma nas farmácias. A solução indicada pelo entrevistado é aplicação do copagamento para esses medicamentos. Segundo ele, se o consumidor assumisse o pagamento de dois reais por caixa de medicamento isso representaria uma redução de custo para o governo de 30,0% do total de seu gasto.

Segundo Mussolini (2017) o PFPB/RC é um bom programa, mas poderia ser melhorado com a realização de auditorias externas, inexistente atualmente, e controles permanentes. Outra sugestão, feita pelo entrevistado, é que o programa deveria somente aceitar receitas para obtenção do medicamento gratuito derivadas do SUS e se estabelecer um diferencial de copagamento entre as receitas públicas e privadas aplicando assim uma diferenciação relacionada à renda o que poderia melhorar a iniquidade do Programa¹¹¹.

6.4 Conflitos identificados pelo autor

Inicialmente, percebe-se na fase de formulação do PFPB, em decorrência da fala dos entrevistados, uma divergência quanto à proposta de implementação de um Programa de AF paralelo, proposto pelo governo empossado na ocasião, ao já existente nas UBS. Esse entendimento deriva do fato de que, a equipe de formuladores dessa nova Política Pública detinha larga experiência da AF no SUS e conhecimento de sua estrutura, proposta e abrangência, e consideravam essencial sua manutenção e aperfeiçoamento.

Outra questão repousa na ponderação referente ao financiamento do PFPB/RP, também utilizada como justificativa para o encerramento do programa, que parte da percepção de que os recursos destinados à compra de medicamentos reduziram-se durante o período devido ao aumento dos custos de manutenção. Essa relação inversa entre os recursos para aquisição de medicamentos e dispêndios com manutenção deriva da existência de uma dotação orçamentária, que impõe ao somatório desses gastos um teto único. Assim, o aumento de uma rubrica implica,

¹¹¹ Entrevista realizada com Nelson Mussolini (2017).

automaticamente, na redução da outra. Sendo, porém o PFPB/RC desprovido de qualquer limitação orçamentária, pois seu financiamento ocorre em decorrência da demanda, conforme verificado anteriormente.

A questão do espriamento da rede credenciada no território nacional defendida por alguns como uma grande vantagem do PFPB/RC é um ganho questionável, como observado no Capítulo 5, pois as UBS estavam presentes em 5.448 municípios (97,8%). Esse número, por si só, enfraquecia a proposta de instituição de outro programa de AF.

Além disso, podem-se identificar duas consequências conflituosas promovidas pela nova relação Estado x iniciativa privada através do PFPB/RC. Primeiramente, o credenciamento de uma farmácia privada pelo Estado proporciona a essa rede varejista uma considerável vantagem competitiva no mercado privado, visto que, a partir desse momento, essa irá dispensar medicamentos subsidiados com recursos públicos, aspecto não acessível a todas as farmácias e assim lhe proporciona maior acesso de clientes, viabilizando a comercialização dos medicamentos do Programa e de outros produtos e serviços disponíveis no estabelecimento e promove uma interferência na concorrência do mercado pelo Estado.

Em segundo, o credenciamento provoca um conflito entre estabelecimentos de menor porte ou localizados em regiões distantes com grandes redes ou estabelecimentos localizados em grandes centros. Essas pequenas farmácias não possuem acesso às tecnologias de comunicação exigidas e adotadas pelo PFPB/RC e assim são impossibilitadas de realizar seu credenciamento e operacionalização do provisionamento dos medicamentos. Além disso, o custo de constituição e manutenção de estoque adicional para atender ao Programa é significativo para estabelecimentos pequenos, ao contrário das grandes redes de farmácias e drogarias. Assim, o PFPB/RC inviabiliza a gestão dos pequenos estabelecimentos varejistas privados, que são, muitas vezes, os que estão instaladas nos pequenos e distantes municípios do Brasil.

A manutenção do PFPB/RC ocasiona uma expressiva transferência de recursos públicos para a rede de distribuição da iniciativa privada de medicamentos, essa, também, agravada pelo fato da inexistência de limite para esse financiamento, podendo promover a realização de ações ilícitas ou fraudes, onerando indevidamente

os cofres públicos e, conseqüentemente, com a destinação indevida dos recursos oriundos de impostos pagos pela população.

Outra questão refere-se a inexistência na diferenciação, em termos de renda, do público beneficiado pelo PFPB/RC, que equaliza todos os usuários e concedendo um benefício financeiro a indivíduos que poderiam adquirir os medicamentos com recursos próprios e assim, aumenta a necessidade de financiamento público.

Conclusões

Percebe-se, que a construção da política de AF no Brasil, ocorre por meio de um processo evolutivo histórico, com diferentes focos de preocupação e população a ser atendida por suas ações, pertinente a cada período. Essas ações inicialmente foram voltadas aos trabalhadores formais (1971), passando, posteriormente, a ter um espectro mais abrangente, abarcando os trabalhadores rurais (1986), passando a ter, a partir da CF/88, uma proposta de atendimento universal por meio dos canais públicos de atenção, evidenciando a construção da AF em uma trajetória de sucessivas ações dependentes e relacionadas.

Mais recentemente (2004), propõem-se a ampliação do atendimento, através de um canal paralelo ao SUS e por intermédio da iniciativa privada (2006). A criação do PFPB/RP vem tentar organizar por meio de um novo arranjo a AF e reforçar seu caráter público sem extinguir a AF praticada no SUS. Entretanto, essa iniciativa foi abortada com a implementação do PFPB/RC, quando a AF passa a ser um arranjo de parceria público-privada e ter configurações ainda distantes das inicialmente pretendidas.

Hoje a dispensação de medicamentos básicos e essenciais é estruturada sob dois arranjos: um alicerçado na estrutura pública, através do provisionamento realizado no SUS, via UBS, na qual ainda existem problemas de atendimento aos usuários, e outro arranjo assentado na rede privada de estabelecimentos de dispensação, pautada na lógica privada de atuação e de busca de resultados, essa ainda caracterizada pelo risco de danificar a composição orçamentária do Estado no setor da saúde.

Conforme inicialmente explicitado, essa Tese tinha como objetivo geral, buscar evidências que justifiquem ou não a formulação da Política Pública de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, denominada Programa Farmácia Popular do Brasil, instituída em um contexto no qual já existia um sistema implementado voltado para essa finalidade. Cabe ressaltar que o PFPB, em seu “*braço público*”, extinto em 2017, foi uma ampliação na oferta de medicamentos básicos e essenciais com abrangência territorial limitada. Somente a partir da sua vertente baseada na rede de estabelecimentos privados, criada em 2006, apresentou uma expansão significativa na dispensação de medicamentos básicos e essenciais.

Porém, ficou patente que, a construção do PFPB, mesmo que justificada por falhas no modelo já existente de dispensação pelas UBS decorre exclusivamente de uma proposta de campanha política e, posteriormente, de uma ação do governo empossado, com finalidade de apropriar-se dos méritos da ação, ao invés de buscar o aperfeiçoamento do modelo de AF pública já existente. Esse viés torna-se ainda mais questionável a partir do momento no qual o setor Público passa a financiar o setor Privado, na figura da prestação de serviços de dispensação de medicamentos que são pagos pelos consumidores, em detrimento da determinação constitucional de gratuidade e universalidade.

Cabe destacar a semelhança da proposta do PFPB, conforme visto no Capítulo 6, com a Política Pública instituída, na área da saúde, pelo governo Vargas (capítulo 3), sendo ambas: (i) construídas em decorrência de uma decisão estratégica populista do governo, então no poder, e não da iniciativa social, (ii) orientadas, de forma restrita, para uma população não carente e (iii) tendo estreita relação com a iniciativa privada. Lembrando que a política na era Vargas foi direcionada somente aos trabalhadores com carteira assinada e a assistência foi realizada pelo setor privado na saúde com financiamento da previdência social.

Quanto aos objetivos específicos inicialmente delineados, cabe destacar que a construção de uma estrutura de AF de dispensação de medicamentos básicos e essenciais no Brasil é claramente percebida diante das ações do Estado descritas no Capítulo 3. O Neoinstitucionalismo Histórico se mostrou uma abordagem adequada a análise das distintas formulações de Políticas Públicas de AF ao longo do período. Foi possível mostrar as várias políticas e agentes que buscaram atender aos diferentes conjuntos de ações na AF.

A distribuição territorial das UBS e dos estabelecimentos do PFPB/RC quanto ao contexto de concentração ou dispersão das unidades dos arranjos, permitiu perceber que as UBS possuem uma dispersão territorial maior do que a distribuição dos estabelecimentos do PFPB/RC em todos os três níveis territoriais (Brasil, Sudeste e mesorregiões do ERJ) observados (Capítulo 5).

