

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA**

WENDY BEATRIZ WITT HADDAD CARRARO

**DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DO BRASIL E O
PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR:
LIMITANTES E POTENCIALIDADES**

Porto Alegre

2014

WENDY BEATRIZ WITT HADDAD CARRARO

**DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DO BRASIL E O
PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR:
LIMITANTES E POTENCIALIDADES**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Economia do Desenvolvimento.

Orientadora: Prof.^a Dra. Janice Dornelles de Castro

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Carraro, Wendy Beatriz Witt Haddad
Desenvolvimento econômico do Brasil e o Programa
Aqui tem Farmácia Popular : limitantes e
potencialidades / Wendy Beatriz Witt Haddad
Carraro. -- 2013.
132 f.

Orientadora: Janice Dornelles de Castro.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas,
Programa de Pós-Graduação em Economia, Porto Alegre,
BR-RS, 2013.

1. Desenvolvimento econômico. 2. Medicamentos
essenciais. 3. Programa Aqui tem Farmácia Popular.
4. Acesso à saúde. 5. Complexo Econômico-Industrial da
Saúde. I. Castro, Janice Dornelles de , orient. II.
Título.

WENDY BEATRIZ WITT HADDAD CARRARO

**DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DO BRASIL E O
PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR:
LIMITANTES E POTENCIALIDADES**

Tese de Doutorado em Economia submetida ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Economia.

Aprovada em: Porto Alegre, 13 de maio de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Janice Dornelles de Castro – Orientadora
UFRGS

Prof. Dr. Hélio Henkin
UFRGS

Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue
UFRGS

Prof.^a Dra Carine Raquel Blatt
UFCSPA

*Dedico esta tese às minhas fontes inesgotáveis
de energia, inspiração e amor: Pedro, Lucas e
Tiago.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, pelas oportunidades, pelas conquistas, pelo discernimento nas decisões tomadas. Agradeço-Lhe por colocar pessoas abençoadas e especiais no meu caminho e por torná-las fundamentais para esta conquista.

Aos meus pais, Seu Gabriel e Dona Eva Maria, mais do que pela vida, agradeço pelo que me ensinaram de melhor: dar valor à ela. Esta conquista é fruto de toda a dedicação e amor de vocês.

Agradeço a Evelyn, que mais do que irmã, é minha amiga, companheira e inspiradora. Obrigada por todo o apoio, suporte, palavras de conforto, parceria e ânimo.

Agradeço aos meus filhos, Lucas e Tiago, por toda a compreensão, paciência, por me ensinarem que a melhor faculdade desta vida é a de ser mãe. Ao meu amado esposo Pedro Carraro, por acreditar, apoiar e confiar. Amo muito vocês.

Agradeço a minha professora e orientadora Janice Dornelles de Castro, pelo apoio, disponibilidade, parceria e encorajamento contínuos no desenvolvimento da tese.

Aos professores Sotero Serrate Mengue, Carine Blatt, Hélio Henkin, Paulo Schmidt e Bruce Duncan pela presteza em compartilhar seus conhecimentos para meu aprimoramento.

Agradeço aos integrantes do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde que oportunizaram a realização da pesquisa e a todos envolvidos nas coletas de dados.

À minha colega e amiga Elisangela Luzia Araújo sou grata pelo companheirismo, convivência e pelo conhecimento compartilhado.

Agradeço à Regina Coeli pelas “quinas” arredondadas, pelo trabalho de revisão e apoio. À equipe da Biblioteca Gládis W. do Amaral que, prontamente, auxiliou nas orientações e normatizações para a elaboração desta.

A todos que colaboraram: professores do PPGE e colegas do DCCA e UFRGS; meus alunos, familiares e amigos; aos que compreenderam os sacrifícios, a falta de paciência, de tempo; aos que me apoiaram, me desafiaram, me compreenderam.

Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos.

(WHO, 1946)

RESUMO

Esta tese tem por objetivo apresentar limitantes e potencialidades da política de acesso aos medicamentos essenciais, implementada através do *Programa Aqui tem Farmácia Popular* (PAFP) na perspectiva do desenvolvimento econômico do país. Para alcançá-lo, propôs-se a realização de uma pesquisa, com enfoques particulares, inter-relacionados, dando origem a três artigos. O primeiro artigo analisa a estrutura do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), tendo por base as dimensões propostas no modelo da Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com a *Management Sciences for Health* (MSH), discutindo conceitos e abordagens do papel do Estado na perspectiva do desenvolvimento econômico, modelos de acesso a medicamentos e indicadores do setor saúde no contexto do desenvolvimento econômico no Brasil. Ao caracterizar o PFPB, identificaram-se elementos alinhados às dimensões disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade geográfica e poder de compra. A estratégia do PAFP mostrou-se ser econômica, justificando manter-se como estratégia prioritária do Estado. Entretanto, há limitações a serem consideradas para que tenha melhor desempenho no que se propõe, em especial, em relação à dimensão do poder de compra da farmácia privada. Com o intuito de verificar o papel do Estado através de ações no âmbito da assistência farmacêutica, o segundo artigo avalia, qualitativamente, o PAFP, a partir da perspectiva dos usuários. Os dados foram obtidos através de procedimentos metodológicos e de instrumento desenvolvidos para tal. Avaliou-se a ocorrência de migração dos usuários do Programa Farmácia Básica (PFB) do SUS para o PAFP e suas motivações, incluindo a avaliação do atendimento de suas necessidades e o seu grau de satisfação em relação ao PAFP. Os resultados indicam que não há migração significativa (16%) de usuários do PFB do SUS para o PAFP, sugerindo que não há concorrência entre os Programas, sendo complementares. A pesquisa possibilitou reconhecer que houve ampliação da facilidade de acesso a medicamentos, oferta de alternativa positiva para os usuários, ganho financeiro do usuário com a utilização do PAFP, entre outros. Constata-se, entretanto, como limitantes, a questão da inconstitucionalidade do Sistema de Copagamento e a sustentabilidade financeira do Programa. O terceiro artigo apresenta elementos que apontam aspectos de integração, ou não, da dinâmica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) aos resultados do PAFP, a partir da pesquisa empírica realizada para identificar e comparar os gastos federais entre o PFB do SUS e o PAFP. A fundamentação teórica abrange as relações do desenvolvimento econômico, inovação tecnológica e o CEIS. Os dados da pesquisa foram obtidos entre 12 municípios que compuseram o estudo piloto, na perspectiva da aplicação da

metodologia em todo o país. A análise comparativa dos valores de compra de medicamentos entre as duas redes, pública e privada, evidenciou que o valor de compra pelas farmácias privadas é maior que o praticado pelas farmácias públicas. A análise custo-volume permitiu inferir que a farmácia privada tem compensações entre os medicamentos. Conclui-se que, de fato, não há integração plena do CEIS na promoção do PAFP. Apesar dos limitantes, as potencialidades identificadas no PAFP, desafiam o Estado a assumir o papel de regulador do acesso a medicamentos essenciais, de articulador da complexa rede de atores, públicos e privados e de promotor da equidade das necessidades de assistência farmacêutica, sendo um dos responsáveis pelo desenvolvimento econômico do Brasil, em suas dimensões econômica, política e social.

Palavras-chaves: Desenvolvimento econômico. Acesso à saúde. Medicamentos essenciais. Programa Aqui tem Farmácia Popular. Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

ABSTRACT

This thesis aims to present limits and potentialities of access policy to essential medicines, implemented by “Aqui Tem Farmácia Popular” Program (PAFP) from the standpoint of the country economic development. To reach this objective, a research with specific and connected approaches is proposed, giving rise to three papers. The first paper analyses the structure of the “Farmácia Popular do Brasil” Program (PFPB), based on the proposed dimensions of the World Health Organization (OMS) model together with the Management Sciences for Health (MSH), discussing concepts and approaches of the State role on the perspective of the economic development, access to medicines models and health sector indicators as part of economic development in Brazil. While featuring the PFPB, aligned elements have been identified to the dimensions availability, accessibility, acceptability, and affordability. The PAFP strategy showed to be economic, justifying that it is kept as the State priority strategy. Although, there are limits to be considered in order to have a better performance in that it is proposed, specially, related to the private pharmacy affordability dimension. In order to check the State role through actions within the pharmaceutical assistance, the second paper assesses qualitatively the PAFP, from the perspective of the users. All data were obtained through methodological procedure and a survey that has been developed specially for this study. It was evaluated the happening of the users migration from “Farmácia Básica” Program (PFB) of SUS to the PAFP and its motivations, including the evaluation of the attendance of its needs and its level of satisfaction. In relation to PAFP, the results point that there is no significant migration (16%) from PFB of SUS users to the PAFP, suggesting that there is no competition between both Programs, they are complementary. The research allowed recognizing that there was an increase of the access facility to medicines, supply of positive alternative for users, financial gain of user when using the PAFP, among others. It is noted, however, as limits, the question of unconstitutionality of Copayment System and the financial sustainability of the Program. The third paper presents elements that indicate integration aspects, or not, of the Health Economic Industrial Complex (CEIS) dynamic to the PAFP results, from the empiric survey to identify and compare the federal spending's between the PFB of SUS and PAFP. The theoretical ground covers the relations of the economic development, technological innovation and the CEIS. The research data were achieved amongst 12 municipalities that composed the pilot study, on the perspective of the methodology application in all country. The comparative analysis of purchasing values of medicines between both nets, public and private, highlights that the purchase value in the

private pharmacies are higher than the one at the public's pharmacies. The analysis cost-volume allowed suggesting that the private pharmacy has compensations among medicines. It is concluded that, in fact, there is no full integration from CEIS. Despite the limits, the identified potentialities in PAFP challenge the State to play the role as an access to essential medicines regulator, as the complex public and private actors' net articulator and as a promoter of the needs equity in the pharmaceutical assistance, being responsible for the Brazil economic development.

Keywords: Economic Development. Access. Essential Medicaments. Aqui tem Farmácia Popular Program. Health Economic Industrial Complex.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.1	– Formas de acesso aos medicamentos essenciais no Brasil com financiamento total e/ou parcial do governo federal	20
Figura 1.2	– Desenho de pesquisa.....	26
Figura 2.1	– Modelo de Bigdeli et al. (2012) para acesso a medicamentos.....	36
Figura 2.3	– Despesa total em saúde no mundo percentagem do PIB de 2011(*)	42
Figura 2.4	– Inserção do PFPB na estrutura do SUS	46
Gráfico 3.1	– Local de obtenção dos itens antes do Programa Aqui tem Farmácia Popular .	68
Quadro 2.1	– Restrições de acesso a medicamentos por nível do sistema de saúde do modelo Bigdeli.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 2. 1	– Indicadores de Participação da saúde na economia do Brasil - 2007 – 2009 43
Tabela 3. 1	– Formas de obtenção de itens antes do PAFP, por tratamento de saúde 69
Tabela 3. 2	– Satisfação do usuário do Programa Aqui tem Farmácia Popular 70
Tabela 3. 3	– Financiamento médio mensal do Ministério da Saúde por usuário do Programa Aqui tem Farmácia Popular. Período: janeiro a julho de 2012. 71
Tabela 3. 4	– Análise do impacto do Programa Aqui tem Farmácia Popular para usuários e sociedade 71
Tabela 4. 1	– Estimativa do gasto operacional por unidade farmacotécnica e volume financeiro de compra distribuída por município e região do Brasil - 2011 91
Tabela 4. 2	– Comparativo do gasto total por unidade farmacotécnica da rede básica com os valores financiados pelo Ministério da Saúde para o <i>Programa Aqui tem Farmácia Popular</i> – 2011 93
Tabela 4. 3	– Análise comparativa do valor de compra de medicamentos com maior variação – 2011 96
Tabela 4. 4	– Comparativo do valor de referência pago pelo MS com o valor de compra de medicamentos da farmácia privada - 2011 98
Tabela 4. 5	– Resultados totais da análise de custo-volume dos medicamentos do <i>Programa Aqui tem Farmácia Popular</i> - 2011 99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	– Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAF	– Central de Abastecimento Farmacêutico
CEIS	– Complexo Econômico-Industrial da Saúde
CF	– Constituição Federal
CICT	– Centro de Informação Científica e Tecnológica
CONASS	– Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONOF/CD	– Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados
DAF	– Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DATASUS	– Departamento de Informática do SUS
FEBRAFAR	– Federação Brasileira das Redes Associativas de Farmácias
Fiocruz	– Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	– Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	– Ministério da Saúde
MSF	– <i>Médecins Sans Frontières</i>
MSH	– <i>Management Sciences for Health</i>
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
OPAS	– Organização Pan-Americana de Saúde
PAC	– Programa de Aceleração do Crescimento
PAFP	– Programa Aqui tem Farmácia Popular
PDE	– Plano de Desenvolvimento da Educação
PFB	– Programa Farmácia Básica do SUS

PFPB	– Programa Farmácia Popular do Brasil
PIA	– Pesquisa Industrial Anual
PIB	– Produto Interno Bruto
PNGC	– Programa Nacional de Gestão de Custos
PRONASCI	– Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
RENAME	– Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SCTIE	– Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SINDUSFARMA	– Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no estado de São Paulo
SNTP	– Campanha A Saúde Não Tem Preço
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCU	– Tribunal de Contas da União
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UFRGS	– Universidade Federal do Rio Grande do Sul
WHO	– <i>World Health Organization</i>
WTO	– <i>World Trade Organization Secretariats</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	OBJETIVOS	23
1.2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E ESTRATÉGIA DE AÇÃO	24
1.2.1	Caracterização da pesquisa	24
1.2.2	Desenho da pesquisa: procedimentos técnicos de coleta e de análise dos dados...25	
2	ESTRUTURA E MODELO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL: UMA ANÁLISE DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL.....	30
2.1	INTRODUÇÃO	30
2.2	O ESTADO E O ACESSO A MEDICAMENTOS	32
2.2.1	Desenvolvimento econômico e o papel do Estado	33
2.2.2	Modelos de acesso a medicamentos	35
2.3	A IMPORTÂNCIA DO SETOR SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO	41
2.4	ESTRUTURA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL	45
2.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
3	O PAPEL DO ESTADO E O DIREITO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: O PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS.....	56
3.1	INTRODUÇÃO	56
3.2	DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, ESTADO E BEM-ESTAR SOCIAL	58
3.3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E ESTRATÉGIA DE AÇÃO.....	66
3.4	ANÁLISE DOS RESULTADOS	67
3.4.1	Perfil geral dos entrevistados.....	67
3.4.2	Caracterização do tratamento de saúde	67
3.4.3	Participação e percepção dos usuários do PAFP	68
3.4.4	Avaliação quantitativa e qualitativa do PAFP	70
3.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72

4	INTEGRAÇÃO ENTRE O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE E O PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR: UMA ANÁLISE DOS GASTOS FEDERAIS	76
4.1	INTRODUÇÃO	76
4.2	DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, INOVAÇÃO E CEIS	78
4.2.1	Desenvolvimento econômico e inovação tecnológica	78
4.2.2	O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil	81
4.3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E ESTRATÉGIA DE AÇÃO.....	84
4.3.1	Seleção da amostra	84
4.3.2	Coleta de dados	85
4.3.3	Método de análise	87
4.4	ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA	90
4.4.1	Gasto operacional por unidade farmacotécnica	90
4.4.2	Comparação dos gastos totais.....	91
4.4.3	Comparação do valor de compra de medicamentos	95
4.4.4	Análise de custo-volume	99
4.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
5	CONCLUSÃO.....	105
	REFERÊNCIAS.....	110
	APÊNDICE A - Instrumento de pesquisa: avaliação do Programa Aqui tem Farmácia Popular	119
	APÊNDICE B - Instrumento para identificação dos gastos operacionais da CAF e farmácia analisada - valores anuais	122
	APÊNDICE C - Instrumento para cálculo do gasto operacional por unidade farmacotécnica - valores anuais	124
	APÊNDICE D – Análise comparativa do valor de compra de medicamentos do PAFP – 2011	125
	APÊNDICE E – Comparativo do valor de referência pago pelo MS com o valor de compra de medicamentos da farmácia privada – 2011.....	126
	APÊNDICE F – Resultados totais da análise de custo-volume dos medicamentos do Programa Aqui tem Farmácia Popular - 2011	127

ANEXO A – Lista de medicamentos contemplados no Programa Aqui tem Farmácia Popular por tratamento	129
ANEXO B – Carta de formalização enviada pelo Ministério da Saúde para participação dos municípios na pesquisa.....	130
ANEXO C – Atores públicos e privados segundo o subsistema do ciclo da assistência farmacêutica e mercado de medicamentos.....	132

1 INTRODUÇÃO

Esta tese trata dos principais Programas de distribuição de medicamentos, analisando aspectos relativos ao acesso, percepção dos usuários, impactos para o desenvolvimento econômico, no âmbito do direito à saúde e do papel do Estado.