Porém, a correlação existente entre a instalação de uma UBS ou credenciamento de um estabelecimento farmacêutico privado, esse relacionado com a densidade populacional ou com a renda média *per capita* dessa população se mostrou: (i) previsível no caso das UBS, a nível Brasil, região Sudeste e das mesorregiões do

ERJ, possuindo uma forte correlação com a densidade populacional, e (ii) com forte, fraca ou moderada correlação, no credenciamento dos estabelecimentos do PFPB/RC em relação a variável renda média *per capita*, sendo esse um resultado não esperado, considerando a lógica do setor privado.

Nesse âmbito, fica também evidente (Gráfico 5) que o PFPB canibalizou recursos da AF, fazendo com que o montante, antes destinado para as ações de AF na UBS, se reduzisse em contrapartida ao financiamento de suas ações. Esses recursos, que totalizam no período de 2004 até 2018, R\$ 22.931.132 mil, equivalendo a 35,0% do total do financiamento para AF no período, poderiam ter sido direcionados a AF na rede de UBS que possui, conforme visto (Mapa 1), uma amplitude territorial nacional maior do que a do PFPB/RC (Mapa 3), o objetivo dessa canalização seria a melhoria da dispensação de medicamentos nas UBS.

Nos mapas do Brasil apresentados, percebem-se duas características; (i) a composição da rede de atendimento da UBS é mais distribuída e concentrada no litoral brasileiro (Mapa 1) e (ii) a distribuição dos estabelecimentos credenciados do PFPB/RC é concentrada nas maiores Capitais e nas regiões metropolitanas (Mapa 3).

A cobertura territorial da rede de UBS no Sudeste é mais expressiva e mais disseminada (Mapa 4), enquanto que a rede de estabelecimentos do PFPB/RC, assim como no contexto nacional, concentra-se em alguns centros (Mapa 5).

Já ao nível das mesorregiões do estado do Rio de Janeiro, os estabelecimentos da UBS apresentam-se concentrados em alguns municípios, porém, possuem uma grande dispersão por todo território (Mapa 6). Enquanto que as unidades do PFPB/RC estão concentradas em alguns municípios (Mapa 7), conforme, também, percebe-se na Tabela 18.

Outro objetivo específico definido foi o da mensuração da relação existente entre a instalação de unidades de AF, tanto de UBS como do PFPB, com a densidade populacional e a renda média *per capita* no Brasil, no Sudeste e no estado do Rio de Janeiro. Embora não tenha sido praticado nenhum delineamento, por parte dos formuladores da política, quanto à localização das UBS e das farmácias privadas a serem credenciadas, foi mensurado nesse trabalho o grau de correlação entre o número de UBS e estabelecimentos do PFPB/RC com a população e essa, na média, tanto no nível Brasil, como Sudeste e nas mesorregiões do ERJ, é classificada como

forte. Já a relação das unidades de provisionamento com a renda média *per capita* da região, na média, é categorizada como moderada.

Uma explicação para esse evento pauta-se no fato de que a instalação de uma UBS depende dos interesses dos agentes políticos municipais, que são os responsáveis por sua implementação e que, por sua vez, visam o maior ganho político, logo o agente político municipal promoverá a instalação nos locais onde houver maior população. Já com referência ao credenciamento de uma farmácia privada, essa, que ao ser implementada, visa maximizar os ganhos de sua atividade e assim buscará locais com maior densidade populacional, nos quais haverá maior demanda, inclusive de medicamentos básicos e essenciais subsidiados pelo Estado, irá subornar-se a lógica privada.

Quando observa-se a efetividade das vertentes do PFPB, verificamos uma significativa vantagem do PFPB/RC em relação ao PFPB/RP no que tange: (i) a maior quantidade média anual de medicamentos dispensados, (ii) a proporcionar uma maior quantidade média anual de atendimentos, (iii) a possuir um custo médio do medicamento menor. Porém, mesmo com um custo médio de medicamentos menor e por prover maior volume de dispensação, o PFPB/RC demanda um valor de financiamento médio anual bastante superior, o que se apresenta ser um ponto crítico do arranjo. O fato de que essa vertente do PFPB não possui teto orçamentário implica em uma explosão da demanda.

Com relação ao objetivo relativo à comparação entre o financiamento de cada um dos modelos, no período analisado (Capítulo 4), percebe-se uma situação concorrencial no financiamento entre a AF promovida pela UBS e pelo PFPB, e, nesse, entre suas duas vertentes, principalmente quando considerado o fato de que o financiamento do PFPB/RC é realizado por demanda. Assim sendo, a utilização dos recursos orçamentários destinados a AF, diante de uma demanda elevada por medicamentos na rede credenciada absorverá, a cada uso, o montante destinado a AF no SUS, suprimindo o direcionamento de recursos para as farmácias públicas da UBS.

Inserido no contexto do financiamento, tendo sido motivo de amplo debate, conforme os agentes formuladores da Política Pública entrevistados, no PFPB percebe-se a modalidade do copagamento como forma de financiamento do provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, sendo esse justificado pela

incapacidade financeira de suporte ao novo modelo de AF e nesse algumas questões relevantes são colocadas, sem, no entanto, respeitar a questão da gratuidade definida na CF/88 e da dupla tributação do usuário.

Inicialmente, no PFPB/RP, a participação do usuário na cobertura dos custos da dispensação dos medicamentos era fundamental, então pode-se perguntar: porque o programa não instituiu correções nos valores a serem ressarcidos no período 2004/2014? Porque o órgão gestor não acompanhou os preços praticados pelas farmácias credenciadas no PFPB/RC? Situação que, tardiamente (2018) passa a ser monitorada, após ter sido identificadas distorções nos preços pagos pelos medicamentos do PFPB/RC, em alguns produtos, da ordem de 200% acima do valor praticado no mercado, passando os preços a serem definidos pelo SAMMED e assim, o preço é constantemente corrigido para o ressarcimento por parte do Ministério da Saúde e do pagamento por parte do usuário no caso de copagamento. Logo constata-se um descuido com o patrimônio público, sendo o interesse privado sempre preservado.

A hipótese dessa Tese é que o Estado não necessitava implementar um programa de AF paralelo ao já em funcionamento, visto que, atingiria melhores resultados quanto à proposta de AF utilizando a rede de atendimento própria já existente através da UBS. Quanto cabe então considerar que diante: (i) do motivo meramente político promotor da instituição do PFPB, (ii) da construção de uma rede de atendimento, paralela a do SUS, baseada em estabelecimentos instalados mediante a lógica privada, (iii) do significativo montante de financiamento, que compreende 35,0% do financiamento total da AF no período, direcionado para o PFPB e (iv), principalmente, do risco orçamentário, o PFPB poderia ter sido substituído por ações corretivas na AF do SUS. Esse foi o comportamento observado no âmbito do ciclo das Políticas Públicas de AF até o início da década de 2000 e permearam a evolução histórica das suas ações.

Especificamente quanto à cobertura no provisionamento de medicamentos básicos e essenciais nas mesorregiões do estado do Rio de Janeiro, observa-se que todos os municípios dessa dimensão são atendidos pela UBS e que somente dois municípios¹¹² não possuem estabelecimentos credenciados do PFPB/RC. A

¹¹² Mangaratiba e Santa Maria Madalena.

proporção de unidades de ambos os programas é bastante similar, sendo 1.825 UBS e 1.897 unidades do PFPB/RC.

A maior presença dos pontos de dispensação é percebida na mesorregião Metropolitana, que possui a maior renda média *per capita* do estado do Rio de Janeiro (R\$ 643,62), sendo essa presença mais marcante na rede de estabelecimentos privados do PFPB/RC no ERJ (Mapas 6 e 7). Já nas demais mesorregiões percebe-se uma maior presença de UBS (886 unidades) em relação aos estabelecimentos do PFPB/RC (524 unidades). Essa diferença representa uma vantagem de 169,1% a favor das UBS.

Assim, com base nos aspectos abordados, fica evidente que a formulação do arranjo de AF, denominado PFPB, foi motivada por uma política de governo, tanto quanto que a instalação de unidades, UBS e PFPB/RC, de dispensação de medicamentos básicos e essenciais não seguiram nenhum parâmetro predeterminado e racional de localização que propiciasse um melhor atendimento aos usuários.

Assim sendo, diante do cenário de deficiências na AF, talvez tivesse sido mais eficiente e menos custoso o direcionamento de esforços para o aprimoramento da AF por meio do SUS nos locais já existentes, sendo essa ação complementada pela instituição de uma ação de expansão da AF para as regiões ainda não atendidas.

Uma ação alternativa, apenas a título de sugestão, seria a adoção de um arranjo misto, no qual, seriam suprimidas as farmácias da UBS nos locais onde houvesse estabelecimentos de dispensação privados, para tanto, se faria necessário a equiparação do *rol* de medicamentos ofertados. A farmácia da UBS seria instalada somente onde não houvesse estabelecimentos privados de dispensação, atingindo assim locais atualmente não atendidos, com a redução de dotação orçamentária devido à redução de pontos de provisionamento e viabilizando o aperfeiçoamento e manutenção logística das farmácias públicas que seriam em menor número. Sendo, conjuntamente, premente a correção do aspecto de financiamento do provisionamento nas unidades do PFPB/RC, com vista a evitar um colapso orçamentário nesse programa de AF. Alguns entrevistados acreditam que a obrigatoriedade do copagamento seria uma forma de regular o uso de medicamentos.

Foi percebido, no transcorrer da pesquisa e, principalmente, nas entrevistas realizadas com os gestores envolvidos com a formulação que a criação do PFPB decorreu de um projeto de governo e que ameaçava o pleno funcionamento do arranjo

de dispensação já existente. A forma de se construir um consenso em torno desse debate foi garantir através de diversas explicitações no sentido de que o modelo já existente (SUS) seria mantido e funcionaria lado a lado com o novo programa de AF.

A presente pesquisa encontrou significativa limitação de acesso a informações na etapa de obtenção de informações junto ao atual grupo gestor da Diretoria de Assistência Farmacêutica – DAF e da Coordenação do Programa Farmácia Popular do Brasil, inclusive quanto à disponibilidade de realização de audiências/entrevistas¹¹³. Esta limitação impediu o autor de especular com o destino do PFPB/RC e mesmo das UBS.

Como pesquisa futura, no contexto do Programa de AF estudado, apresenta-se a perspectiva de discutir formas de definir previamente o credenciamento de atividades privadas, que venham a firmar parceria com a ação pública, de modo a se evitar ou amenizar contextos de concentração de atividade, principalmente, orientados por interesses mercantis em determinadas regiões.

¹¹³ A ausência de retorno às indagações foi, no entanto, amenizada pelo uso do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão, visto que essa ferramenta impõe limitações de interação.

Referências

ABALÉM, Renata. Crise na Farmácia Popular. Entrevista cedida a Programa “**É de Farmácia**” - Ascoferj. Disponível em:

https://www.youtube.com/watch?v=3N1_ZOoCHlg. Acesso em: 16 abr 2019.

ABRUCIO, Fernando Luiz; FRANZESE, Cibele. Federalismo e Políticas Públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: BEIRA, Lígia; ARAUJO, Maria de Fátima Infante. **Tópicos de Economia Paulista para Gestores Públicos**. São Paulo: Fundap, 2007. p. 13-31.

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva *et al.* Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 159-172, dez. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000600159&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: jan 2019.

ALMEIDA, Silvia Rebouças Pereira de; VÉRAS, Maura Nardini Bicudo. O Programa Farmácia Popular: Alcance e limites como alternativa de acesso a medicamentos essenciais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 22, n. 72, p. 278-295, 2017.

ARCHELA, Rosely Sampaio; THÉRY, Hervé. Orientação metodológica para construção e leitura de mapas temáticos. **Confins**, França, n. 3, p. 01-10. Disponível em: <http://confins.revues.org/3483>. Acesso em: 23 jun. 2018.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, jun. 1999. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n40/1712>. Acesso em: 12 nov. 2018.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Relações Federativas nas políticas sociais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Federalismo e políticas sociais no Brasil problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo Em Perspectiva**, São Paulo, v. 2, n. 18, p. 17-26, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n2/a03v18n2.pdf>. Acesso em: 29 set. 2018.

ASCOFERJ. **Farmácia Popular do Brasil**. 2017. Disponível em:

<https://ascoferj.com.br/noticias/governo-ajusta-programa-farmacia-popular/>. Acesso em: 04 maio 2019.

ASSIS, Marluce Maria Araújo de; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de Saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

AUREA, Adriana Pacheco *et al.* **Programas de Assistência Farmacêutica do Governo Federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008.** Brasília: Ipea, 2011. 70 p.

BARBANO, Dirceu. Programa Farmácia Popular do Brasil. Entrevista concedida a Eduardo Manhães, Rio de Janeiro, 16 de agosto de 2019.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatísticas Aplicadas às Ciências Sociais.** 7. ed. Florianópolis: UFSC, 2007. 315 p.

BECKER, Bertha Koiffmann. Logística e nova configuração do território brasileiro: que geopolítica será possível?. In: DINIZ, Clélio Campolina. **Políticas de desenvolvimento regional: desafios e perspectivas à luz das experiências da União Européia e do Brasil.** Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2007. p. 267-299.

BELLO, Carmen Barata. **Acesso a medicamentos: experiência da população de baixa renda na Região do Butantã.** 2009. 130 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2009.

BENNETT, Sara; QUICK, Jonathan D.; VELÁSQUEZ, Germán. **Public-Private Roles in the Pharmaceutical Sector Roles in the pharmaceutical sector: Implications for equitable access and rational drug use.** Genebra, WHO, 1997.

BERENGER, Mercêdes Moreira. **Descentralização ou Desconcentração: AIS - SUDS - SUS.** 1996. 79 f. Dissertação (Mestrado Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

BERNARDI, Bruno Boti. O conceito de dependência da trajetória (path dependence): definições e controvérsias teóricas. **Perspectivas**, São Paulo, v. 41, p. 137-167, 2012.

BOING, Alexandra Crispim *et al.* Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, abr. 2013.

BOTELHO, Rafael Guimarães; OLIVEIRA, Cristina da Cruz de. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. **Ci.inf, Brasília**, v. 44, n. 3, p. 501-513, 26 jun. 2017.

BRANCALEON, Brigida Batista. **Políticas públicas conceitos básicos.** Pós-graduação em Administração de Organizações, Ribeirão Preto, p. 1-12, abr. 2015.

BRASIL. **Constituição Federal 1891:** Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro, RJ.

BRASIL. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 4839, 1971.

BRASIL. Decreto nº 72.552, 30 de julho de 1973. Institui o Plano Diretor de Medicamentos – PDM. **Diário Oficial da União**: Seção 1 – 31 de julho de 1973, p. 7483, 1973.

BRASIL. Lei nº 6.439, de 1 de setembro de 1977. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 11617, col. 1, 1977.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 1, col. 1, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.689, de 28 de julho de 1993. Extingue o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 10573, 1993.

BRASIL. Lei nº 9.787, de 11 de fevereiro de 1999, - Lei dos Genéricos, **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 1, col. 1., 1999.

BRASIL. Portaria nº 176, de 08 de março de 1999. Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1999

BRASIL. Lei nº 11.079, de 06 de abril de 2004. Licitação e contratação de parceria público-privada. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 6, col. 2., 2004

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 52. 2004.

BRASIL. Portaria nº 698, de 22 de dezembro de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 52, 2006.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 88, 2010.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, Lei de Acesso a Informação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1 - Edição Extra, p. 1. 2011.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011. Organização do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 1, col. 2. 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 16 de janeiro de 2012. Estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 1, col. 1. 2012.

BRASIL. Portaria nº 340, de 04 de março de 2013. Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 2, p. 1. 2013.

BRASIL. Portaria nº 1.903, de 04 de setembro de 2013. Redefine o Componente da Construção do Programa de Requalificação das UBS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 1. 2013.

BRASIL. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 1. 2013.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 22 set. 2017.

BRASIL. PEC nº 241, 16 de dezembro de 2016. Teto dos Gastos Públicos Federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 2, col. 2. 2016.

BRASIL. Portaria nº 2.001, de 15 de agosto de 2017. Normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Edição: 156, seção 1, p. 41. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 22 de setembro de 2017. Revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Edição: 183, seção 1, p. 68. 2017.

BRITO JÚNIOR, Álvaro Francisco. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidencias**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, jun. 2011.

CANABARRO, Isabel Machado; HAHN, Siomara. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 345-355, 2009.

CARVALHO, Maria de Lourdes de; BARBOSA, Telma Regina Guimarães da Costa. Modelos orientadores da implementação de política pública: uma lacuna da literatura. *In: ENCONTRO ANPAD*, 35., 2011, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Anpad, 2011. p. 1-14.

CECHIN, Alcília; MONTOYA, Marco Antonio. Origem, causas e impactos da crise financeira de 2008. **Revista Teoria e Evidência Econômica**, Rio Grande do Sul, v. 23, n. 48, p.150-171, 8 set. 2017.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: Conass, 2003. 248 p.

CONASS. **Para entender a gestão do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional**. Brasília: Conass, 2004. 100 p.

CONASS (Org.). **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: Conass, 2007. 186 p. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS.

CONASS. Assistência **Farmacêutica no SUS**: Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: Conass, 2011. 172 p.

CONASS. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Conass, 2015. 127 p.

CONASS. **A Gestão do SUS**. Brasília: Conass, 2015. 134 p.