A saúde, estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de enfermidade, é uma das necessidades básicas da espécie humana. O direito à saúde é reconhecido, pela Organização das Nações Unidas - ONU (1948), como um dos direitos humanos fundamentais. Sua garantia envolve a melhoria na qualidade de vida das populações e, para que isso ocorra, é necessário um conjunto de ações, dentre elas, a ampliação do acesso, da promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. O papel do Estado é garantir seja através da produção, da organização ou da regulação dos diferentes agentes econômicos.

O desenvolvimento econômico de um país não pode ser medido apenas pelo crescimento de sua economia, mas também através de mudanças qualitativas nas condições de vida de seus cidadãos, pois não existe nação desenvolvida sem uma população saudável. Nessa medida, as políticas públicas de saúde compõem o conjunto de ações necessárias para garantir essas mudanças. A articulação entre desenvolvimento econômico e saúde é uma das principais questões da atualidade e está inserida nas discussões sobre o impacto das condições de saúde para o desenvolvimento econômico e vice-versa. Gadelha (2007) enfatiza que a saúde é um fim em si mesmo e um fator favorável ao desenvolvimento econômico, o que é reforçado pelo relatório produzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) cujo título: *Macroeconomia e saúde: investindo na saúde para o desenvolvimento econômico* indica esta perspectiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2001).

Viana e Elias (2007) discutem as possíveis soluções para que o Brasil constitua um modelo virtuoso de associação entre saúde e desenvolvimento. Salientam a importância do complexo produtivo desse elemento para o desenvolvimento nacional, por se tratar de um campo em que inovação tecnológica e acumulação de capital geram oportunidades de investimento, de trabalho e de renda, produzindo, assim, avanços importantes para melhorar o estado de saúde das pessoas. Para os autores, esse componente pode ser visto por três óticas e dessa interação são obtidas as características dos modernos sistemas de saúde. Enquanto direito, a economia alinha a saúde ao fenômeno de desmercantilização do acesso, criando os sistemas de proteção social; como bem econômico, considerando a saúde a partir da mercantilização da oferta, ocasionando diversos fenômenos como o assalariamento dos profissionais e formação das operadoras de planos e seguros saúde; e como espaço de

acumulação de capital, formando o Complexo Econômico-Industrial da Saúde¹ (CEIS), trazendo consigo a globalização financeira da riqueza.

O Brasil, nas últimas décadas, tem apresentado mudanças significativas na expectativa de vida, na redução da mortalidade infantil, no aumento de cobertura em programas de imunizações e na incorporação de tecnologias de ponta e resolutivas, evoluindo, com resultados e impactos positivos nos indicadores epidemiológicos e econômicos (BRASIL, 2008), demandando políticas diferenciadas no âmbito da atenção à saúde. Esta tem sido apontada como o problema mais importante enfrentado no cotidiano (24,2%), seguido por desemprego (22,8%), situação financeira (15,9%) e violência (14%) (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS, 2003). Segundo o relatório de Contas Satélites de Saúde, referente ao período 2007 a 2009 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2012), a participação das atividades de saúde no valor adicionado da economia brasileira foi, em média, de 6,1%. Em 2009, os gastos em saúde representavam 8,8% do Produto Interno Bruto (PIB).

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabelece em seu artigo 196 que a saúde é direito de todos e obrigação do Estado e deve ser garantida por políticas sociais e econômicas, visando a redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços, para sua promoção, proteção e recuperação. Esse direito constitucional foi regulamentado pela Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990). O Sistema Único de Saúde² (SUS) propõe uma rede de ações e serviços, regionalizada e hierarquizada no território nacional, com direção única em cada esfera de governo, tendo por princípios: a universalização, a integralidade, a descentralização e a participação popular.

O interesse deste trabalho é estudar aspectos da política de medicamentos, estabelecida através da Resolução nº 338 (BRASIL, 2004), que constitui um dos elementos fundamentais para a implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde, além de garantirem a segurança necessária, a eficácia e a qualidade dos

¹ O Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) é uma designação empregada para o Sistema Produtivo da Saúde (GADELHA, 2008, 2009).

² Antes de 1988 o sistema público de saúde atendia somente quem contribuía para a Previdência Social, os demais dependiam da caridade e da filantropia. O sistema era centralizado e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários. Cerca de 30 milhões de pessoas tinham acesso aos serviços hospitalares.

medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso àqueles elencados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais³ (RENAME) (BRASIL, 2010a).

O Ministério da Saúde definiu através da Política de Assistência Farmacêutica três componentes da Assistência Farmacêutica: Básico, Estratégico e Especializado. O componente básico é financiado pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios e destina-se ao custeio dos medicamentos destinados às doenças mais prevalentes e prioritárias da Atenção Básica da Saúde. São dispensados nas farmácias básicas do município.

O componente Estratégico da Assistência Farmacêutica tem como objetivo garantir o acesso aos medicamentos por portadores de doenças que configuram problemas de saúde pública, consideradas como de caráter estratégico pelo Ministério da Saúde. Este componente atende as doenças endêmicas nacionais, como tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, meningite, cólera, tracoma, etc. São dispensados nas Unidades Municipais de Referência para a respectiva doença.

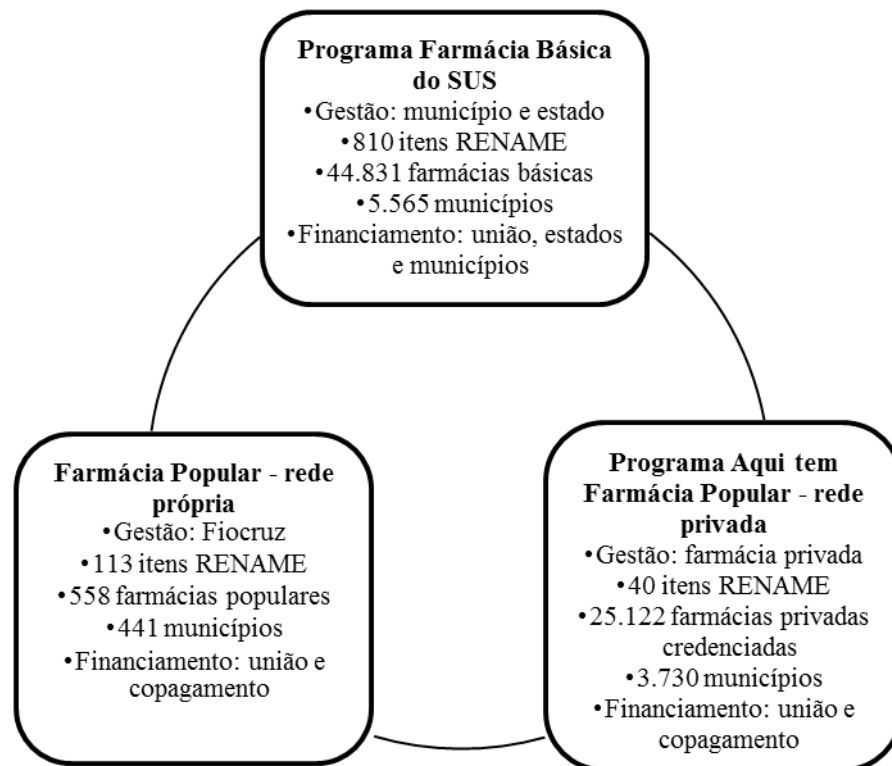
O componente Especializado da Assistência Farmacêutica enfoca o acesso ao tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de patologias cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados pelo Ministério da Saúde. São medicamentos dispensados pelo Estado nas Farmácias de Medicamentos Especializados.

Atualmente, a estrutura para acesso ao componente básico, representados pelos medicamentos essenciais, com financiamento total e/ou parcial do governo federal, apresenta, pelo menos, três formas, conforme ilustra a Figura 1.1:

- a) Programa Farmácia Básica (PFB), através da farmácia do SUS;
- b) Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), através de farmácias da rede própria apoiadas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); e
- c) Programa Farmácia Popular do Brasil, através de farmácias e drogarias privadas conveniadas ao *Programa Aqui tem Farmácia Popular (PAFP)*.

³ Medicamentos essenciais são aqueles, referentes às doenças prevalentes no país, considerados pela (WHO, 2002) como os prioritários para o tratamento da saúde de uma população.

Figura 1.1 – Formas de acesso aos medicamentos essenciais no Brasil com financiamento total e/ou parcial do governo federal



Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do Portal da Saúde (BRASIL, 2013b).

O PFB atua através de 44.831 farmácias em 5.565 municípios e disponibiliza o acesso a 810 itens da RENAME, sendo 138 itens específicos da atenção básica. Todos os medicamentos são gratuitos. O PFPB da rede própria possui 558 farmácias populares que distribuem 113 itens da RENAME, em 441 municípios e o PAFP conveniado à rede privada, possui 25.122 farmácias básicas que distribuem 40 itens da RENAME, em 3.730 municípios. Os dois últimos programas possuem alguma forma de copagamento. A rede do PFPB, no período de 2006 a 2012, aumentou em 115% as unidades da rede própria e em 750% as unidades privadas, atingindo 67% dos municípios brasileiros. Segundo o Relatório de Gestão da Fiocruz (2011), as farmácias populares da rede própria dispensaram 835 milhões de unidades farmacotécnicas⁴, com uma diminuição de 9,1% em relação a 2010, possivelmente em razão da ampliação do acesso aos medicamentos ofertados através da rede de farmácias do PAFP e por motivos associados ao descumprimento dos padrões operacionais logísticos e contábeis da Fiocruz.

⁴ Unidade farmacotécnica é a fração unitária do medicamento, correspondente a um frasco-ampola, uma ampola, uma seringa preenchida, um flaconete, um sachê, um envelope, um comprimido, uma cápsula, uma drágea.

A distribuição dos medicamentos pelo PFB é gratuita, sendo o financiamento feito pelas três esferas: união, estados e municípios. O PFPB para as farmácias da rede própria e privada distribui alguns medicamentos gratuitamente, estes são financiados pelo governo federal, enquanto outros exigem o copagamento por parte do usuário.

Os medicamentos distribuídos gratuitamente são aqueles para tratamento de *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e asma. O valor pago pelo governo federal às farmácias privadas equivale a 100% do valor de referência⁵ por unidade farmacotécnica. Em relação aos medicamentos para os tratamentos de rinite, dislipidemia, doença de Parkinson, osteoporose e glaucoma, além de anticoncepcionais e fraldas geriátricas, o sistema é o de copagamento. Os valores de referência desses medicamentos foram definidos para cada princípio ativo pelo Ministério da Saúde (MS), que subsidia 90% de seus valores e o cidadão arca com a diferença equivalente ao preço de venda praticado pelo estabelecimento.

Em 2011, o MS gastou em média, por unidade própria do PFPB, R\$ 120 mil, e por unidade privada (PAFP), R\$ 37,7 mil. Nas unidades próprias foram realizados mais de 11,4 milhões de atendimentos, com um custo médio de R\$ 37,74, enquanto que nas farmácias privadas foram realizados 34 milhões de atendimentos, com um custo médio de R\$ 22,3 (PROGRAMA..., 2012).

A ampliação do Programa de distribuição de medicamentos através das unidades privadas (PAFP) tem como principal objetivo aproveitar melhor a distribuição geográfica dessas unidades e a dinâmica da cadeia farmacêutica: produção, distribuição e varejo; estendendo, desta forma, o acesso aos medicamentos essenciais ao maior número de usuários, gratuitamente ou com baixo custo, por meio da parceria do governo federal com o setor privado varejista farmacêutico.

As estratégias de ações das políticas públicas de saúde, tais como o PFB do SUS e o PFPB destacam o papel do Estado e têm tido repercussões importantes na sociedade. A centralidade que o governo federal coloca nas políticas de saúde é reforçada por sua inclusão no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), criado em janeiro de 2007, enquanto uma estratégia nacional de desenvolvimento do governo federal (BRASIL, 2007). São vários programas setoriais, entre os quais, o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE); o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI) e o PAC do Setor Saúde, também conhecido como Mais Saúde.

⁵ Valor de referência é o valor, por unidade farmacotécnica, repassado pelo governo federal às farmácias conveniadas no PFPB.

O objetivo deste é melhorar as condições de saúde da população brasileira, fortalecendo a área como uma frente estratégica de geração de desenvolvimento social e econômico (BRASIL, 2008). No tocante ao acesso a medicamentos propõe quatro medidas:

- a) ampliação do acesso aos medicamentos fornecidos pelo SUS;
- b) qualificação da gestão da assistência farmacêutica;
- c) redução do gasto da população com medicamentos, mediante o estímulo ao uso de genéricos; e
- d) ampliação da rede própria e expansão pelo Sistema de Copagamento do PFPB, aumentando o número de farmácias conveniadas e o número de medicamentos disponibilizados.

O investimento público gera oportunidades e tem efeito multiplicador na economia, promovendo o desenvolvimento. O incentivo ao PAFP, enquanto estratégia de política pública de assistência farmacêutica visa ampliar o acesso aos medicamentos essenciais. Nesse caso, o Estado é o agente propulsor do desenvolvimento econômico, gerando benefícios para a sociedade, em diferentes aspectos, seja pelo estímulo à indústria farmacêutica, criando mais empregos e gerando renda e inovação, seja através da ampliação ao acesso aos medicamentos essenciais para a população que poderá ficar mais saudável.

No entanto, esse sistema de distribuição de medicamentos, proposto através do PAFP, gerou algumas preocupações apontadas no relatório de Auditoria do Tribunal de Contas da União - TCU (2010), em relação ao valor pago pelo governo federal e a migração de usuários do PFB do SUS para o PAFP.

Existe consenso sobre o papel do Estado na definição de políticas públicas que, direta ou indiretamente, afetam o crescimento da economia. Segundo Schumpeter (1909), o Estado é o agente regulamentador do contexto social, político e econômico de um país e, em parceria com sindicatos e/ou empresas privadas, garante serviços públicos e proteção à população.

No contexto da crescente importância do setor da saúde, em especial da área de medicamentos, e para atingir o desenvolvimento econômico da sociedade, considera-se fundamental conhecer e avaliar as políticas estratégicas do governo brasileiro para esse setor. A análise realizada nesta tese pretende responder a seguinte questão: **que limitantes e potencialidades ao desenvolvimento econômico do país apresenta o *Programa Aqui tem Farmácia Popular*?**

Para responder a essa questão, propôs-se a realização de uma pesquisa, abrangendo três enfoques particulares, inter-relacionados, a saber: estrutura e modelo de acesso aos

medicamentos essenciais do PFPB; avaliação qualitativa do *Programa Aqui tem Farmácia Popular*, a partir da perspectiva de seus usuários; e gastos federais para análise da integração do CEIS com o PAFP.

O tema que aborda tanto o enfrentamento do dilema saúde-doença-tratamento pela sociedade, quanto o dilema das políticas e ações públicas no âmbito de acesso, distribuição e comercialização de medicamentos, com um custo político-econômico-social muito grande, possui relevância para o futuro desenvolvimento econômico da sociedade brasileira.

A saúde, enquanto elemento estruturante do Estado de bem-estar social, articula-se ao sistema produtivo de forma interdependente ao envolver subsistemas de base industrial e de serviços, configurando o CEIS ou Sistema Produtivo da Saúde, conceito sistêmico que reconhece a demanda da sociedade por bens e serviços e a existência de uma base produtiva responsável pela oferta dos mesmos (GADELHA, 2006). No Brasil, o CEIS corresponde a quase 10% do PIB e tem por perspectiva a articulação, cada vez maior, entre o SUS e a base produtiva e de inovação. Para Gadelha (2012) o CEIS é a chave em um novo pacto, cujo objetivo é construir um Estado de bem-estar contemporâneo.

A avaliação do Programa de distribuição de medicamentos identifica limitantes e potencialidades dessa política, e a hipótese deste trabalho é de que a promoção do PAFP cria condições, ampliando o acesso e, conseqüentemente, estimula o desenvolvimento econômico do Brasil.

1.1 OBJETIVOS

O objetivo geral desta tese é apresentar limitantes e potencialidade da política de acesso aos medicamentos essenciais, implementada através do *Programa Aqui tem Farmácia Popular* na perspectiva do desenvolvimento econômico do país.

Para dar sustentabilidade ao objetivo geral, são propostos dois blocos de objetivos específicos. O primeiro bloco pretende discutir a importância da saúde para o desenvolvimento econômico, abordando os seguintes aspectos teóricos:

- a) análise de modelos de acesso aos medicamentos essenciais;
- b) o papel do Estado na economia e a Teoria do Estado de bem-estar social; e
- c) inovação tecnológica e sua importância para o CEIS.

Já o segundo procura analisar aspectos empíricos da situação da política de acesso aos medicamentos do governo federal, associados à discussão teórica (bloco 1), considerando:

- a) a estrutura e o modelo de acesso aos medicamentos essenciais implementados pelo PFPB;
- b) a política de assistência farmacêutica através da caracterização dos usuários do PAFF; e
- c) os gastos federais na distribuição de medicamentos essenciais com o PFB do SUS e com PAFF.

Metodologicamente, pretendeu-se relacionar os dois blocos de objetivos à trajetória da construção de políticas públicas de saúde, às relações público-privado e ao financiamento da saúde no Brasil, bem como à descrição da estrutura e da organização da assistência farmacêutica do SUS e da caracterização dos eixos de ação do PFPB.

1.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E ESTRATÉGIA DE AÇÃO

Esta seção descreve os procedimentos metodológicos a partir da caracterização da pesquisa, a estratégia de ação para obtenção dos dados e a forma de apresentação das análises dos resultados. Para tanto, optou-se pela elaboração de três artigos, cada um abordando os enfoques que atendem e sustentam a questão da tese, que são:

Artigo 1 - Estrutura e modelo da assistência farmacêutica no Brasil: uma análise do Programa Farmácia Popular do Brasil;

Artigo 2 - O papel do Estado e o direito à assistência farmacêutica: o *Programa Aqui tem Farmácia Popular* na perspectiva dos usuários;

Artigo 3 - Integração entre o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e o *Programa Aqui tem Farmácia Popular*: uma análise dos gastos federais.

1.2.1 Caracterização da pesquisa

A pesquisa realizada caracterizou-se por ser de natureza aplicada, qualitativa, descritiva e exploratória.

Quando de natureza aplicada, a pesquisa tem como objetivo gerar conhecimentos práticos e dirigidos à solução de problemas específicos, envolvendo interesses locais. Conforme Cervo e Bervian (1996, p. 47), nesse tipo de trabalho “[...] o investigador é movido pela necessidade de contribuir para fins práticos mais ou menos imediatos, buscando solução para problemas concretos.”. Segundo Oliveira (1999), a pesquisa aplicada requer

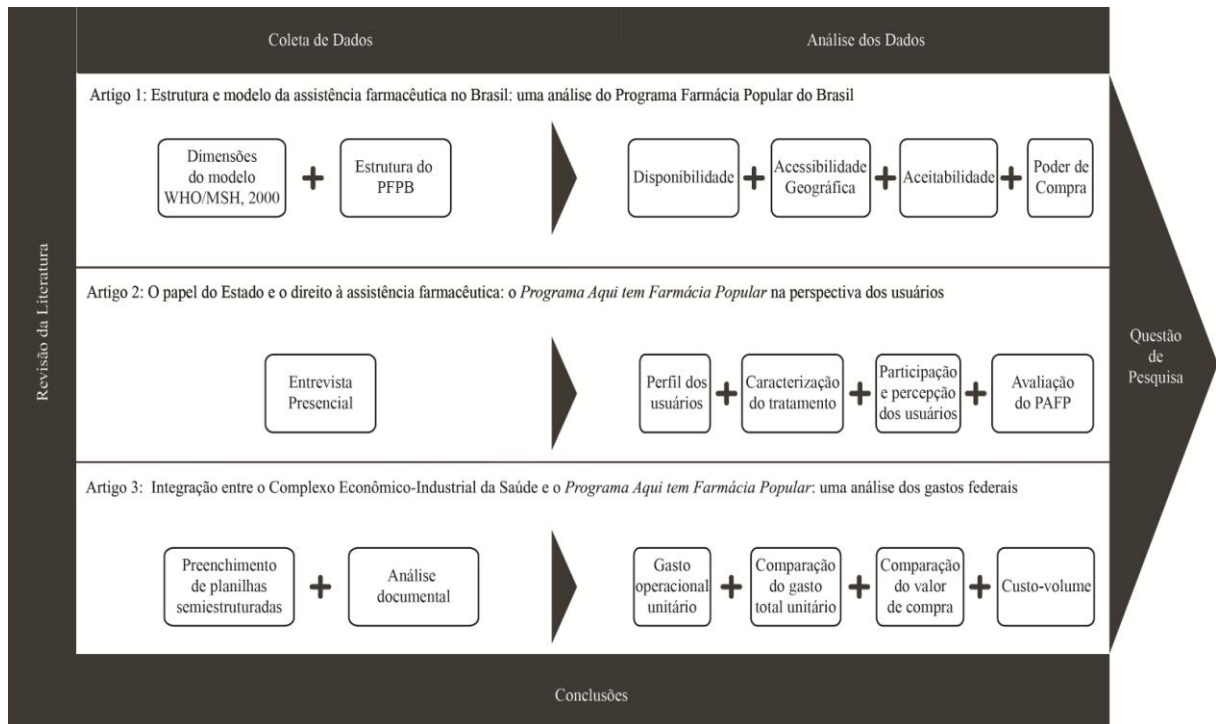
determinadas teorias ou leis mais amplas como ponto de partida, ainda que tenha como objetivo pesquisar, comprovar e rejeitar hipóteses sugeridas pelos modelos teóricos e aplicar às diferentes necessidades.

Quanto à abordagem, caracteriza-se como qualitativa, visando buscar explicações de fenômenos que podem ter sido analisados quantitativamente. De acordo com Roesch (1999), esse tipo de pesquisa é considerado apropriado para uma avaliação formativa, quando for o caso de aprimorar a efetividade de um programa ou plano. Raupp e Beuren (2010, p. 92) afirmam que “[...] na pesquisa qualitativa, concebem-se análises mais profundas em relação ao fenômeno que está sendo estudado”.

Quanto aos objetivos, este estudo é descritivo e exploratório, uma vez que busca descrever aspectos e comportamentos de uma determinada população analisada, no caso, o *Programa Aqui tem Farmácia Popular*. Sobre a pesquisa descritiva, Gil (2008, p. 92) destaca que tem “[...] como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis.”. É exploratória, por abordar uma área do conhecimento ainda pouco difundida, carente de análises melhor detalhadas. Para Gil (2002, p. 41), “[...] a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições.”. Conforme Cassel e Symon (1994), a abordagem da pesquisa descritiva e exploratória se refere à utilização de métodos geralmente associados, estabelecendo relações entre as variáveis.

1.2.2 Desenho da pesquisa: procedimentos técnicos de coleta e de análise dos dados

Na realização da pesquisa, fundamento da construção da presente tese, foram utilizados diferentes procedimentos técnicos para coleta, análise e apresentação dos dados, conforme sintetiza a Figura 1.2.



Fonte: Elaborada pela autora (2013).

A etapa de revisão da literatura compreendeu uma pesquisa bibliográfica, através de estudo sistematizado de materiais publicados em livros, revistas, jornais e meios eletrônicos. Perpassou toda elaboração da tese para fundamentá-la, da pesquisa propriamente dita à redação dos artigos elaborados e às considerações finais. Por essa razão, visando manter a consistência interna dos artigos e o alinhamento ao objetivo geral deste estudo, foi preciso, algumas vezes, retomar referências já citadas.

Em toda pesquisa que envolve a coleta de dados, ressaltam Lakatos e Marconi (1986) que, independentemente das técnicas e métodos empregados, é possível obter os dados por meio de documentação direta (levantamento de dados no local onde ocorrem) ou indireta (em fontes de dados coletados por outras pessoas).

Os dados utilizados para a elaboração do Artigo 1 – *Estrutura e modelo da assistência farmacêutica no Brasil: uma análise do Programa Farmácia Popular do Brasil* - foram obtidos pela análise do modelo de acesso a medicamentos, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com *Management Sciences for Health*⁶ - MSH (WHO; MSH, 2000) e da estrutura do PFPB através de mídias impressas (livros, revistas e

⁶ MSH é uma organização não governamental cujo propósito é apoiar e fortalecer os sistemas de saúde para que obtenham maior impacto (Fonte: <https://www.msh.org/>).

publicações de instituições federais) e virtuais (*sites, blogs, etc.*). No texto faz-se a comparação entre a rede própria do PFPB e o PAFP mediante as quatro dimensões de acesso aos medicamentos essenciais, propostas pelo modelo: disponibilidade, acessibilidade geográfica, aceitabilidade e poder de compra.

Os dados para a elaboração do Artigo 2 – *O papel do Estado e o direito à assistência farmacêutica: o Programa Aqui tem Farmácia Popular na perspectiva dos usuários* - foram obtidos através de entrevista presencial. Para tanto, elaborou-se um instrumento específico, composto por três blocos, apresentado no Apêndice A. As questões abordaram aspectos relacionados a:

- a) perfil geral dos entrevistados;
- b) caracterização do tratamento de saúde;
- c) participação e percepção dos usuários do PAFP; e
- d) avaliação quantitativa e qualitativa do PAFP.

A coleta de dados para elaboração do Artigo 3 – *Integração entre o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e o Programa Aqui tem Farmácia Popular: uma análise dos gastos federais* - foi realizada em municípios que compuseram a amostra. Foram utilizadas como técnicas: o preenchimento de planilhas semiestruturadas, com itens para composição do gasto operacional unitário, e a análise documental.

A análise de dados do Artigo 3 foi elaborada sob quatro perspectivas:

- a) gasto operacional por unidade farmacotécnica das farmácias PFB do SUS;
- b) comparação do gasto total por unidade farmacotécnica das farmácias do PFB do SUS com o valor de referência dos medicamentos da lista do PAFP (Anexo A);
- c) comparação do valor de compra⁷ de medicamentos entre os dois programas; e
- d) custo-volume das farmácias do PAFP.

A formalização para participação das Secretarias Municipais de Saúde, que constituíram a amostra para a pesquisa, foi realizada através do envio de ofício elaborado pelo MS (Anexo B).

Esta pesquisa foi realizada em consonância com a Declaração de Helsinki (2000). O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado antes do início de sua aplicação pelo Comitê de

⁷ É o preço de aquisição do medicamento, conforme nota fiscal.

Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Foi obtido o consentimento informado de todos os indivíduos entrevistados para caracterização dos usuários do PAFP.

Este estudo foi financiado pelo MS, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE).

A tese está estruturada em cinco capítulos. A Introdução (capítulo 1) apresenta a questão mobilizadora da pesquisa, sua relevância, seus objetivos, as estratégias de ação e os procedimentos metodológicos adotados e a estrutura geral do texto.

No capítulo 2 é apresentado o artigo: *Estrutura e modelo da assistência farmacêutica no Brasil: uma análise do Programa Farmácia Popular do Brasil*, que trata conceitos e abordagens em relação ao papel do Estado na perspectiva do desenvolvimento econômico e alguns modelos de acesso a medicamentos. Através da discussão de indicadores, reforça a importância do setor saúde para o desenvolvimento econômico no Brasil. Seu objetivo é analisar a estrutura do PFPB, tendo por base as dimensões propostas no modelo da OMS em conjunto com a MSH (WHO; MSH, 2000).

No capítulo 3, o artigo: *O papel do Estado e o direito à assistência farmacêutica: o Programa Aqui tem Farmácia Popular na perspectiva dos usuários* expõe a fundamentação teórica, com conceitos e abordagens, destacando as relações do desenvolvimento econômico, o papel do Estado e a Teoria do Estado de bem-estar social, contextualizando-os; a descrição da metodologia adotada para realização da pesquisa, tendo em vista a caracterização dos usuários do PAFP e os resultados obtidos, através de um instrumento de investigação.