CONCEIÇÃO, Octavio Augusto Camargo. O conceito de instituição nas modernas abordagens institucionalistas. **Revista de Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 119-146, dez. 2002.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias. **Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica**: um Estudo Multicêntrico em 5 Estados do Brasil. 2000. 358 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

COSTA, Iris do Céu Clara; SOUZA, Georgia Costa de Araújo. **O Sus nos Seus 20 Anos**: Reflexões Num Contexto de Mudanças, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

CUETO, Marcos *et al.* Pensar o Sistema Único de Saúde do século XXI: entrevista com Lígia Bahia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, jan.-mar. 2014, p. 93-107. 2017.

CUNHA, Patrícia Rodrigues Chaves da. O debate em torno das políticas públicas: o caso da política nacional de juventude no Brasil. **In: SEMINÁRIO NACIONAL DE CIÊNCIA POLÍTICA: Democracia em debate. Anais [...]**. Porto Alegre: UFRGS, 2008. p. 1 - 15.

DAGNINO, Renato. **Metodologia de análise de políticas públicas**. Campinas: Unicamp, 2002. Disponível em: <http://www.oei.es/salactsi/rdagnino1.htm>. Acesso em: 25 jan. 2018.

DATASUS. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

DEUBEL, André-noel Roth. Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: de la razón científica al arte retórico? **Estudios Políticos**, Medellín, v. 33, p. 67-91, 2008.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. **Políticas públicas princípios propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2012.

DIERMEIER, Daniel; KREHBIEL, Keith. **Institutionalism as a Methodology**. Journal Of Theoretical Politics, Thousand Oaks, California, v. 15, n. 2, p. 123-144, abr. 2003.

DONÁ, Bruno Rossi. **Contexto Histórico do Surgimento das Parcerias Público-Privadas (PPPs) no Cenário Mundial e no Brasil**. Disponível em: https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=1244. Acesso em: 09 abr. 2018.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, v. 24, p. 213-225, 2004.

DYE, Thomas. **Mapeamento dos modelos de análise de Políticas Públicas**. Brasília: Universidade de Brasília, 2009.

EMMERICK, Isabel Cristina Martins. **Dimensões e determinantes do acesso a medicamentos em três países da América Central**. 2011. 133 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio, Rio de Janeiro, 2011.

EMMERICK, Isabel Cristina Martins. Programa Farmácia Popular do Brasil. Audiconferência. Entrevista concedida a Eduardo Manhães, Rio de Janeiro, 09 de agosto de 2019.

EMMERICK, Isabel Cristina Martins *et al.* Farmácia Popular Program: changes in geographic accessibility of medicines during ten years of a medicine subsidy policy in Brazil. **Journal Of Pharmaceutical Policy And Practice**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 2-10, 9 mar. 2015. Disponível em: <https://joppp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40545-015-0030-x>. Acesso em: 04 de julho de 2018.

FEBRAFARMA. **Saúde e indústria farmacêutica em debate**. São Paulo: Cubzac, 2008. 220 p. ISBN 9788561293055.

FERNANDES, Antônio Sérgio Araújo. Path dependency e os estudos históricos comparados. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 24., 2007, São Leopoldo. **Anais [...]**. São Leopoldo: Anpuh, 2007. p. 79 - 101.

FERREIRA, Carlos Roberto Bueno. É possível a escolha social? um estudo sobre o paradoxo de Arrow e a eleição de preferências em regimes democráticos. **Argumentos**, Fortaleza, v. 14, p. 127-137, 2015.

FERREIRA, Rogério Luiz. **Análise de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos**. 2007. 182 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Saúde Pública,

Fundação Oswaldo Cruz-fiocruz Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

FIOCRUZ. **Atendimento no SUS**. 2018. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atendimento>. Acesso em: 10 mar. 2018.

FIOCRUZ. **Atenção Básica**. 2018 a. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Acesso em: 17 abr. 2018.

FLEURY, Sônia; CARVALHO, Antônio Ivo de. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: INAMPS. Rio de Janeiro: FGV, 2017. p. 3. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em: 25 out. 2017.

FNS. **Fundo Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br>. Acesso em: 11 out. 2018.

FOREST GIS (org). Forest Gis. Disponível em: <http://www.forest-gis.com/>. Acesso em: 18 jun. 2018.

FRENKEL, Jacob. Programas de acesso aos medicamentos: ações diretas do governo e/ou mecanismos de mercado. *In*: GADELHA, Carlos Augusto et al. **Saúde e indústria farmacêutica em debate**. São Paulo: Cubzac, 2008. p. 123-141.

FEBRAFARMA - Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica.

GERSCHMAN, Sílvia; SANTOS, Maria Angélica Borges do. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciência Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 187-227, jun. 2006.

GIORA, Jamaira. Programa Farmácia Popular do Brasil. Audiconferência. Entrevista concedida a Eduardo Manhães, Rio de Janeiro, 05 de agosto de 2019.

GOMES, Carlos Alberto Pereira. A Assistência Farmacêutica no Brasil: Análise e Perspectivas. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2003.

GOMES, Ronaldo Marques. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 938-952, out.- dez. 2014.

GOMEZ, Andréa Carlla Ribeiro. A parceria do setor privado com a administração pública na gestão de qualidade das centrais de atendimento ao cidadão no Brasil. *In*: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 15., 2010, Sto Domingues. **Anais** [...]. Clad, 2010. p. 1 - 8.

GOOGLE (Org.). **Google Maps**. Disponível em: <https://maps.google.com.br/maps?hl=pt-PT>. Acesso em: 20 set. 2018.

GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso.; CAMUZI, Ranieri Carvalho. Logística Farmacêutica. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. *et al.* **Assistência farmacêutica: gestão e práticas para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 89-118.

GRAZIANO, Luigi. O lobby e o interesse público. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 12, n. 35, p.1-12. 1997.

GROFF, Bárbara Virgínia. Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990. **Aedos**, Porto Alegre, v. 5, n. 12, p. 133-146, jul. 2013.

HALL, Peter; TAYLOR, Rosemary. **As Três Versões Do Neo-Institucionalismo**. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n58/a10n58.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2019.

HAYNE Felipe. Programa Farmácia Popular do Brasil. Audiconferência. Entrevista concedida a Eduardo Manhães, Rio de Janeiro, 17 de agosto de 2019.

HEIDEMANN, Francisco; SALM, José Francisco. **Políticas Públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: Unb, 2009. 340 p. ISBN: 9788523009069.

HOGERZEIL, Hans V.; MIRZA, Zafar. **The world medicines situation 2011: access to essential medicines as part of the right to health**. Geneva: World Health Organization, 2011. 14 p. Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18772en/s18772en.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Comp.). **Censo demográfico: 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 13 fev. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2016**. 2016. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 28 nov. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População estimada 2017**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/panorama>. Acesso em: 15 mar. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017**. 2017. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 27 fev. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência de Notícias. **Síntese de Indicadores Sociais**. Brasília: IBGE, 2018. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/23299-pobre>. Acesso em: 07 maio 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **SIDRA - Banco de Tabelas e Estatísticas**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/home/cnt/brasil>. Acesso em: 4 dez. 2017.

IMMERGUT, Ellen. **The Theoretical Core of the New Institutionalism**. *Politics & Society*, [s.l.], v. 26, n. 1, p. 5-34, mar. 1998. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0032329298026001002>. Acesso em: 12 de novembro de 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/0032329298026001002>.

IMMERGUT, Ellen. O Núcleo Teórico do Novo Institucionalismo. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas Públicas: Coletânea**. Brasília: Enap, 2007. p. 155-195.

IMS HEALTH (Comp.). Disponível em: <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth>. Acesso em: 12 out. 2018.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Org.). **O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)**. Brasília: Ipea, 2011. ISBN: 978-85-7811-124-3.

KUSCHNIR, Rosana *et al.* Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de *et al.* **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009. p. 125-156. Disponível em: [file:///C:/Users/POSITIVO/Downloads/texto \(1\).pdf](file:///C:/Users/POSITIVO/Downloads/texto%20(1).pdf). Acesso em: 09 fev. 2018.

LABETE, Renata Curi; ROSA, Walisete de Almeida Godinho. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

LANE, Jan-Erik. **The public sector: concepts, models and approaches**. London: Sage Publications, 1995

LAZZARINI, Sergio. **Capitalismo de laços**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 184p.

LEITE, Silvana Nair *et al.* Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, v. 2, n. 51, p. 364-373, 17 jan. 2017.

LIZIERO, Leonam Baesso da Silva; CARVALHO, Fabrício. Federalismo e centralização no Brasil: contrastes na construção da federação brasileira. *Revista de Direito da Cidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1483-1503, 25 jul. 2018.

LOBATO, Lenaura. Algumas considerações sobre a representação de interesses no processo de formulação de políticas púb. In: Saravia, Enrique; Ferrarezi, Elisabete. **Políticas Públicas**. Brasília: Enap, 2006. p. 289-313. (Coletânea).

LUIZA, Vera Lucia. Programa Farmácia Popular do Brasil. Audiconferência. Entrevista concedida a Eduardo Manhães, Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019.

LUIZA, Vera Lucia *et al.* Fortalezas e Desafios dos modelos de provisão e financiamento de medicamentos. In: HASENCLEVER, Lia *et al.* (org.). Vulnerabilidades do Complexo Industrial da Saúde. Rio de Janeiro: E-papers, 2018. cap. 7. p. 213-252.

MANZINI, Eduardo José. **Considerações sobre a transcrição de entrevistas**. 2019. Disponível em: http://www.oneesp.ufscar.br/texto_orientacao_transcricao_entrevista. Acesso em: 29 jun. 2018.

MARQUES, José Elias Domingos Costa. Na busca dos novos líderes: compreendendo o surgimento de candidatos à disputa política pela ótica do neo-institucionalismo da escolha racional. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, CSOn-line, Santa Catarina, v. 1, n. 1, p. 130-151, fev. 2007.

MENDES, Luiz Villarinho *et al.* Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.spe, p. 109-123, out. 2014.

MENDES, Rondinelli Silva. **Programa Farmácia Popular do Brasil**. Audiconferência. Entrevista concedida a Eduardo Manhães, Rio de Janeiro, 07 de agosto de 2019.

MENDES, Rondineli Silva. **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**. 2014. 324 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da UERJ, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MENDES, Rondineli Silva; CAETANO, Rosângela. Programa: caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2943-2956, out. 2015.

MENECUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, abr. 2011.

MESQUITA, Fabiane Cristina Silva; SHIMA, Silvana Simon. O Neo-Institucionalismo histórico e o processo de integração Regional no Mercosul. **Revista Presença Geográfica**, Rondonia, v. 1, n. 6, p. 18-27, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **ABC do SUS doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Farmácia Básica Programa 1997/1998**. 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_07.pdf. Acesso: 03/03/18.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS: princípios e conquistas**. Brasília: MS, 2000. 41 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Medicamentos: Informes Técnicos Institucionais. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 2, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica: O que é e como funciona**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: MS, 2001. 40 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. São Paulo: MS, 2002. 45 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**: Norma: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p. (Série A. N).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Farmácia Popular do Brasil - Rede própria**. Brasília: MS, 2004. 76 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Aqui Tem Farmácia Popular**. 2006. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular/sobre-o-programa>. Acesso em: 09 fev. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**. 2. ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2006. 100 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções técnicas para sua organização**. 2. ed. Brasília, DF: Círculo de Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS: PlanejaSUS**. Brasília: MS, 2006. 51 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 20. ed. Brasília: Conass, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS, 2009. 44 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE S. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: MS, 2010. 144 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília, DF: UFSM, 2010. 39 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**: Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2012. 114 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 81 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PNAB Programa Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 1-108.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**: Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Farmacêutica**. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/470-sctie-ra>. Acesso em: 29 set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de orientações às farmácias e drogarias credenciadas no “aqui tem farmácia popular”**. 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/10/Manual-FPII-versao15.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão**: Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica 2009-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 144 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil**. Brasília: MS, 2016. 54 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: RENAME 2017. Brasília: MS, 2017. 211 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instrumento de Avaliação Externa do "Saúde Mais Perto de você" – Acesso e Qualidade**: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo. 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_amaq_ab_sb_3ciclo.pdf. Acesso em: 20 maio 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde**. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/component/tags/tag/daf>. Acesso em: 25 abr. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estrutura do SUS**. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus>. Acesso em: 16 abr. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sala de Apoio a Gestão Estratégica**. 2019. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 15 fev. 2018.

MOTTA, Glaucia Possas da *et al.* **Uma análise dos impactos econômicos do Programa Farmácia Popular do Brasil**. 2013. Disponível em: http://www.anpec.org.br/encontro/2013/files_l/i12-e75ad295e5f96a014e11b00bd2226ab7.pdf. Acesso em: 19 set. 2018.

MPF/SC Ministério Público Federal/Santa Catarina. **MPF/SC quer proibir cobrança de remédios nas farmácias populares**. 2007. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sc/sala-de-imprensa/noticias-sc/mpf-sc-quer-coibir-cobranca-de-remedios-nas-far>. Acesso em: 04 jul. 2018.

NEGRI, Barjas. **Política Federal de Assistência Farmacêutica: 1990 a 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 44 p.

NORTH, Douglas. **Institutions**. Journal of Economic Perspectives, Pittsburgh, USA, v. 5, n. 1, p. 97-112, 1991.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: Una-Sus, 2015. 42 p.

OLIVEIRA, Antônio Tadeu Ribeiro de. ONEILL, Maria Monica Vieira Caetano. Cenário sociodemográfico em 2022/2030 e distribuição territorial da população. uso e ocupação do solo. *In*: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 41-93. vol. 2. ISBN 978-85-8110-016-6.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. **Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica**. Ciência & Saúde Coletiva, Feira de Santana, v. 3, n. 15, p. 3561-3567, out. 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946**. 2017. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organiz>. Acesso em: 15 fev. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Equitable Access to essential medicines: a framework for collective action: 2004**. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 12 mar. 2018.

OPAS - Organização Pan Americana da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: Opas, 2005. 260 p.

OSGF - Open Source Geospatial Foundation. **QGIS - Quantum Sistema de Informação Geográfica**. 2018. Disponível em: https://www.qgis.org/pt_BR/site. Acesso em: 05 jun. 2018.

OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa *et al.*(Org.). **Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 469 p.

OUPERNEY, Assis Luiz Mafort. **Federalismo e Descentralização do SUS: A Formação de um Regime Polarizado de Relações Intergovernamentais**. 2015. 445 f. Tese (Doutorado em Administração) - Fundação Getúlio Vargas Escola Brasileira de Administração Pública e Empresa, Rio de Janeiro, 2015.

PASQUETTI, Carolina Vedana; JUNGES, Fernanda. **O Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil: evolução da legislação e o seu contexto histórico**. 2011. 20 f. Monografia (Especialização em Farmácia) - Coordenação de Pós-graduação Lato Sensu - Cpgls, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2011.

PBDA - Portal Brasileiro de dados abertos. 2018. Disponível em: <http://dados.gov.br/dataset/unidades-basicas-de-saude-ubs>. Acesso em: 15 mar. 2018.

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

PERES, Paulo Sérgio. Comportamento ou instituições?: A evolução histórica do neo-institucionalismo da ciência política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 23, n. 68, p. 53-71, out. 2008.

PETERS, Guy; PIERRE, Jon (ed.). **Handbook of public policy**. Londres: Sage Publications, 2006. 525 p.

PIOLA, Sérgio Francisco; BARROS, Maria Elizabeth; VIANNA, Solon Magalhães. **Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas**. 1996. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3556. Acesso em: 04 abr. 2018.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. Vinte anos da Constituição de 1988: O que significaram para a saúde da população brasileira?. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (org.). **Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte Anos da Constituição Federal**. Rio de Janeiro: Ipea, 2009. p. 97-172.

PORTELA, Alyne da Silva *et al.* Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Campina Grande, v. 1, n. 31, p. 9-14, 24 abr. 2010.

PROCOPIUCK, Mário. **Políticas Públicas e Fundamentos da Administração Pública**. São Paulo: Atlas, 2013.

PUGIN, Simone Rossi; NASCIMENTO, Vania Barbosa do. **Principais Marcos das Mudanças Institucionais no Setor Saúde**. São Paulo: [s. n.], 1996. Série Didática, n. 1. 32 p.

RECH, Norberto. Programa Farmácia Popular do Brasil. Audiconferência. Entrevista concedida a Eduardo Manhães, Rio de Janeiro, 01 de agosto de 2019.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. São Paulo: UNASUS-UNIFESP, 2012, 18 p.

RIBEIRO, Elizabeth Matos; RIBEIRO, Monica Matos; SANTOS, Reginaldo Souza. **Administração pública contemporânea e as singularidades brasileiras**. 2. ed. Salvador: UFB, 2017. 85 p.

RIGOLIN, Ivan. **Desmitificando os Convênios**. DF: IGEPP, 2006. 8 p.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. Neoinstitucionalismo como modelo de análise para as políticas Públicas: Algumas observações. *Civitas*, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 11-28. 2005.

ROCHA, Carlos Eduardo de Andrade Lima da; SCHNEIDER, Fabio Kurt; GOLDENBERG, Samuel. A centralidade das instituições no neoinstitucionalismo: um referencial analítico para o estudo das políticas Públicas. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. 8, n. 16, p. 25-43, 13 ago. 2015.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares (Org.). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. 224 p.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Para aprender Políticas Públicas**. Brasília: Instituto de Gestão, Economia e Políticas Públicas, 2013.