O capítulo 4 constitui-se no artigo: *Integração entre o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e o Programa Aqui tem Farmácia Popular: uma análise dos gastos federais*. Sua composição contempla a fundamentação teórica, abrangendo as relações do desenvolvimento econômico e a inovação tecnológica, caracterizando a relação existente entre o CEIS e a construção de políticas públicas de saúde, no âmbito da assistência farmacêutica; a metodologia aplicada para elaboração da pesquisa empírica; a interpretação dos seus resultados sob quatro perspectivas; e os apontamentos sobre a integração do CEIS com o PAFP.

Os três artigos apresentam uma seção de considerações finais específica, encerrando a análise das informações com a indicação de limitantes e potencialidades que o PAFP apresenta para o desenvolvimento econômico do país, a partir do proposto em cada um dos textos.

No capítulo 5 são elaboradas as considerações finais da tese, com a retomada de algumas das reflexões finais dos artigos, reforçando-as, acrescentando ainda sugestões de continuidade de estudos. As referências estão compiladas ao final desta tese.

2 ESTRUTURA E MODELO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL: UMA ANÁLISE DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

Resumo: Este artigo analisa a estrutura do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), tendo por base as dimensões de acesso propostas no modelo da Organização Mundial da Saúde em conjunto com a *Management Sciences for Health*. Discute conceitos e abordagens do papel do Estado na perspectiva do desenvolvimento econômico, modelos de acesso a medicamentos e indicadores do setor saúde no contexto do desenvolvimento econômico no Brasil. Ao caracterizar o PFPB, identificaram-se elementos alinhados às dimensões disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade geográfica e poder de compra. A estratégia do *Programa Aqui tem Farmácia Popular* (PAFP) mostrou-se ser econômica, justificando manter-se como estratégia prioritária do Estado. Entretanto, há limitações a serem consideradas para que tenha melhor desempenho no que se propõe, em especial, em relação à dimensão do poder de compra da farmácia privada.

2.1 INTRODUÇÃO

A Assembleia Mundial de Saúde aprovou, no ano de 1975, o conceito de medicamentos essenciais, promovendo a utilização de listas desses medicamentos e a implementação de uma política nacional, principalmente, em países de baixa e média renda. São quatro os fatores críticos apontados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a melhoria do acesso: a seleção racional de medicamentos e desenvolvimento de produtos; os preços acessíveis a governos e consumidores; o financiamento sustentável através de arrecadações governamentais gerais e do seguro social; e o sistema de abastecimento confiável com um *mix* de serviços públicos e privados (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2000a).

Estimativas do número de pessoas com acesso aos medicamentos essenciais quase dobraram entre 1977 e o final dos anos 1990 através de uma combinação entre fornecimento público e privado (QUICK; HOGERZEIL, 2002⁸ apud BIGDELI et al., 2012). Apesar do êxito, os principais resultados desejados desse tipo de acesso são o uso racional⁹ e a satisfação do usuário com o serviço de saúde (BERMUDEZ et al., 2004), os quais ainda permanecem com limitações entre as populações mais pobres e vulneráveis.

⁸ Quick JD, Hogerzeil HV. 2002. Perspectives: twenty-five years of essential medicines. *Bulletin of the World Health Organization* 80:913–4.

⁹ Conforme a *Management Science For Health - MSH* (1997, p. 422), “[...] há uso racional quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade”.

Peters et al., (2008¹⁰ apud BIGDELI et al., 2012) definem acesso como o uso oportuno dos serviços de acordo com as necessidades. As barreiras ao acesso podem originar-se por demanda e por oferta (ENSOR; COOPER, 2004¹¹ apud BIGDELI et al., 2012). As restrições pela demanda influenciam a capacidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades de utilizarem os serviços, enquanto as restrições de oferta são aspectos dos serviços do setor de saúde que dificultam sua obtenção. As mais importantes barreiras ao acesso a medicamentos, ainda remanescentes, podem ser identificadas por quatro dimensões: acessibilidade geográfica e financeira; disponibilidade; aceitabilidade e qualidade (PETERS et al., 2008¹² apud BIGDELI et al., 2012).

A articulação entre saúde e desenvolvimento econômico é amplamente reconhecida com discussões sobre a possibilidade ou importância de avaliar o impacto da melhoria nas condições de saúde sobre o desenvolvimento econômico e vice-versa. Os países têm adotado diferentes formas de financiamento e provisão dos cuidados em saúde, incluindo o acesso a medicamentos. Em alguns desses países, repousa, prioritariamente, nas leis de mercado, enquanto em outros, o Estado o admite, existindo uma gama de opções intermediárias, como os sistemas baseados na seguridade social, ou em que o cidadão e o Estado assumem diferentes contrapartidas no financiamento.

No Brasil, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) determina, no seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado e que este direito deve ser garantido por políticas sociais e econômicas com acesso universal e igualitário. Esse direito constitucional foi regulamentado pela Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) e estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica.

Em relação à forma de acesso aos medicamentos essenciais, atualmente, a estrutura existente no Brasil, que conta com financiamento total ou parcial do governo federal apresenta, pelo menos, três alternativas: Programa Farmácia Básica (PFB) do SUS; Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), através de farmácias da rede própria apoiadas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e PFPPB, através de farmácias privadas conveniadas ao *Programa Aqui tem Farmácia Popular* (PAFP). Este aproveita a dinâmica da cadeia

¹⁰ Peters D.H., Garg A., Bloom G. et al. 2008. Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1136: 161–71.

¹¹ Ensor T., Cooper S. 2004. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning* 19: 69–79.

¹² Peters D.H., Garg A., Bloom G. et al. 2008. Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1136: 161–71.

farmacêutica já estruturada (produção-distribuição-varejo), utilizando-a para pontos de distribuição de medicamentos essenciais.

Desta forma, o acesso aos medicamentos essenciais é uma questão inserida na atenção e nos cuidados de saúde e sua perda ou sua falta é uma agressão aos direitos humanos. Sua implementação envolve uma rede de atores, públicos e privados, que desempenham diferentes papéis em função do contexto econômico, político e social dos diversos países. Neste enfoque, para que uma política pública de saúde seja avaliada em relação aos impactos e oportunidades que traz à população, torna-se necessário ter por base um modelo que identifique e avalie as relações entre as dimensões e os agentes participantes do sistema de saúde.

Assim, tratando-se de uma ação estratégica no escopo da política de assistência farmacêutica no país, este artigo tem por objetivo analisar a estrutura do PFPB, tendo por base as dimensões de acesso propostas no modelo da OMS em conjunto com a *Management Sciences for Health* (MSH) (WHO; MSH, 2000). Fundamentalmente, as informações que sustentam o presente artigo resultam do processo de revisão teórica na literatura específica em mídias impressas (livros, revistas e publicações de instituições federais) e virtuais (*sites, blogs, etc.*).

O artigo está estruturado em cinco seções: esta Introdução que contextualiza o tema do artigo; seguida da seção que apresenta conceitos e abordagens em relação ao papel do Estado na perspectiva do desenvolvimento econômico e alguns modelos de acesso a medicamentos; a terceira, que, através da discussão de indicadores, reforça a importância do setor saúde para o desenvolvimento econômico no Brasil; na quarta seção analisa-se as propostas implementadas pelo governo federal através do PFPB, mais especificamente, do PAFP, fundamentado no modelo WHO e MSH (2000) e as considerações finais que encerram a análise das informações em relação ao que se propunha para o texto, indicando limitantes e potencialidades que o PAFP apresenta para o desenvolvimento econômico do país.

2.2 O ESTADO E O ACESSO A MEDICAMENTOS

Esta seção reúne conceitos em relação ao papel do Estado na perspectiva do desenvolvimento econômico e apresenta alguns modelos de acesso a medicamentos, que possibilitem avaliar a estrutura do PFPB.

2.2.1 Desenvolvimento econômico e o papel do Estado

Segundo a teoria clássica, o sistema econômico seria dominado pelas leis de mercado, se auto ajustando com tendência ao pleno emprego e ao *laissez-faire* de Adam Smith. Embora para Corazza (1985), Smith deixa transparecer que o Estado ocupa uma ampla função na economia, por exemplo, na administração da justiça é ele que deve combater o corporativismo.

Corazza (1985), em relação à Teoria de Ricardo, baseada na autorregulação dos mercados, expõe que o Estado não está tão ausente das preocupações do autor na medida que exerce papel importante quando os mecanismos de regulação falham, ameaçando a interrupção do processo de acumulação através dos obstáculos naturais.

Oliveira e Souza (2013) destacam que antes da grande crise de 1929, acreditava-se no aumento da competitividade de mercado, não sendo necessária a intervenção do Estado. Porém, quando se percebeu que um mercado perfeito era inviável devido às suas próprias falhas, uma nova corrente de pensamento sobre a necessária intervenção e o papel do Estado começou a ganhar força.

Destaca-se, neste contexto, a denominada Escola Keynesiana ou Keynesianismo, teoria econômica consolidada pelo economista inglês Jonh Maynard Keynes em seu livro *General Theory of Employment, Interest and Money* (KEYNES, 1936). Sua síntese influenciou a renovação das teorias econômicas clássicas, bem como a reformulação da política de livre mercado. A concepção desta teoria consiste, basicamente, na organização político-econômica, fundamentada na constituição do Estado como agente indispensável de controle da economia. Segundo Keynes (2004), a mais importante agenda do Estado relaciona-se às funções que estão fora do âmbito do indivíduo, cujas decisões ninguém assume se aquele não o fizer.

Da mesma forma, Myrdal (1968) defende que as regulamentações sociais, através da intervenção estatal diferem das antigas políticas de auxílio à pobreza, em que os investimentos eram considerados gastos, não estando relacionados ao aumento do nível de produtividade, embora vitais para o desenvolvimento econômico de um país. Para o autor é fundamental e indispensável a ação estatal para controlar as forças do mercado.

Pereira (1996) reforça, no contexto brasileiro, a importância da intervenção do Estado uma vez que a reforma pública das funções deste está apoiada na proposta de administração pública gerencial, como resposta à grande crise dos anos 80 e à globalização da economia. Para o autor, seu papel é o de facilitar que a economia nacional torne-se, internacionalmente,

competitiva. Ademais, a regulação e a intervenção são necessárias na educação, na saúde, na cultura, no desenvolvimento tecnológico e nos investimentos em infraestrutura.

Neste sentido, Reis e Bermudez (1999) apontam que as reformas do Estado, pressionadas pela globalização, direcionam a formulação de políticas que busquem garantir equidade nas ações de saúde, reforçando o papel do Estado no contexto das reformas atuais e na questão do acesso a medicamentos. Segundo os autores, a complementaridade entre o setor público e o setor privado tem por objetivos: garantir a equidade no acesso a medicamentos, prioritariamente, aos medicamentos essenciais; assegurar a eficiência no uso de recursos para medicamentos; e promover o consumo racional dos medicamentos em ambos os setores, assegurando o cumprimento das normas de qualidade.

Delgado (2013) afirma que a ação regulatória do Estado sobre a pesquisa, a produção e o consumo de medicamentos, especialmente a partir da década de 1950, tem sido bastante importante no controle da qualidade e na ampliação do acesso a medicamentos. Ademais, o apoio público à pesquisa e às compras governamentais contribui para a redução da incerteza nas decisões de investimento da indústria, crucial para o seu envolvimento em atividades de inovação.

Assim, um modelo de financiamento adotado pelo Estado tem importância dada sua influência na regulação do sistema, interferindo, efetivamente, tanto nos aspectos de oferta quanto nos de demanda, em relação às questões da distribuição dos medicamentos, da ampliação do acesso, da qualidade do atendimento e da satisfação do usuário. Os principais desafios quanto ao financiamento incluem o estabelecimento de mecanismos sustentáveis em cada contexto específico, a captação regular de fundos e o uso eficiente e equitativo dos recursos. As principais estratégias incluem (BERMUDEZ et al., 2004):

- a) aumento do financiamento público a ser empregado na aquisição de medicamentos eficazes e custo-efetivos, dentre aqueles contemplados na lista de medicamentos essenciais;
- b) expansão dos benefícios relativos aos medicamentos nos mecanismos de seguro-saúde;
- c) implementação de estratégias para uso racional de medicamentos, tornando mais custo-efetivo, o gasto médio individual em medicamentos;
- d) obtenção de financiamento externo para as populações mais pobres;
- e) doações em forma de produtos com regras claras e específicas com garantia da qualidade e de uso racional.

O papel do Estado exerce uma grande importância na relação entre saúde e desenvolvimento econômico, sendo um processo dinâmico e virtuoso, combinando crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhoria do padrão de vida da população. A dissociação entre saúde e desenvolvimento resulta na existência de um par vicioso, ou porque a política econômica não está voltada para o desenvolvimento e para a inclusão social, ou porque o sistema de saúde não integra o esquema de proteção social.

Pelo exposto e com o intuito de avaliar a estrutura do PFPB, proposto pelo Estado como estratégia de política pública de saúde, faz-se necessário o conhecimento de modelos de acesso a medicamentos existentes que possibilitem esta análise, a próxima subseção tem esse objetivo.

2.2.2 Modelos de acesso a medicamentos

A literatura apresenta pelo menos quatro modelos de acesso para a população a medicamentos: da OMS (WHO, 2004); de Frost e Reich (2010¹³ BIGDELI et al., 2012) e da OMS e da *Management Sciences for Health* (WHO; MSH, 2000).

No modelo da OMS (WHO, 2004) são propostas a garantia de qualidade e os sistemas de gestão para sustentar todos os componentes desse acesso. Para tanto, estabelece quatro dimensões: uso racional; preço acessível; financiamento sustentável; e sistema de saúde e abastecimento confiáveis.

O modelo de Frost e Reich (2010) analisa a forma de acesso a medicamentos pelas populações pobres, tendo como determinantes: arquitetura; disponibilidade; acessibilidade e adoção e ainda, examina as tecnologias médicas.