SANTOS, Rosana Isabel dos; SOARES, Luciano (Org.). **Saúde e Cidadania**. In: Rosana Isabel dos Santos *et al.* (Florianópolis) (Org.). *Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica*. Florianópolis: UFSC, 2018. cap. 2, p. 59-112.

SANTOS-PINTO, Claudia Du Bocage. Copagamento como Ampliação do Acesso a Medicamentos: Programa Farmácia Popular do Brasil. In: Osório-de-Castro, Claudia Garcia Serpa et al. **Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. cap. 24. p. 355-362.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (org.). *Políticas públicas*. Brasília: Enap, 2007. p. 21-42.

SAÚDE DEBATE. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 159-172, outubro 2018.

SENDIM, Cristiane. **Programa Farmácia Popular do Brasil**. Audiconferência., Entrevista concedida a Eduardo Manhães, Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019.

SILIANSKY, Maria de Fátima; HASENCLEVER, Lia; PEIXOTO, André Luis Almeida. **Arranjos institucionais em serviços dependentes de equipamentos para diagnóstico e terapêutica de doenças cardiovasculares: um estudo sobre as regiões Norte e Noroeste do estado do Rio de Janeiro**. In: HASENCLEVER, Lia et al. **Vulnerabilidades do Complexo Industrial da Saúde**. Rio de Janeiro: E-papers, 2018. p. 253-276.

SILVA, Cristina Aparecida da. **O fornecimento de medicamentos: política essencial para a efetivação do direito à saúde**. 2016. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/23811/o-fornecimento-de-medicamentos-politica-essencial-para-a-efetivacao-do-direito-a-saude>. Acesso em: 05 jun. 2018.

SOARES, Márcia Miranda; MACHADO, José Angelo. **Federalismo e Políticas Públicas**. Brasília: Enap, 2018. 112 p. (Escola Nac).

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul.-dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso: 02/03/18.

SOUZA, Renilson. **Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 2002. 101 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Saúde) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf. Acesso em: 03 abr. 2018.

TCU – Tribunal de Contas da União. **Relatório de Auditoria Operacional - Farmácia Popular**. Brasília: TCU, 2011. 68 p.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**. 2002. Disponível em: www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf. Acesso em: 18 fev. 2018.

THAMER, Rogério; LAZZARINI, Sérgio Giovanetti. Projetos de parceria público-privada: fatores que influenciam o avanço dessas iniciativas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 819-846, ago. 2015.

THÉRET, Bruno. **As instituições entre as estruturas e as ações**. *Lua Nova*, São Paulo, v. 1, n. 58, p. 225-254, set. 2003.

VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; REIS, Carlos Octávio Ocké. Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do copagamento. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, v. 1, n. 17, p. 106-171, 1998.

VICENTE, Maximiliano Martin (org.). **A crise do Estado de bem-estar social e a globalização**: um balanço. São Paulo: Unesp, 2009.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1565-1577, out. 2009.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 149-56, 2010.

APÊNDICE A - Artigos referentes ao desenvolvimento da Tese

Até o presente momento, já foram produzidos os seguintes artigos:

Artigo 1

Título: Acesso a medicamentos básicos e essenciais: o Programa Farmácia Popular do Brasil - 2004/2017

Evento: IV Seminário de Desenvolvimento Regional, Estado e Sociedade (SEDRES)

Local: Tocantins

Data: 4 a 6 de setembro de 2018

Artigo 2

Título: A Territorialidade da Política Pública dos Medicamentos Genéricos no Brasil - 2000/2017

Revista: Revista de Políticas Públicas da UFMA

Situação: Publicado

Classificação CAPES – B1

Artigo 3

Título: Descentralização Federativa da Política Pública de Saúde através das Unidades Básicas de Saúde - UBS

Evento: IV Seminário Nacional de Planejamento e Desenvolvimento-IV Snpd, IV Encontro Nacional dos Mestrados Profissionais da Área Planejamento Urbano e Regional e Demografia-Purd/Capes e III Seminário Território, Territorialidade e Desenv. Regional: o Rural

Local: Chapeco

Data: 11 e 12 de abril de 2019

Artigo 4

Título: A abrangência e investimentos da Assistência Farmacêutica do Programa Farmácia Popular do Brasil

Revista: Reflexão e Ação

Situação: Submetido

Classificação CAPES – B1

APÊNDICE B – Questionários

Perguntas à Indústria Farmacêutica - Sindusfarma

- 1) A Indústria Farmacêutica fornecia medicamentos diretamente ao programa
- 2) Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria (Fiocruz) ?
- 3) A Indústria Farmacêutica fornece medicamentos diretamente ao programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Credenciada?
 - a) Existe mensuração do volume desse fornecimento?
 - b) Sendo positiva a resposta a pergunta (1), em quanto (R\$ e %) esse é maior do que o fornecimento ao programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria (Fiocruz).
 - c) Em quanto (R\$ e %) esse volume em unidade e valores aumentou diante do contexto anterior a esse fornecimento, a partir de 2006, com a criação desse programa?
- 4) Há fornecimento de medicamentos diretamente aos municípios (secretarias municipais):
 - a) O volume é significativo ?
 - b) O fornecimento é maior para as Secretarias Municipais ou para as Farmácias credenciadas ?
 - c) Quanto (R\$ e %) cada uma ?
- 5) Em sua visão, o final do programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria foi uma medida correta ou não ? porque ?
- 6) O valor do medicamento vendido ao programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Credenciada é diferenciado conforme a Região do País a que se destina ?
- 7) A Indústria Farmacêutica observou incremento nas vendas/faturamento diante da institucionalização do programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria e Credenciada ?
- 8) A Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS/2017, em 27 de março de 2018, que atualizou os valores de referência dos medicamentos do Programa Aqui Tem Farmácia Popular, em uma política de redução contínua dos valores de referência dos medicamentos, para o tratamento de hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma, assim:
- 9) A medida impactou somente na rede de distribuição ?
- 10) A medida trouxe perdas para a Indústria Farmacêutica? Quanto (R\$ e %)?
- 11) Na sua opinião isso terá quais repercussões ?
- 12) Em que o programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Credenciada pode ser melhorado?
- 13) O Sr. poderia sugerir quem deveríamos entrevistar para aprofundarmos nosso entendimento do assunto na esfera da distribuição?

Perguntas à Associação de Farmácias – Abrafarma

- 1) O Programa Farmácia Popular no contexto da fase “Aqui Tem Farmácia Popular”, implementado por meio da rede privada de estabelecimentos resultou benefícios para o setor de distribuição de medicamentos? Caso Positivo, quais benefícios?
- 2) A implementação do “Aqui Tem Farmácia Popular” gerou custos adicionais aos estabelecimentos de venda ? Quais ?

- 3) Quais motivos levam a uma estabelecimento (farmácia/drogaria) a se credenciar no programa “Aqui Tem Farmácia Popular” ?
- 4) O valor do medicamento vendido ao programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Credenciada é diferenciado conforme a Região do País a que se destina ?
- 5) O setor de farmácias e drogarias observou incremento nas vendas/faturamento diante da institucionalização do programa Farmácia Popular do Brasil “Aqui Tem Farmácia Popular”? Caso positivo, quanto (R\$ e %)?
- 6) A Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS/2017, em 27 de março de 2018, que atualizou os valores de referência dos medicamentos do Programa Aqui Tem Farmácia Popular, em uma política de redução contínua dos valores de referência dos medicamentos, para o tratamento de hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma, assim:
- 7) Quais os impactos na rede de distribuição (atacado e varejo) ?
- 8) A medida trouxe perdas para o setor de farmácias e drogarias? Quanto (R\$/%)?
- 9) Na sua opinião isso terá quais repercussões?
- 10) Recentemente, um elevado número de estabelecimentos foram descredenciados do programa “Aqui Tem Farmácia Popular”. Quais motivos levam ao descredenciamento de uma farmácia/drogaria do programa “Aqui Tem Farmácia Popular” ?
- 11) Em que o programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Credenciada pode ser melhorado?

Perguntas à FIOCRUZ

- 1) Em qual situação se encontrava a AF quando o PFPB foi implementado ?
- 2) Como eram escolhidos os locais para instalação de uma unidade?
- 3) Houve interesse de todos os municípios do país em instalar unidades?
- 4) Na perspectiva de que o município se manifestava quanto ao interesse de ter uma unidade quais:
 - a) Os incentivos para os estados e para que os municípios implementassem o PFPB/RP ?
 - b) Quais dificuldades encontradas para implementação ?
 - c) Outros comentários ?
- 5) Existiam metas a serem alcançadas ? elas foram ?
- 6) Existia uma meta de unidades a serem credenciadas ? Caso positivo qual essa meta ?
- 7) Quais foram os motivos que levaram ao encerramento das atividades do PFPB/RP?
- 8) Em sua percepção o PFPB atua de forma concorrencial com as UBS quanto a AF?
- 9) A partir do período iniciado em 2004, ano de implementação do PFPB/RP, percebe-se uma evolução crescente quanto ao número de estabelecimentos. Essa expansão ocorre até o exercício de 2012, alcançando o quantitativo de 558 unidades. A partir de 2013, a rede de estabelecimentos começa a ser reduzida até a sua completa extinção no exercício de 2017. Porque a redução inicia-se em 2012?
- 10) Quais suas impressões sobre o PFPB/RP?
- 11) Quais foram as vantagens do programa PFPB/RP?

- 12)Quais foram as desvantagens do programa PFPB/RP?
- 13)Quais foram os acertos do programa PFPB/RP?
- 14)Quais foram os erros do programa PFPB/RP?
- 15)Qual sua percepção quanto ao PFPB/RC?

Perguntas ao MS/DAF relativas ao PFPB

- 1) Apresentação do entrevistado.
- 2) A quanto tempo está envolvido no PFPB?
- 3) Poderia falar da construção do PFPB?
- 4) Qual sua avaliação do PFPB no atual momento?
- 5) Existe uma meta de unidades a serem credenciadas? Caso positivo qual essa meta?
- 6) O processo de credenciamento das farmácias e drogarias será reaberto? Existe previsão?
- 7) Quanto ao financiamento, a partir de 2010 ocorre uma redução dos recursos para as UBS's e um aumento de financiamento do PFPB, passando, a partir de 2012 a ter uma relação inversa à existente até então. Esse redirecionamento deriva de alguma estratégia ? Qual ?
- 8) A escolha dos fornecedores/indústrias farmacêuticas é por conta das farmácias?
- 9) Qual a proporção de medicamentos genéricos, de referência de similares provisionados no PFPB-RC?
- 10)No atual entendimento, existe a necessidade de ampliação da quantidade de medicamentos provisionados atualmente? Por quê?
- 11)Existe a necessidade/previsão de inclusão de medicamentos provisionados atualmente (antibióticos, mal de Alzheimer, depressão)?
- 12)Em sua percepção o PFPB atua de forma concorrencial com as UBS quanto a AF?
- 13)De 2006 a 2017, o custo médio do medicamento reduziu ano a ano, enquanto que a quantidade dispensada aumentou, também anualmente, isso se deve a ganhos de escala da iniciativa privada?
- 14)Quanto aos pequenos estabelecimentos, no seu entender:
 - a) Existem desvantagens para seus credenciamentos? Baixo recurso tecnológico.
 - b) Existem vantagens para seus credenciamentos?
- 15)Quanto aos grandes estabelecimentos:
 - a) Existem desvantagens para seus credenciamentos?
 - b) Existem vantagens para seus credenciamentos?
- 16)A limitação, quanto a quantidade de dispensação e, principalmente, tecnologia, das pequenas farmácias impedem o espraiamento do PFPB nos pequenos municípios? Alguma ação está prevista para atenuar essa fragilidade?
- 17)Existe alguma previsão para viabilizar os pequenos estabelecimentos, com reduzido ou nenhum recurso tecnológico, de integrarem a rede do PFPB/RC?
- 18)No atual entendimento, o PFPB/RC proporcionou um ganho de mercado aos estabelecimentos (farmácias e drogarias) comerciais? Em que proporção?
- 19)A partir de 2010 o número de pessoas atendidas pelo PFPB/RC tem aumentado anualmente, sendo a relação R\$ Fomento/pessoa acompanhado esse crescimento. Porém, a partir do ano de 2015, o número de pessoas atendidas continuou a crescer, mas a relação R\$ Fomento/pessoa decresceu e tem sido

assim até 2017, conforme percebe-se no gráfico a seguir, qual a razão para essa inflexão a partir de 2015 ?

- 20) Existe algum critério de definição para realização de repasses para a dispensação de medicamentos pelas UBS's e estabelecimentos do PFPB/RC.
- 21) Quais suas impressões sobre o PFPB/RC?
- 22) Quais são os acertos e erros do programa PFPB/RC?
- 23) Em quais aspectos o PFPB/RC deveria ser modificado?
- 24) Quais as vantagens e desvantagens do programa PFPB/RC?
- 25) Quais os acertos e erros do programa PFPB/RC?

APÊNDICE C - Curriculum dos Entrevistados

Cristiane Sendim: Possui graduação em Direito pela Sociedade Unificada de Ensino Superior e Cultura (2002) e graduação em Administração de Empresas pela Fundação Técnico Educacional Souza Marques (1994). Especialização em Gestão pela Qualidade Total pela Universidade Estácio de Sá (1998) e em Direito e Saúde pela Fiocruz/ENSP/DIHS (2016). Mestrado em Gestão de Ciência e Tecnologia em Saúde pela ENSP/Fiocruz (2004). Atuou como Diretora da Diretoria de Administração da Fiocruz no período de 2006 a 2016. Atualmente integra o Conselho Fiscal da Caixa de Assistência/Fiosaúde e o Conselho Deliberativo do Instituto Oswaldo Cruz de Previdência Complementar/Fioprev com mandatos até 2019. Atua na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz como educador profissional no curso de Gerência em Saúde nas disciplinas Gestão do Cuidado em Saúde, Gestão de Materiais e Licitações em Saúde e Direito Administrativo aplicado à Gestão em Saúde.

Dirceu Barbano: Formado em Ciências Farmacêuticas, na modalidade Farmácia Industrial, pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, em 1989, onde iniciou a carreira profissional como docente pelo período de 10 anos. Mestrado em Fármacos e Medicamentos. Conselheiro do Conselho Federal de Farmácia e o de diretor do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Ocupou o cargo de Secretário Municipal de Saúde do município de Ibaté SP, No Ministério da Saúde foi Coordenador do Programa Farmácia Popular do Brasil, antes de se tornar Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Foi Secretário Substituto de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (2005/2006) período no qual foi o Programa Farmácia Popular do Brasil foi expandido para as farmácias privadas. Secretário Municipal de Saúde em de São Carlos/SP. De volta ao Ministério da Saúde (2007), reassumiu o cargo de Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2008). Diretor-Presidente da ANVISA (2011).

Hayne Felipe: Farmacêutico, Mestre em química de produtos naturais trabalha na Fundação Oswaldo Cruz desde 1985.

Isabel Emmerick : Graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2003), especialista em Saúde Pública e mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2006, 2011). Período Sanduiche na Universidade de Harvard. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: assistência farmacêutica, avaliação, uso racional de medicamentos, preço de medicamentos e política de saúde.

Jamaira Giora: Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (1975) e Especialização em Farmácia Industrial (1976). Atualmente é assessora da Vice Presidência de Produção e Inovação em Saúde da FIOCRUZ e Consultora empresarial.

Nelson Mussolini: Advogado. Larga experiência na indústria farmacêutica, desempenhando funções executivas em grandes empresas. Vice-presidente corporativo da Eurofarma Laboratórios Ltda, Presidente da ABIMIP (Associação

Brasileira da Indústria de Medicamentos Sem Receita Médica), ocupou o cargo de vice-presidente no SINDUSFARMA (2007/08), foi membro do Conselho de Administração da FEBRAFARMA (Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica) e da INTERFARMA (Associação Brasileira dos Laboratórios de Pesquisa).

Norberto Rech: Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1982) e mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1993). É professor do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina desde 1985. Entre 2003 e 2004 atuou como gestor público junto ao MS, nas funções de Secretário Adjunto de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e, cumulativamente, como Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica. Entre 2004 e 2005 exerceu a função de Assessor Especial do Ministro de Estado da Saúde. Entre 2005 e 2009 exerceu a função de Adjunto do Diretor Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), passando a exercer a função de Assessor Especial da Presidência da Anvisa entre os anos de 2010 e 2014. Entre os anos de 2011 e 2012 exerceu cumulativamente a função de Gerente Geral de Medicamentos da Anvisa. Foi presidente da Farmacopéia Brasileira no período de 2013 a 2016.

Rondinelli Mendes da Silva : Doutor (em 2014) e mestre (2008) em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Graduado em Farmácia Industrial pela Universidade Federal Fluminense (1996). Atualmente é Pesquisador em Saúde Pública do Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Docente do curso de aperfeiçoamento em vigilância sanitária da Fundação Oswaldo Cruz. Especialista em Farmácia Hospitalar (UFF), Vigilância Sanitária (Fiocruz) e em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Fiocruz).

Vera Lucia Luiza: Doutora pela Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz em 2003 e o pós doutoramento na Universidade de Harvard em 2009. Atualmente é pesquisadora em saúde pública titular do Núcleo de Assistência Farmacêutica, ENSP/Fiocruz, Centro Colaborador da OPAS/OMS em Políticas Farmacêuticas, tendo sido sua coordenadora no período de 2007-2014.