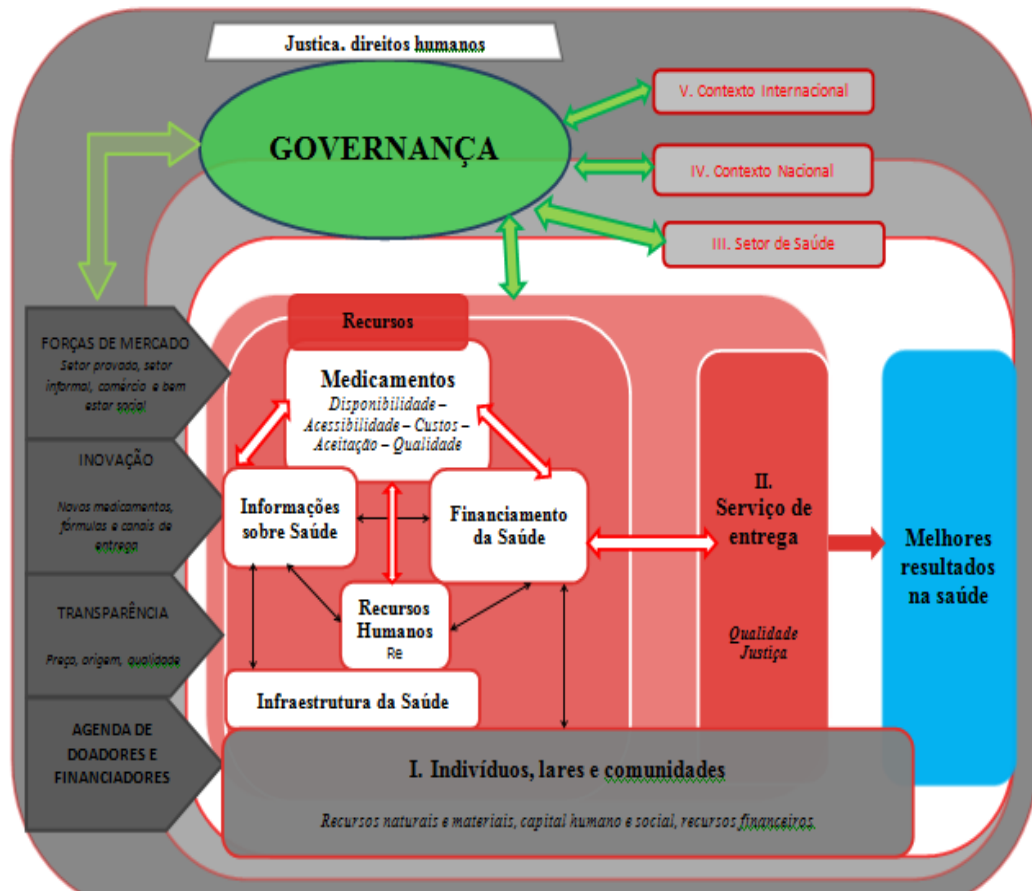
O modelo teórico de Bigdeli et al. (2012) é mais complexo que os anteriores (Figura 2.1), porque abrange as discussões recentes sobre o sistema de saúde, sua complexidade e seu dinamismo (PAINA; PETERS; SHEIKH et al., 2011¹⁴; VAN OLMEN et al., 2012¹⁵ apud BIGDELI et al., 2012).

¹³ Sheikh K, Gilson L, Agyepong IA et al. 2011. Building the field of health policy and systems research : framing the questions. *PLoS Medicine* 8: 1–6.

¹⁴ Paina L, Peters DH. 2011. Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. *Health Policy and Planning* 26: 1–9

¹⁵ Van Olmen J, Criel B, Bhojani U, Marchal B et al. 2012. The health system dynamics framework: the introduction of an analytical model for health system analysis and its application to two case-studies. *Health, Culture and Society* 2: 10–21.

Figura 2.1 - Modelo de Bigdeli et al. para acesso a medicamentos



Fonte: Bigdeli et al. (2012, tradução nossa).

Este modelo pressupõe a existência de cinco diferentes níveis do sistema de saúde, a saber: indivíduos, lares e comunidades; serviço de entrega; setor de saúde; contexto nacional; e contexto internacional. Além de considerar as dimensões de outros modelos, inclui os determinantes do acesso a medicamentos pelas populações, enraizados nos respectivos contextos, nacional, regional e internacional e em conjunturas social e política em construção. Segundo os autores do modelo, as barreiras existentes são complexas e interligam-se. O quadro 2.1 apresenta as restrições referentes a cada um dos níveis do sistema de saúde.

Quadro 2.1 – Restrições de acesso a medicamentos por nível do sistema de saúde do modelo Bigdeli *et al.* (2012)

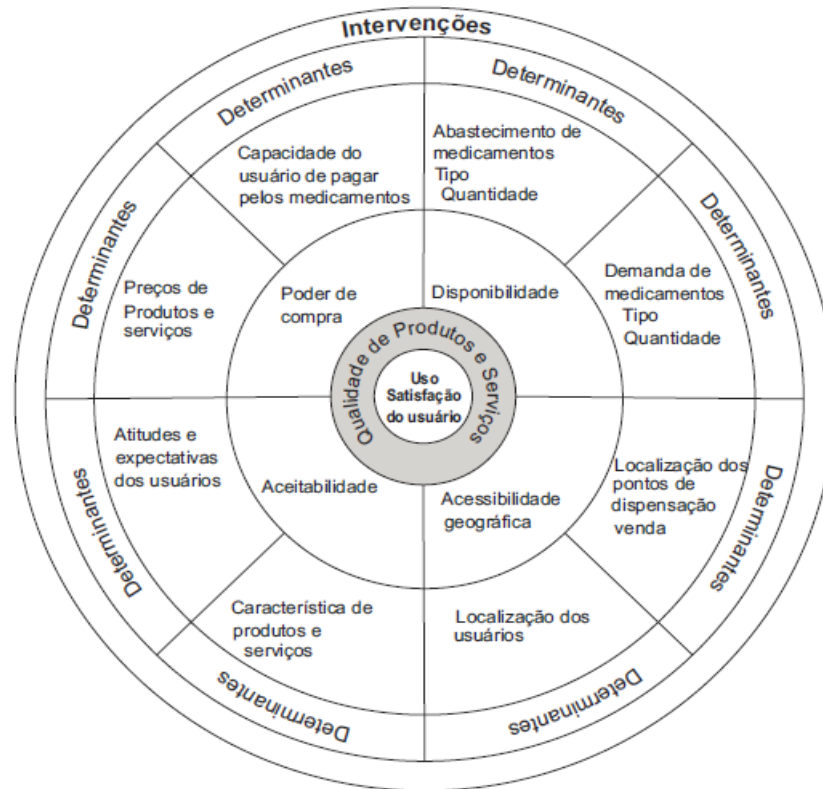
Níveis do Sistema de Saúde	Restrições de acesso a medicamentos
I. Indivíduos, lares e comunidades	Qualidade percebida dos medicamentos e serviços de saúde Custos dos medicamentos e serviços Comportamento sem racionalidade na busca, na demanda e na utilização dos medicamentos Barreiras sociais e culturais (sinal associado à pobreza, etnia e gênero)
II. Serviço da entrega	Disponibilidade irregular Altos preços dos medicamentos Prescrição e distribuição sem racionalidade Medicamentos de baixa qualidade/inferiores ao padrão Baixa qualidade dos serviços de saúde Concorrência entre os serviços de prestação de serviços de saúde público e privado
III. Setor de Saúde	Governança do setor farmacêutico Controle de preços dos medicamentos Frac governança do setor de saúde, afetando toda a base do sistema de saúde Pluralismo e administração do setor de saúde sobre o setor privado
IV. Contexto Nacional	Baixa responsabilidade e transparência pública Baixa prioridade no acompanhamento dos setores sociais Elevado ônus da burocracia governamental Conflitos entre os objetivos econômicos e comerciais para os objetivos do mercado farmacêutico e da saúde pública
V. Contexto Internacional	Utilização indevida das patentes e propriedades intelectuais Programa internacional de doadores Pesquisa e desenvolvimento distorcidos, não alcançando a carga de doenças dos países de baixa e média renda

Fonte: Bigdeli et al. (2012, tradução nossa).

Outro modelo que a literatura propõe é o desenvolvido a partir do trabalho de Penchansky e Thomas (1981), adaptado por Luiza (2003) baseado nas proposições do *Consultative Meeting em Ferney-Voltaire* (WHO; MSH, 2000), reconhecido como o modelo da OMS e da MSH (WHO; MSH, 2000).

Há mais de 30 anos, Penchansky e Thomas (1981, p.127) publicaram um artigo intitulado *The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction* e já na frase de abertura do mesmo, apontavam: "[...] acesso é uma grande preocupação em política de saúde e é uma das palavras mais usadas nas atuais discussões sobre o sistema de saúde". Passadas várias décadas esta preocupação ainda persiste. A Figura 2.2 sintetiza o sistema de intervenções proposto pelo modelo WHO e MSH (2000), cujo núcleo central é o uso racional dos medicamentos e a satisfação do usuário.

Figura 2.2 - Modelo de acesso a medicamentos



Fonte: Adaptada por Luiza (2003) a partir de WHO e MSH (2000).

A qualidade de produtos e serviços é o elemento transversal do modelo e se constitui num componente essencial do acesso, perpassando as quatro dimensões identificadas: disponibilidade; aceitabilidade; acessibilidade geográfica e poder de compra¹⁶, tendo cada uma delas, dois determinantes específicos. Cada dimensão do modelo WHO e MSH (2000) tem suas próprias características. A qualidade de produtos e serviços consiste na aplicação da ciência e da tecnologia médicas de modo que resulte o máximo de benefícios para a saúde sem aumentar, com isto, seus riscos (DONABEDIAN, 1984).

Considerando a forma de provisão dos medicamentos, pública ou privada, gratuidade ou copagamento, o passo para garantir seu acesso está em sua disponibilidade no momento em que o usuário dele necessitar, na quantidade necessária e em condições de qualidade adequadas ao uso. A dimensão da disponibilidade é então determinada pelo abastecimento e pela demanda de medicamentos (tipo e quantidade).

¹⁶ O termo poder de compra foi traduzido por Luiza (2003) a partir da expressão original *affordability*, qualidade de ser financeiramente possível.

Cabe mencionar que um sistema de abastecimento organizado requer um adequado e também, um bom modelo de distribuição, que garanta tanto a qualidade dos produtos ao longo de toda a cadeia estruturada, quanto a disponibilidade regular, conforme as necessidades específicas e a capacidade instalada dos serviços de saúde em cada localidade. Deve também incluir ações que promovam a qualidade dos serviços e produtos oferecidos no momento da dispensação, ocasião que há contato direto dos profissionais do sistema com o usuário.

Uma segunda dimensão do modelo é a acessibilidade geográfica, definida pela relação entre os pontos de dispensação e venda e a localização dos seus usuários. Sabendo-se que podem coexistir diferentes mecanismos para obtenção de medicamentos, é importante que cada um deles esteja disponível à sua clientela alvo, considerando a distância e o tempo de viagem entre a localização do usuário e o ponto de distribuição dos medicamentos.

A dificuldade de acesso aos medicamentos essenciais constitui um problema, sendo necessário priorizar a qualidade de serviços e de produtos oferecidos: medicamentos, treinamento contínuo e a disseminação de informações. Os subsistemas do ciclo da assistência farmacêutica e do mercado de medicamentos englobam: política nacional; desenvolvimento de medicamentos; registro e regulação; produção/importação; distribuição atacadista; informação de medicamentos; prescrição/propaganda; dispensação/venda varejista e consumo pela população. Assim, estabelece-se uma relação complexa entre os atores envolvidos: setor público, setor privado não lucrativo e setor privado lucrativo (BENNETT; QUICK; VELÁSQUEZ, 1997¹⁷ apud BIGDELI *et al.*, 2012). A proposta desta interação apresentada pelos autores está ilustrada no Anexo C.

A terceira dimensão do modelo de acesso em análise é a aceitabilidade de produtos e serviços oferecidos quanto à sua adequação às características, necessidades e expectativas do usuário, assim como ao atendimento dos padrões técnicos de boas práticas de funcionamento. Elementos como: organização do serviço; tempo de espera para atendimento; conforto de atendimento; cortesia e orientação quanto ao uso dos medicamentos são aspectos fundamentais que devem ser medidos para avaliação da satisfação do paciente com os serviços oferecidos.

O poder de compra é uma importante dimensão do acesso, estando presente em todas as abordagens. É a mais crítica dentre todas, tornando-se ponto central do atual debate sobre o tema. Representa a adequação entre o preço e a capacidade aquisitiva dos usuários em cada

¹⁷ BENNETT, S; QUICK, J. D.; VELÁSQUEZ, G. Public-private roles in the pharmaceutical sector: implications for equitable access and rational drug use. [S.l.]: WHO, 1997. (Health Economics and Drugs, 5).

mercado, bem como representa as diferentes formas de financiamento existentes, as quais se constituem importantes aspectos a serem considerados quando se discute acesso a medicamentos.

Uma vez que o poder de compra tem por determinantes a capacidade de pagar pelos medicamentos e os preços de produtos ou serviços, as políticas públicas nesta área objetivam, principalmente, reduzir o valor de compra dos medicamentos ou então, de atuar nos seus mecanismos de financiamento, favorecendo o comprador, seja ele público ou privado. Em consequência há redução das barreiras ao acesso.

Dentre os fatores que determinam o poder de compra destaca-se a limitada concorrência, oriunda das falhas de mercado, cujos principais motivos são: existência de oligopólios e de monopólios; proteção por patentes e lealdade a marcas; assimetria de informação; e separação das decisões sobre prescrição, consumo e financiamento (MADRID; VELÁSQUEZ; FEFER, 1998; RÊGO, 2000).

A divulgação, de forma regular e confiável, dos preços praticados por diferentes fornecedores a diferentes compradores, nacional ou internacionalmente, pode ser uma ferramenta importante para orientar as aquisições, tornando o processo mais transparente e melhorando a capacidade de negociação e de planejamento dos compradores (MÉDECINS SANS FRONTIERES - MSF, 2002; WHO, 2004a; MSH, 2004), possibilitando, no caso de financiamento pelo Estado, melhor gestão dos recursos aplicados.

A prática de preços diferenciados, em função dos diversos níveis de poder de compra de governos, tem sido defendida como viável tanto comercial quanto politicamente, até porque, os países que têm maior necessidade do uso desta prática, são também aqueles com menor participação, em valor financeiro, no mercado farmacêutico (WHO; WORLD TRADE ORGANIZATION SECRETARIATS - WTO, 2001).

Em alguns países, as tarifas alfandegárias, os impostos de comercialização e as margens de lucro praticadas pelos atacadistas e varejistas podem aumentar bastante os preços a serem pagos pelo comprador, reforçando ainda mais que estes fatores também devem ser objeto de atenção dos governos durante a formulação de suas políticas públicas.

Por fim, o atendimento às quatro dimensões do modelo WHO e MSH (2000), disponibilidade, acessibilidade geográfica, aceitabilidade e poder de compra, possibilita que diferentes estratégias e ações no âmbito da saúde possam contribuir para a melhoria de acesso da população aos medicamentos essenciais, garantindo, a partir do dever do Estado, o cumprimento do direito dos cidadãos. As dimensões do modelo WHO e MSH (2000) assemelham-se às atuais características do PFPB, estratégia de política pública de assistência

farmacêutica adotada pelo governo federal brasileiro para ampliação do acesso aos medicamentos essenciais.

Uma forma de avaliar políticas públicas de saúde de uma nação é através da medição e acompanhamento dos seus agregados econômicos. Estes devem evidenciar as características do que está sendo avaliado, traduzindo os conceitos considerados na política, seu contexto e seus efeitos esperados, dentro de uma medida específica possível de ser interpretada. Possibilitam subsidiar a formulação, implementação e acompanhamento dessas políticas por fornecer, aos tomadores de decisões, informações sobre o setor quanto aos empregos gerados, tamanho das indústrias de medicamentos, fármacos, materiais, equipamentos médicos e produção de serviços de saúde públicos e privados. Com o objetivo de contextualizar a situação brasileira, a seção a seguir apresenta uma breve análise quanto à importância da relação saúde e desenvolvimento econômico no Brasil, a partir da análise de seus principais indicadores.

2.3 A IMPORTÂNCIA DO SETOR SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

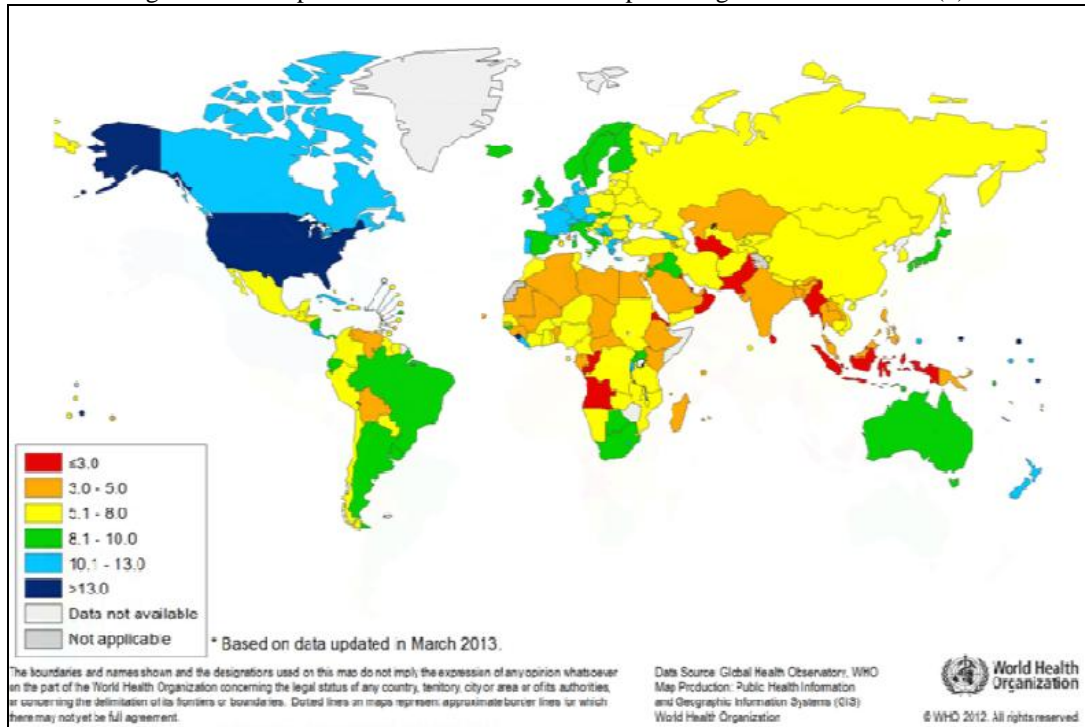
Há consenso que o Estado desempenha um papel fundamental na definição de políticas públicas que, direta ou indiretamente, afetam o crescimento da economia e podem ser medidos através das variáveis macroeconômicas, por exemplo: renda, emprego e valor agregado da produção. Também há consenso sobre o papel de crescente importância representado pelo setor de medicamentos nessa área. Portanto, analisar o panorama dos indicadores do setor permite identificar como o Estado desenvolve ou pode desenvolver ações neste âmbito, estimulando o desenvolvimento econômico.

Para Rodrik (2005), em seu trabalho *Growth Strategies*, a definição de estratégias de crescimento é o conjunto de políticas econômicas e arranjos institucionais direcionados aos padrões de vida das populações dos países desenvolvidos. Um dos pontos constatados refere-se às especificidades das políticas que estimulam o crescimento em determinadas economias, especialmente, no que diz respeito à limitação de estratégias para melhorias.

Segundo Nota Técnica n.º. 12 da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados - CONOF/CD (BRASIL, 2013a), em 2011, dados do Banco Mundial, indicavam que o dispêndio público e privado em saúde, em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), foi de 9,3% na Inglaterra, 9,4% na Espanha, 11,2% no Canadá e 9,0% na

Austrália. No Brasil, que possui cobertura universal, à semelhança dos países citados, esse percentual foi de 8,9%. A Figura 2.3 ilustra a distribuição desse indicador em todo o mundo.

Figura 2.3 - Despesa total em saúde no mundo percentagem do PIB de 2011(*).



Fonte: OMS (2012).

Ainda, a Nota Técnica menciona que, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, grande parte do financiamento da saúde provém de fontes públicas e a maior parte do gasto privado é realizada através de planos e seguros privados. Referencia-se que o desembolso direto é maior nos países mais pobres e que a participação do setor público ganha maior importância no financiamento da saúde em países que adotam sistemas de cobertura universal (FIOCRUZ et al., 2012). De acordo com os *Indicadores de desenvolvimento mundial* do Banco Mundial a participação de fontes públicas no financiamento da despesa total dos sistemas no ano de 2011 variou de 68,5%, na Austrália a 82,7%, na Inglaterra, com uma média de 70% e no Brasil esse percentual indicou que 45,74% do total de despesas públicas foram aplicadas em saúde (THE WORLD BANK – TWB, 2013).

Conforme Gadelha (2007, p. 339) “[...] somos parte de um determinado sistema capitalista, de um país periférico e dependente e com uma estrutura social e econômica desigual e com fragilidades estruturais marcantes.”. Nesta conjuntura, articular saúde e desenvolvimento remete à necessidade de pensar num padrão geral para este e como ele se

expressa e se reproduz no âmbito da saúde. Assim, o debate nacional pertinente sobre esta relação deve assumir esta constatação na perspectiva da transformação nacional, tanto em sua dimensão política e social, quanto em sua dimensão econômica. Desta forma, a saúde passa a ser uma área de articulação e promoção da equidade social e regional com o dinamismo econômico em longo prazo, característicos do processo de desenvolvimento.

No sentido de medir e acompanhar esse dinamismo, as Contas de Saúde¹⁸ disponíveis no Portal da Saúde, (BRASIL, 2013b) são elaboradas dentro de um arcabouço econômico mais amplo, que não observa a saúde apenas como um gasto, mas abrange tudo aquilo o que ela produz, inclusive riqueza e emprego.

Segundo o relatório de Contas Satélites de Saúde referente ao período 2007 a 2009¹⁹, a participação das atividades de saúde no valor adicionado da economia brasileira foi, em média, de 6,1%. Nesse período, praticamente 4,5% dos postos de trabalho e de 7,8% das remunerações do trabalho no país estavam em atividades de saúde. A tabela 2.1 apresenta os resultados referentes aos indicadores de participação da saúde na economia e variações no período analisado.

Tabela 2. 1 - Indicadores de Participação da saúde na economia do Brasil - 2007 – 2009

Indicadores de Saúde no Brasil	2007	2008	2009	Variação período
Valor adicionado bruto pelas atividades de saúde como percentual do valor adicionado bruto total	6,1	6	6,2	1,60%
Despesas com consumo final de bens e serviços de saúde como percentual do PIB	8,5	8,3	8,8	3,50%
Despesas com consumo final de serviços de saúde como percentual do PIB	5,4	5,4	5,6	3,70%
Despesas com consumo final de medicamentos como percentual do PIB	1,9	1,8	1,9	0,00%
Participação dos medicamentos nas despesas com consumo final de bens e serviços de saúde	22	21,9	22	0,00%
Participação dos serviços de saúde nas despesas com consumo final de bens e serviços de saúde	64,3	65,6	64,5	0,30%
Crescimento médio anual do consumo final de bens e serviços de saúde das famílias	...	5,3	3,5	...
Crescimento médio anual do consumo final de medicamentos das famílias	...	8,6	6,7	...
Crescimento médio anual do consumo final de serviços de saúde da administração pública	...	10,4	10,3	...
Crescimento médio anual do consumo final de medicamentos da administração pública	...	28,3	4,9	...

Fonte: Elaborada pela autora a partir de dados do IBGE (2012).

¹⁸ A Conta de Saúde é elaborada pelo Grupo Executivo de Contas Nacionais em Saúde: Ministério da Saúde, com o Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; IBGE, Coordenador das Contas Nacionais; IPEA; Fiocruz e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

¹⁹ Segundo o IBGE, a previsão para a divulgação do relatório de Contas Satélites de Saúde do período posterior a 2009 é março de 2015.

Uma breve análise dos dados permite identificar que os gastos correntes com saúde, equivalentes às despesas com consumo final de bens e serviços de saúde, alcançaram R\$ 283,6 bilhões em 2009, representando um aumento de 10,1% em relação ao ano de 2007, descontando variações de preços.

As despesas com consumo final de bens e serviços de saúde corresponderam, no período, a 8,5% do PIB, em média, mas oscilaram de 8,3% em 2008 a 8,8% em 2009. O crescimento das despesas com saúde, em relação ao PIB no ano 2009 pode ser explicado pela queda deste. Com isso, os gastos com saúde passaram a mobilizar uma parcela maior do PIB.

Em 2009, o consumo de serviços de saúde movimentou, em média, 5,5% do PIB e as despesas com consumo final de medicamentos, 1,9%. Os medicamentos foram responsáveis por cerca de 22,0% do total de gastos com saúde. Os serviços de saúde foram responsáveis por 64,8%. As despesas públicas *per capita* com consumo de bens e serviços de saúde em 2007 passaram de R\$ 502,36 para R\$ 645,27, em 2009, o que representa um crescimento em valores correntes de 28,4%. As despesas *per capita* privadas de 2007 subiram de R\$ 698,98 para R\$ 835,65 em 2009, um aumento de 19,6% em valores correntes.

Em relação às suas despesas, as famílias responderam por 56,3% dos gastos com consumo final de bens e serviços de saúde, mas o crescimento do consumo desses bens e serviços pelo governo foi maior que o das famílias. Os bens e serviços de saúde consumidos por estas, incluindo a parcela disponibilizada pelo governo, corresponderam, em média, a 12,6% do total do seu consumo efetivo. Por sua vez, suas despesas para financiar o consumo desses bens e serviços corresponderam, em média, a 7,8% de sua renda disponível e a 8,1% do total de suas despesas com o consumo final.

Em 2008 e 2009, o consumo de bens e serviços de saúde pelas famílias cresceu 5,3% e 3,5%, respectivamente, tendo crescimento médio anual do consumo final de medicamentos de 8,6% e 6,7%. Nesses anos, o crescimento do consumo de bens e serviços de saúde pelo governo foi de 6,3% e 5,2%, havendo também uma redução no crescimento médio anual do consumo final de bens e serviços de saúde de 6,3% em 2008 e 5,2% em 2009.

Ainda que a participação da administração pública nas despesas com saúde, relativamente às famílias, tenha crescido no período, a participação das despesas com saúde no total das despesas do governo se manteve relativamente estável, oscilando entre 17,5% e 18,0%, no período.

Uma pesquisa desenvolvida pela OMS e coordenada no Brasil pelo Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT) da Fiocruz, feita em 71 países, revela que os brasileiros gastam 19% da renda familiar com saúde (OMS, 2003). Entre as pessoas de baixa

renda, o que mais pesa no bolso são os medicamentos (61% das despesas com saúde). Entre os mais ricos, o maior gasto é com seguros e planos privados de saúde. Segundo a pesquisa, 9,1% dos entrevistados já tiveram que vender bens ou pedir empréstimos para pagar gastos com saúde.

Estudo elaborado por Borges et al. (2012) sobre a participação das atividades de saúde na economia brasileira entre 2000 e 2007, em termos de valor adicionado e geração de postos de trabalho, evidenciou que o setor tem uma contribuição importante na economia brasileira, embora esta ainda seja inferior àquela observada em países de alta renda. Sugerem que os indicadores de gastos de serviços públicos no valor adicionado setorial, de margens de comercialização dos produtos farmacêuticos e de crescimento real da indústria farmacêutica sejam monitorados.

As políticas públicas voltadas à criação de Programas para a ampliação do acesso aos medicamentos essenciais procuram melhorar indicadores sociais dentre eles, o aumento de renda, de postos de trabalho, de produtividade, de oferta de serviços privados e públicos, de produção da indústria farmacêutica e ainda, quando há financiamento do governo, buscam reduzir os custos com internações e os gastos familiares com este tipo de bem e serviço.

Assim, para que isto ocorra, é recomendável que se tenha por base um modelo de acesso. Sob esta perspectiva, a próxima seção apresenta informações quanto à evolução, características e estrutura do PFPB, descrevendo semelhanças do Programa às quatro dimensões do modelo de acesso aos medicamentos essenciais, proposto pela WHO e MSH (2000): disponibilidade; acessibilidade geográfica; aceitabilidade e poder de compra, cada qual com seus determinantes.

2.4 ESTRUTURA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL

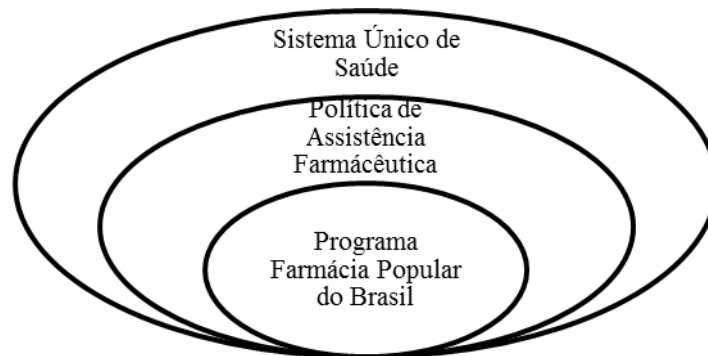
Para ter acesso a medicamentos na atenção básica do SUS, através do PFB do SUS, o indivíduo precisa ser atendido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou hospital público com prescrição do médico e de acordo com portarias e protocolos elaborados pelos entes públicos. Os itens da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) estão disponíveis nas farmácias do SUS para o usuário, gratuitamente.

Com o objetivo de promover a ampliação do acesso aos medicamentos essenciais, em junho de 2004, a Política de Assistência Farmacêutica viabilizou o PFPB. Em seu lançamento, os medicamentos eram disponibilizados a baixo custo, através do Sistema de Copagamento, posteriormente, em 2010, alguns passaram a ter gratuidade.

Como justificativas da criação do PFPB pode-se considerar que, por um lado, contribui na redução do impacto do orçamento familiar causado pela compra de medicamentos, permitindo a compra sem interrupção no tratamento por questão financeira; por outro, permite reduzir os gastos do SUS com as internações que são provocadas pelo abandono e/ou falta do tratamento. Constitui-se, igualmente, argumento para sua implementação o fato de que são oferecidos medicamentos para tratamento de doenças com maior incidência no país. Segundo o Ministério da Saúde (MS), o Programa foi estabelecido sem prejuízo das ações de suprimento já previstas e garantidas pelo SUS, caracterizando-se como uma nova política de assistência, dentro do Sistema Único. Entretanto, segundo Silva Filho (2010) a instituição do PFPB fere os princípios da universalidade, equidade e integralidade, uma vez que o Sistema de Copagamento gera discriminação social com aqueles que não possuem condições de comprar o medicamento e que o governo teria a obrigação de distribuir gratuitamente, conforme rege a Carta Magna.