APÊNDICE D – Relação Medicamentos Provisonados PFPB/RP

ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150 MG/ML	FUROSEMIDA 40MG/COMP.
ACICLOVIR 200MG/COMP.	GLIBENCLAMIDA 5MG/COMP.
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG/COMP.	SAIS P/ REIDRATAÇÃO ORAL/ PÓ P/SOL. ORAL/
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 500MG/COMP.	HALOPERIDOL 1MG/COMP.
ÁCIDO FÓLICO 5MG/COMP.	HALOPERIDOL 2MG/ML/SOL. ORAL
ALBENDAZOL 400MG/COMP. MASTIGÁVEL	HALOPERIDOL 5MG/COMP.
ALENDRONATO DE SÓDIO 70 MG/COMP	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG/COMP.
ALOPURINOL 100MG/COMP.	IBUPROFENO 300MG/COMP.
AMIODARONA 200MG/COMP.	LEVONORGESTREL 0,75MG/COMP.
AMITRIPTILINA 25MG/COMP.	LORATADINA 10MG/COMP.
AMOXICILINA 250MG/5ML/PÓ P/SUSP. ORAL 150 ML	LOSARTANA 50MG/COMP.
AMOXICILINA 250MG/5ML/PÓ P/SUSP. ORAL 60 ML	MEBENDAZOL 100MG/5ML/SUP. ORAL 30 ML
AMOXICILINA 500MG/CÁPS.	MEBENDAZOL 100MG/COMP.
ATENOLOL 25MG/COMP.	METFORMINA 500MG/COMP.
AZATIOPRINA 50MG/COMP.	METFORMINA 850MG/COMP.
AZITROMICINA 500MG/COMP.	METILDOPA 250MG/COMP.REV.
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000UI/PÓ	METILDOPA 500MG/COMP.REV.
BENZILPENICILINA PROCÁINA+POTÁSSICA	METOCLOPRAMIDA 10MG/COMP.
BENZILPENICILINA PROCÁINA+POTÁSSICA	METOCLOPRAMIDA 4MG/ML/SOL.ORAL 10 ML
BENZOATO DE BENZILA 200MG/ML/EMULSÃO 100 ML	METRONIDAZOL 200MG/5ML/SUSP. ORAL 100 ML
BENZOATO DE BENZILA 200MG/ML/EMULSÃO 60 ML	METRONIDAZOL 250MG/COMP.
BIPERIDENO 2MG/COMP.	METRONIDAZOL 5% CREME VAGINAL
BROMETO DE N-BUTILESCOPOLAMINA 10 MG	MICONAZOL 2%/LOCÃO/ FRASCO 30 ML
CAPTOPRIL 25MG/COMP	MICONAZOL 2%/PÓ/ FRASCO 30 ML
CARBAMAZEPINA 200MG/COMP.	MONITRATO DE ISOSSORBIDA 20MG/COMP.
CARBIDOPA + LEVODOPA 25MG + 250MG/COMP.	NEOMICINA + BACITRACINA 5MG + 250UI/G/10G
CEFALEXINA 250MG/5ML/SUSP. ORAL 125 ML	NEOMICINA + BACITRACINA 5MG + 250UI/G/15G
CEFALEXINA 250MG/5ML/SUSP. ORAL 60 ML	NIFEDIPINA 20MG/COMP.LIB.CONT.
CEFALEXINA 500MG/CÁPS.	NISTATINA 100.000 UI/ML/ SUSP. ORAL 30 ML
CETOCONAZOL 200MG/COMP.	NISTATINA 25.000 UI/CREM. VAGINAL/ TUBO 50G
CIPROFLOXACINO 500MG/COMP.	NISTATINA 25.000 UI/CREM. VAGINAL/ TUBO 60G
CLONAZEPAM 2MG/COMP	NORETISTERONA 0,35MG/COMP.
CLORETO DE POTÁSSIO 60MG/ML/XPE.	OMEPRAZOL 20MG/CÁPS.
CLORETO DE SÓDIO 0,9% 9MG/ML/SOL. NASAL	PARACETAMOL 100MG/ML/SOL. ORAL GTS 10 ML
CLORPROMAZINA 100MG/COMP.	PARACETAMOL 100MG/ML/SOL. ORAL GTS 15 ML
CLORPROMAZINA 25MG/COMP.	PARACETAMOL 200MG/ML/SOL. ORAL GTS 10 ML
DEXAMETASONA CREM.0,1%	PARACETAMOL 200MG/ML/SOL. ORAL GTS 15 ML
DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/SOL. ORAL 120 ML	PARACETAMOL 500MG/COMP.
DEXCLORFENIRAMINA 2MG/COMP.	PREDNISONA 20MG/COMP.
DIAZEPAM 10MG/COMP.SULCADO	PREDNISONA 5MG/COMP.
DIAZEPAM 5MG/COMP.SULCADO	PROMETAZINA 25MG/COMP.
DIGOXINA 0,25MG/COMP.	PROPRANOLOL 40MG/COMP.
DIPIRONA 500MG/ML GTS	RANITIDINA 150MG/COMP.
DOXICICLINA 100MG/COMP.	SAIS P/ REIDRATAÇÃO ORAL/ PÓ P/SOL. ORAL
ENALAPRIL 10MG/COMP.	SALBUTAMOL 2MG/5ML/XPE/ FRASCO 120 ML
ENALAPRIL 20MG/COMP.	SALBUTAMOL 2MG/5ML/XPE/ FRASCO 125 ML
ENANTATO NORETISTERONA+VALERATO ESTRADIOL	SALBUTAMOL 2MG/COMP. SULCADO
ENANTATO NORETISTERONA+VALERATO ESTRADIOL	SINVASTATINA 20MG/COMP.
ERITROMICINA 125MG/5ML/SUSP. ORAL	SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIMA 200MG+100 ML
ERITROMICINA 500MG/COMP./CÁPS.	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 200MG+ 50 ML
ETINILESTRADIOL+LEVONORGESTREL	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 200MG+ 60 ML
FENITOÍNA 100MG/COMP.	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400MG+ 80MG
FENOBARBITAL 100MG/COMP.	SULFASSALAZINA 500MG/COMP.
FLUCONAZOL 100MG/REV.	TIABENDAZOL 5%/POM/ TUBO 20 G
FLUCONAZOL 150MG/REV.	VALPROATO DE SÓDIO 50MG/ML/XPE 100ML

FLUOXETINA 20MG/COMP.	VERAPAMILA 80MG/COMP.
-----------------------	-----------------------

APÊNDICE E – Relação Medicamentos Provisionados PFPB/RC

Medicamento	Indicação	Pagamento
Acetato de medroxiprogesterona 150mg	Anticoncepção	Copagamento
Atenolol 25mg	Hipertensão	Gratuidade
Blibenclamida 5mg	Diabetes	Gratuidade
Brometo de ipratrópio 0,02mg/dose	Asma	Gratuidade
Brometo de ipratrópio 0,25mg/ml	Asma	Gratuidade
Budesonida 32mcg	Rinite	Copagamento
Budesonida 50mcg	Rinite	Copagamento
Captopril 25mg	Hipertensão	Gratuidade
Cloridrato de metformina 500mg	Diabetes	Gratuidade
Cloridrato de metformina 500mg – ação	Diabetes	Gratuidade
Cloridrato de metformina 850mg	Diabetes	Gratuidade
Cloridrato de propranolol 40mg	Hipertensão	Gratuidade
Dipropionato de beclometsona 200mcg/cápsula	Asma	Gratuidade
Dipropionato de beclometsona 200mcg/dose	Asma	Gratuidade
Dipropionato de beclometsona 250mcg	Asma	Gratuidade
Dipropionato de beclometsona 50mcg	Asma	Gratuidade
Dipropionato de beclometsona 50mcg	Rinite	Copagamento
Etinilestradiol 0,03mg + levonorgestrel 0,15mg	Anticoncepção	Copagamento
Hidroclorotiazida 25mg	Hipertensão	Gratuidade
Insulina humana 100ui/ml	Diabetes	Gratuidade
Insulina humana regular 100ui/ml	Diabetes	Gratuidade
Losartana potássica 50mg	Hipertensão	Gratuidade
Maleato de enalapril 10mg	Hipertensão	Gratuidade
Noretisterona 0,35mg	Anticoncepção	Copagamento
Sinvastatina 10mg	Dislipidemia	Copagamento
Sinvastatina 20mg	Dislipidemia	Copagamento
Sinvastatina 40mg	Dislipidemia	Copagamento
Sulfato de salbutamol 100mcg	Asma	Gratuidade
Sulfato de salbutamol 5mg	Asma	Gratuidade
Valerato de estradiol 5mg + enantato de	Anticoncepção	Copagamento

Fonte: MS (2019).