O PFPB realiza uma atividade que antes de sua criação era praticada apenas pela iniciativa privada, a despeito de que seja um serviço de interesse público. Assim, o Programa está inserido numa política maior do governo federal, a Política de Assistência Farmacêutica, conforme ilustra a Figura 2.4.

Figura 2.4 - Inserção do PFPB na estrutura do SUS



Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Na concepção do PFPB foi definido que a gestão das compras dos medicamentos, abastecimento das unidades e a capacitação dos profissionais que atuam nas unidades seriam de responsabilidade da Fiocruz com os recursos da união, e os gastos operacionais com pessoal, de infraestrutura e manutenção seriam de responsabilidade dos municípios brasileiros.

Pretendia-se com PFPB, a construção de farmácias populares com financiamento integral do governo federal. A meta, no decorrer de cinco anos subsequentes à sua criação, era construir mais de 20 mil instalações distribuídas em todas as unidades federativas do país. Passados dois anos, em 2006, como o crescimento dessas não correspondia às expectativas, o governo federal determinou uma nova estratégia para ampliação e facilidade de acesso aos medicamentos essenciais, implantando o *Programa Aqui tem Farmácia Popular*.

Os principais argumentos para a criação do PAFP foram: utilização da estrutura e pontos de distribuição das farmácias privadas; redução do gasto com construção de novas instalações de farmácias populares (gerenciadas pela Fiocruz); complementaridade aos outros dois Programas de distribuição de medicamentos (unidades próprias e farmácias básicas do SUS); e a ampliação do acesso para maior parte da população.

O PAFP constitui-se de um convênio do governo federal com farmácias e drogarias privadas, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção-distribuição-varejo). A estratégia da parceria do governo federal com o setor privado varejista farmacêutico, com a utilização de pontos de distribuição de medicamentos essenciais já estruturados, apresentou benefícios de tempo para aceleração da ampliação do acesso.

A partir desta nova estratégia, o PFPB passou a atuar com dois eixos de ação:

- a) através de uma rede própria de farmácias populares em parceria com municípios, gerida pela Fiocruz; e
- b) através de uma parceria com farmácias e drogarias da rede privada, denominada PAFP.

Para participar do PAFP, as farmácias privadas solicitam o convênio junto ao MS e com a aprovação, passam a disponibilizar o acesso aos medicamentos essenciais, previamente definidos em uma lista específica, contemplando 40 itens da RENAME (fraldas geriátricas e 39 medicamentos) (Anexo A).

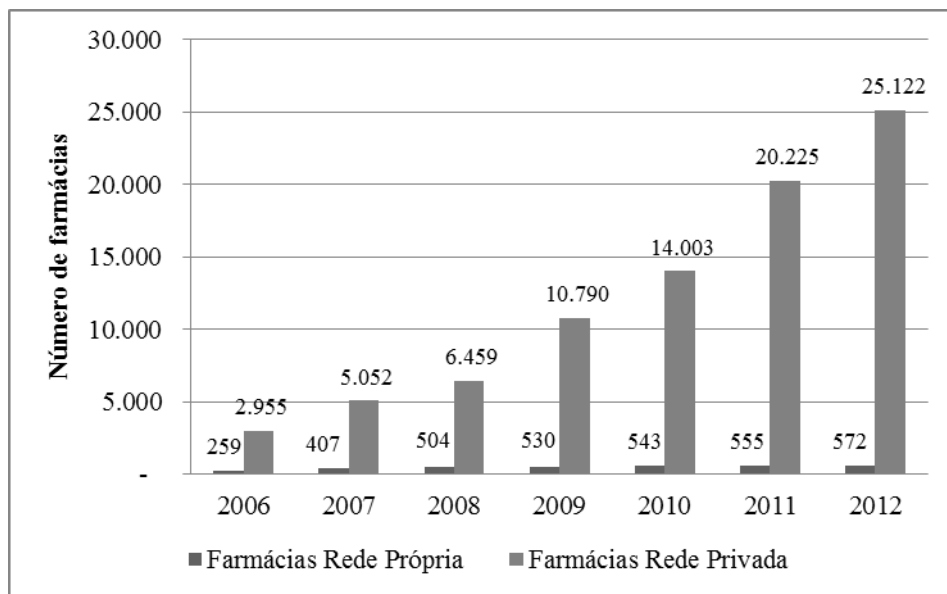
Dados recentes do governo federal publicados no Blog da Saúde (BRASIL, 2014), demonstram que nos últimos três anos, o MS investiu mais de R\$ 3,9 bilhões no PFPB. O volume dos recursos investidos tem crescido, significativamente, neste período. Em 2011, esse investimento foi de R\$ 774 milhões; passou em 2012 para R\$ 1,3 bilhão e em 2013 registrou R\$ 1,9 bilhão. O orçamento previsto para o ano de 2014 é cerca de R\$ 2,6 bilhões.

O gráfico 2.1 apresenta a evolução da quantidade de farmácias vinculadas ao PFPB. Em 2012 o Programa contava com 572 farmácias vinculadas à Fiocruz e com 25.122

farmácias conveniadas ao PAFP. No período de 2006 a 2012 houve um crescimento de 115% das unidades Fiocruz e de 750% de farmácias privadas.

Observa-se que o crescimento anual das unidades da rede própria, vinculadas à Fiocruz, apresenta um estágio estacionário e as unidades conveniadas ao PAFP cresceram, significativamente, ficando evidente que governo federal tem ampliado a rede do PFPB através do convênio com as farmácias privadas.

Gráfico 2.1 - Número de farmácias do Programa Farmácia Popular Brasil

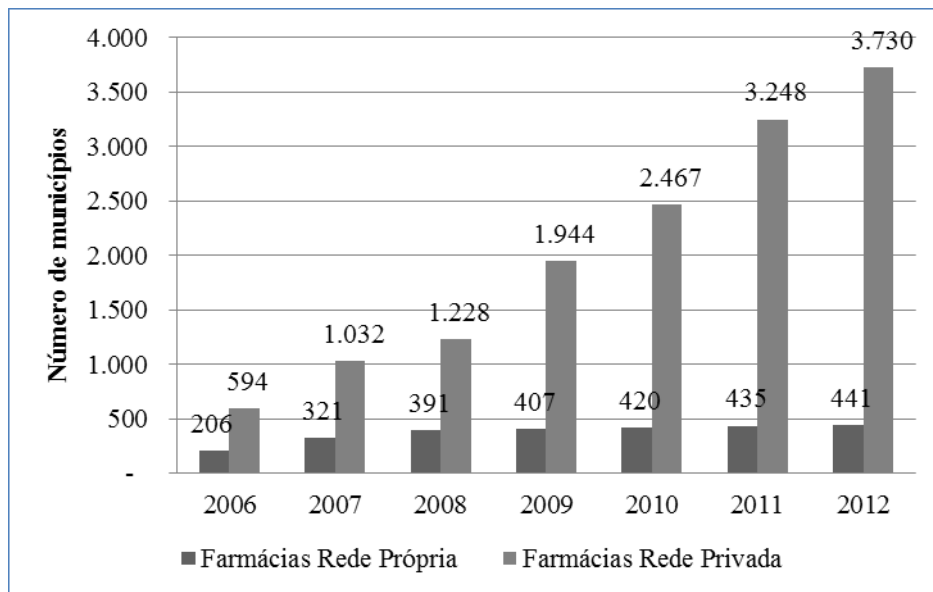


Fonte: Dados cedidos pelo DAF/SCTIE/MS (2012).

Segundo o Relatório de Gestão da Fiocruz (2011), em 2011 foram dispensadas 835 milhões de unidades farmacotécnicas, apresentando uma diminuição de 9,1% com relação a 2010, em razão do crescimento de farmácias conveniadas do PAFP, ampliando de forma regional e local o acesso da população a esses medicamentos, descentralizando o atendimento pela rede própria. Outro impacto relatado foi o não funcionamento de 18 farmácias por motivos de descumprimento dos padrões operacionais logísticos e contábeis da Fiocruz.

Cabe destacar a evolução da quantidade de municípios atendidos pelo PFPB. Conforme apresentado no gráfico 2.2, em 2012 havia 3.730 municípios atendidos com farmácias privadas e 441 com unidades próprias. No período de 2006 a 2012 houve um aumento de 114% de municípios com unidades próprias e 528% com unidades privadas atendidas pelo Programa. No país, 67% dos municípios participam do PFPB, com unidades próprias ou privadas.

Gráfico 2.2 - Número de municípios atendidos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil



Fonte: Dados cedidos pelo DAF/SCTIE/MS (2012).

No início do PFPB todos os medicamentos eram obtidos pelo usuário pelo Sistema de Copagamento (governo financiava pelo menos 90% do valor de referência e o usuário desembolsava o restante). Em 2011, o governo promoveu a campanha A Saúde Não Tem Preço (SNTP), através da Portaria nº 184, definindo a gratuidade dos medicamentos da lista para os tratamentos do *diabetes mellitus* e da hipertensão arterial. Esta ação constituiu-se em um grande avanço. No ano seguinte, o benefício da gratuidade foi estendido aos medicamentos para o tratamento da asma. Os itens contemplados com copagamento abrangem os tratamentos de: rinite, dislipidemia, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma, contracepção, incluindo fraldas geriátricas.

A partir das informações apresentadas quanto à evolução, características e estrutura do PFPB reconhece-se uma semelhança do Programa às quatro dimensões do modelo de acesso aos medicamentos essenciais, proposto pela WHO e MSH (2000): disponibilidade; acessibilidade geográfica; aceitabilidade e poder de compra, cada qual com seus determinantes. Esta avaliação é feita a seguir.

Antes de se analisar o PFPB, sob este enfoque, é importante definir os elementos que serão avaliados. Dada que esta é uma política pública de assistência farmacêutica, tendo o Estado como seu principal regulador e financiador, considera-se que as dimensões devem ser vistas sob a sua perspectiva. Não esquecendo, porém, que um dos quesitos do núcleo central do modelo é a satisfação do usuário, representado pelo cidadão. Assim, as análises de algumas dimensões serão feitas sob o ponto de vista do Estado, do usuário e da farmácia privada.

A dimensão disponibilidade é determinada pelo abastecimento e pela demanda de medicamentos, em relação ao seu tipo e quantidade, alinhando-se aos seus dois determinantes. Primeiro, porque apresenta diferentes formas de provisão dos medicamentos, seja pelo eixo das unidades próprias, que conta com o apoio da Fiocruz, seja pelo eixo da parceria das farmácias e drogarias privadas. Segundo, porque aumenta a possibilidade do medicamento estar disponível.

A expansão do número de farmácias conveniadas ao Programa, em particular as farmácias privadas pelo PAFP permite envolver um universo mais amplo de atendimentos, fortalecendo a ampliação do acesso no momento em que o usuário necessitar, na quantidade necessária e em condições de qualidade adequadas. Mais farmácias, mais disponibilidade.

Segundo o modelo WHO e MSH (2000), a acessibilidade geográfica é a dimensão que diz respeito à relação entre os pontos de dispensação e de venda e a localização dos seus usuários, podendo coexistir diferentes mecanismos. Em relação a este aspecto, a estratégia de atuação do Programa, especificamente através do PAFP, demonstra atender essa dimensão, uma vez que a aprovação de novos convênios com farmácias privadas está condicionada ao atendimento da clientela alvo, especialmente em municípios e locais onde não foi possível construir farmácias populares pela rede própria.

A estratégia do PFPB pelo eixo das farmácias da rede própria, em função dos custos de construção das farmácias, bem como o tempo envolvido, mostrou não ser a melhor alternativa. O convênio com as farmácias privadas, uma vez que estas já têm a infraestrutura necessária, além de contemplar a dimensão disponibilidade, contempla a de acessibilidade geográfica, reforçando a garantia de ampliação do acesso.

A terceira dimensão do modelo de acesso proposto pela WHO e MSH (2000) é a aceitabilidade. Esta se refere ao ajuste entre as características dos produtos e serviços e as atitudes e expectativas dos seus usuários, bem como a questão das normas técnicas e legais dos produtos e serviços oferecidos. É possível identificar a semelhança ao PAFP a partir dos resultados publicados pelo MS no Blog da Saúde, (BRASIL, 2014) que indicam que 19,4 milhões de brasileiros foram beneficiados com medicamentos gratuitos para o tratamento de asma, hipertensão e *diabetes*, (com gratuidade) em 4.119 cidades com 30.146 farmácias públicas ou privadas que aderiram ao PFPB. Muitas pessoas passaram a fazer o tratamento de forma correta, sem interrupção, uma vez que o medicamento é garantido. A asma é a segunda principal causa de internação de crianças de até cinco anos pelo SUS. O Programa já beneficiou 781 mil pessoas em todo o país. Com isso, houve uma redução de mais de 20 mil internações no ano, uma queda de 16%. Este resultado positivo justifica-se pelo correto uso da

medicação, evitando complicações, que levem à internação. Cada internação evitada, com a distribuição gratuita de medicamento, representa mais qualidade de vida para o indivíduo e sua família. Com estes dados sugere-se que há o atendimento da aceitabilidade do Programa, pelos dois eixos de atuação.

O poder de compra é a quarta dimensão a ser considerada e analisada quando da elaboração de uma política pública em saúde e, em especial, a da elaboração de estratégias de atuação. Tem por determinantes a capacidade de pagar pelos medicamentos e os preços de produtos ou serviços. Envolve diferentes atores (setor público, setor privado não lucrativo e setor privado lucrativo). Representa a adequação entre o preço e a capacidade aquisitiva dos usuários em cada mercado, bem como, as diferentes formas de financiamento existentes. Portanto, as políticas nesta área, objetivam, principalmente, reduzir o preço dos medicamentos ou de atuar nos seus mecanismos de financiamento, favorecendo o comprador, seja ele público (Estado como financiador) ou privado (cidadão, usuário do medicamento ou a farmácia privada conveniada). Neste aspecto, quanto à perspectiva do comprador, é importante analisar as características do poder de compra de cada um deles e os possíveis impactos que a estratégia proporciona.

Sob a perspectiva do cidadão (usuário do medicamento), há opções de gratuidade e do Sistema de Copagamento²⁰, que disponibiliza medicamentos sem custo ou com baixo custo, garantindo assim que ele os obtenha, sem interrupção no tratamento. Nessas condições, o poder de compra do usuário possibilita reduzir ou eliminar²¹ barreiras que, por questões de preço, possam vir a prejudicá-lo. Isto ocorre porque, o Estado é o principal regulador e financiador.

A farmácia privada conveniada é a responsável pela compra de seus estoques, mesmo com o financiamento do governo federal²². Há diferenças entre o valor repassado pelo governo federal e o valor de compra do medicamento daquela. A indústria farmacêutica não tem interferência do Estado na determinação e limites de seus preços de venda às farmácias e aos distribuidores de medicamentos, sinalizando que não há grande poder de compra por parte da farmácia privada conveniada, ainda que esta deva oferecer todos os itens da lista do PAFP, e não apenas aqueles com melhores margens de lucro.

²⁰ Embora seja uma ação do SUS, o usuário para alguns medicamentos ainda precisa pagar.

²¹ No caso de medicamentos com gratuidade.

²² O montante financeiro da distribuição é repassado pelo governo federal para a farmácia privada conveniada, em média, 60 dias após sua realização.

A análise do poder de compra, sob a perspectiva do Estado enquanto comprador, deve ser feita considerando cada uma das estratégias do PFPB: rede própria e PAFP. As unidades da rede própria, uma vez que têm a centralização de compra e distribuição de medicamentos pela Fiocruz, conseguiriam utilizar um poder de compra de medicamentos de forma mais eficiente. As compras feitas pela entidade são volumosas para abastecimento nacional, permitindo um poder de barganha no preço junto a fornecedores. Estes de boa parte ou praticamente da totalidade dos itens dispensados nas unidades próprias do PFPB, são de origem estatal e as compras são feitas por licitações. A própria Fiocruz produz medicamentos (insulinas) o que torna os custos de aquisição, significativamente menores em relação aos custos de aquisição para a rede farmacêutica privada.

Somente esta análise já permitiria inferir que o poder de compra através deste eixo é vantajoso para o Estado. Entretanto, o gasto que o governo tem com esta estratégia, não corresponde apenas aos gastos de compra dos medicamentos, envolve também, os gastos operacionais e de instalação das unidades.

Dados recentes informam que o MS gastou no ano de 2011, aproximadamente R\$ 120 mil por unidade própria do PFPB e R\$ 37,7 mil por unidade do PAFP. Nas unidades próprias foram realizados mais de 11,4 milhões de atendimentos, com um custo médio de R\$ 37,74. Já nas farmácias privadas foram realizados 34 milhões de atendimentos, com um valor médio de R\$ 22,3 (STYLO FARMA, 2012).

Os dados revelam que o PAFP, embora não tenha o Estado como comprador direto dos medicamentos apresenta-se como uma estratégia mais econômica para o mesmo. Uma justificativa plausível para o crescimento acelerado dos convênios firmados, demonstrando ser uma ação prioritária para o Estado, no que diz respeito à ampliação do acesso aos medicamentos essenciais.

Neste sentido, uma alternativa para que o governo atue de forma positiva, melhorando o poder de compra das farmácias conveniadas ao PAFP (uma vez que são elas que efetuam as compras direto com seus fornecedores) é definir uma regra de prática de preços junto aos distribuidores e a indústria farmacêutica através de sistema de pregão de preços e de licitações, semelhante à prática da rede própria gerida pela Fiocruz. Desta forma, todo o processo permitiria maior transparência, uma vez que os preços máximos de venda da indústria/distribuidor para as farmácias privadas seriam regulados e acompanhados pelo governo federal, dado que além do valor de compra do medicamento, as farmácias têm gastos operacionais adicionais e margem de lucro a serem considerados.

Esta análise sobre o poder de compra na perspectiva do Estado nas duas estratégias do PFPB, rede própria e farmácias privadas, permite apontar elementos possíveis de melhorias nas estratégias desenvolvidas. Por fim, a partir das informações coletadas e analisadas, conclui-se que o *Programa Aqui tem Farmácia Popular* apresenta maior semelhança às dimensões propostas pelo modelo WHO e MSH (2000) que o eixo de ação das farmácias da rede própria, embora ainda possam ser aprimoradas. Na seção a seguir são tecidas considerações finais pertinentes aos assuntos tratados neste artigo.

2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao caracterizar o PFPB identificaram-se elementos alinhados às dimensões disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade geográfica e poder de compra. De forma geral, a partir das informações coletadas e analisadas, o PAFP apresenta melhor semelhança às dimensões propostas pelo modelo WHO e MSH (2000) que o eixo das farmácias próprias gerenciadas pela Fiocruz.

Os resultados do volume investido, da extensão do benefício em termos de usuários, da aceitabilidade, da distribuição e acessibilidade geográfica da estratégia são significativos. Nos últimos três anos, o MS investiu mais de R\$ 3,9 bilhões no PFPB. Foram cerca de R\$ 774 milhões em 2011, R\$ 1,3 bilhão em 2012 e 1,9 bilhão em 2013. O orçamento para 2014 é cerca de R\$ 2,6 bilhões.

Estes resultados reforçam os dados recentes publicados pelo MS no Blog da Saúde, (BRASIL, 2014) que indicam que 19,4 milhões de brasileiros foram beneficiados com medicamentos gratuitos para o tratamento de asma, hipertensão e *diabetes*, em 4.119 cidades com 30.146 farmácias públicas ou privadas que aderiram ao PFPB. O número de municípios mais carentes do país contemplados superou a meta traçada pelo governo federal de alcançar 1.377 municípios de extrema pobreza até o ano de 2013. Quando a campanha SNTP foi lançada, em 2011, havia 578 municípios contemplados.

O crescimento do PAFP desde a sua concepção, em 2006, alcançou mais de 750% de aumento, demonstrando sua aceitabilidade. Ao final da redação deste texto, o dado que se tinha era de que o PAFP atua em mais de 3,7 mil municípios com cerca de 30 mil farmácias privadas conveniadas. Desta forma reconhece-se que houve:

- a) amplo e rápido crescimento ao acesso a medicamentos, em parte pelo aproveitamento das estruturas existentes das farmácias privadas;

- b) fortalecimento da parceria do governo federal, utilizando estruturas privadas para sua função público-social;
- c) ampliação dos estabelecimentos privados credenciados, participantes do Programa, tendo seu número dobrado em três anos, de 14 mil em 2011 a 29,6 mil em janeiro 2014;
- d) ampliação das opções com diversidade de acesso a medicamentos contemplados no Programa, antes circunscritas apenas às farmácias do SUS, reforçando o atendimento à dimensão da acessibilidade geográfica;
- e) ampliação da facilidade de acesso a medicamentos; e
- f) possibilidade de garantia da disponibilidade de medicamentos nas farmácias privadas.

Reforça-se ainda que a estratégia da parceria do governo federal com o setor privado varejista farmacêutico, com a utilização dos pontos de distribuição dos medicamentos essenciais já estruturados, pareceu não apenas apresentar benefícios de tempo e velocidade para aceleração da ampliação do acesso, mas também de redução de custos para o Estado. A meta inicial do governo federal era construir mais de 20 mil farmácias populares (rede própria) em todas as unidades federativas do país, porém em dois anos construiu apenas 250. O custo de construção e operacionalização neste eixo, uma vez que envolvem a gestão do município, são maiores para o governo federal. Estes valores inexistem com a parceria das farmácias privadas. Este é um benefício reconhecido.

A estratégia do PAFP mostrou-se ser mais econômica que a da rede Fiocruz, embora não seja o Estado o comprador direto dos medicamentos. Uma justificativa possível para o crescimento acelerado dos convênios firmados, demonstrando ser este eixo uma ação prioritária para o Estado. Entretanto, há algumas limitações a serem consideradas para que o PAFP tenha melhor desempenho no que se propõe, em especial em relação à dimensão do poder de compra da farmácia privada.

Neste sentido, uma alternativa para que o governo atue, melhorando o poder de compra das farmácias conveniadas ao PAFP, é regular práticas de preços junto aos fornecedores farmacêuticos através de sistema de pregão e de licitações, semelhante à prática da rede própria, gerida pela Fiocruz. Isto permitiria maior transparência do processo com controle e regulação do governo federal e ainda a redução dos gastos governamentais.

Ainda que não tenha sido tratada a questão de acesso a medicamentos no âmbito internacional, sabe-se da importância desta abordagem. Neste sentido, o *Relatório*

Manguinhos (ABRASCO; FIOCRUZ; IPEA, 2002) enfatiza a questão do acesso diferenciado a medicamentos e as múltiplas dificuldades em sua oferta, sendo essas relacionadas à existência de taxas, impostos e margens de lucros que ocasionam preços elevados entre e nos países. Em relação aos preços, ainda, menciona a necessidade de haver diferenciação não apenas entre os países, mas também entre os segmentos da população. Reforça que a proteção patentária, um dos aspectos que muito preocupa os países do terceiro e do quarto mundo, tem pouco relevo no Relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde da OMS (WHO, 2001).

Para tanto, o *Relatório Manguinhos* sugere: esforço articulado entre a OMS, os países desenvolvidos e a indústria farmacêutica, com o objetivo de baixar os preços dos medicamentos para os países em desenvolvimento; preços diferenciados para alguns medicamentos essenciais e vacinas relacionadas às doenças prioritárias e remoção de obstáculos como tarifas e taxas de importação; e realização de licitações internacionais e concessão de licenças *ad hoc* para a fabricação de medicamentos patenteados. Cabe este enfoque ser considerado nas discussões do Estado com a indústria farmacêutica ao realizar suas políticas públicas no âmbito da saúde. Neste sentido, o modelo de acesso a medicamentos proposto por Bigdeli et al. (2012), suportaria esta discussão, especialmente, seu quinto nível do sistema de saúde - internacional e regional.

Tendo em vista que os principais resultados desejados do acesso a medicamentos são o uso racional e a satisfação do usuário com o serviço de saúde e estes são os elementos centrais do modelo de acesso a medicamentos proposto pela WHO e MSH (2000), sugere-se como estudo futuro um acompanhamento mais direto com os usuários do PAFP, possibilitando avaliar se estes objetivos estão sendo alcançados.

Conclui-se que cabe ao Estado não apenas a criação de políticas públicas, mas a sistemática de acompanhamento e controle das mesmas. Percebe-se que as políticas voltadas à criação de Programas para a ampliação do acesso aos medicamentos essenciais são fundamentais para melhoria dos indicadores sociais, de crescimento e desenvolvimento econômico do país. É necessário, no entanto, quando da elaboração dessas políticas que um modelo seja adotado e suas dimensões avaliadas. Este deve sintetizar a dinâmica que envolve uma complexa rede tanto de atores públicos e privados, em seus diferentes papéis, quanto de diferentes intervenções com suas dimensões e determinantes sociais e políticos.

3 O PAPEL DO ESTADO E O DIREITO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: O PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

Resumo: Com o intuito de verificar o papel do Estado através de ações no âmbito da assistência farmacêutica, o segundo artigo avalia, qualitativamente, o *Programa Aqui tem Farmácia Popular* (PAFP), a partir da perspectiva dos usuários. Os dados foram obtidos através de procedimentos metodológicos e de instrumento desenvolvidos para tal. Avaliou-se a ocorrência de migração dos usuários do Programa Farmácia Básica (PFB) do Sistema Único de Saúde (SUS) para o PAFP e suas motivações, incluindo a avaliação do atendimento de suas necessidades e o seu grau de satisfação em relação ao PAFP. Os resultados indicam que não há migração significativa (16%) de usuários do PFB do SUS para o PAFP, sugerindo que não há concorrência entre os Programas, sendo complementares. A pesquisa possibilitou reconhecer que houve ampliação da facilidade de acesso a medicamentos, oferta de alternativa positiva para os usuários, ganho financeiro do usuário com a utilização do PAFP, entre outros. Constata-se, entretanto, como limitantes, a questão da inconstitucionalidade do Sistema de Copagamento e a sustentabilidade financeira do Programa.

3.1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde foi reconhecido pela Organização das Nações Unidas - ONU (1948) como um dos direitos humanos fundamentais e a sua garantia envolve o acesso aos serviços, à prevenção, ao cuidado e ao tratamento, o que inclui o acesso a medicamentos. Ao defender a garantia do acesso a medicamentos essenciais pelo Estado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) explicita que este compromisso deve ser mantido independentemente da orientação política ou econômica vigente (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1946). Para atender este direito à saúde pressupõe-se que haja uma integração entre diferentes agentes econômicos de um país: setor público, representado pelo Estado; setor privado não lucrativo, representado pela sociedade e pelos cidadãos; e setor privado lucrativo.

Os principais resultados desejados do acesso aos medicamentos essenciais são o uso racional²³ e a satisfação do usuário com o serviço de saúde (BERMUDEZ et al., 2004). A promoção de políticas públicas de oferta destes bens e serviços de saúde à população pode vir a ser uma forma eficiente de relacionar o desenvolvimento econômico nacional com a saúde. São vários os aspectos a serem considerados como propulsores desta relação: a ampliação da qualidade do acesso aos bens e serviços de saúde, a ampliação da solidariedade e da proteção

²³ Conforme a *Management Science for Health - MSH* (1997, p. 422), "[...] há uso racional quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade".

social dos indivíduos e a consequente justiça social, especialmente aos cidadãos em situações de maior risco e vulnerabilidade.

No Brasil, o artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado e este deve ser garantido por políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, bem como ofereçam o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Para garantir à população esse direito constitucional, estabeleceu-se o Sistema Único de Saúde (SUS). Em junho de 2004, especificamente, para a ampliação do acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, o governo federal criou o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), que distribui com gratuidade ou copagamento, medicamentos para tratamento das doenças com maior prevalência no país.

O PFPB atua através de dois eixos de ação: rede própria de farmácias populares, gerenciadas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com municípios e estados; e convênio com farmácias e drogarias da rede privada, denominado *Programa Aqui tem Farmácia Popular* (PAFP). Este aproveita a dinâmica da cadeia farmacêutica já estruturada (produção-distribuição-varejo), utilizando-a para pontos de distribuição de medicamentos essenciais, possibilitando maior rapidez na ampliação do acesso da população. Essa tem sido a estratégia de parceria do governo federal com o setor privado varejista farmacêutico.

O modelo de acesso aos medicamentos essenciais proposto pela OMS e pela *Management Sciences for Health* - MSH (WHO; MSH, 2000) sintetiza o conjunto de processos do sistema de intervenções, com suas dimensões e determinantes e apresenta como seu núcleo central o uso racional dos medicamentos e a satisfação do usuário. Nesta mesma perspectiva, MacKeigan e Larson (1989) desenvolveram e validaram um instrumento de medida da satisfação dos usuários dos serviços farmacêuticos, considerando: organização do serviço; tempo de espera para atendimento; conforto de atendimento; e cortesia e orientação quanto ao uso dos medicamentos. Todos esses elementos são importantes na descrição da adequação à demanda do usuário.

Acrescenta-se ainda que o sistema de distribuição de medicamentos proposto através do PAFP causou algumas preocupações apontadas no Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas da União - TCU (2010). Uma delas é a questão da migração de usuários do Programa Farmácia Básica (PFB) do SUS para o PAFP. Segundo o Tribunal de Contas da União - TCU (2010), a concorrência entre Programas pode ocasionar a existência de migração dos beneficiários para a alternativa com melhor prestação de serviços. As migrações podem fazer com que um Programa perca parcela considerável de sua clientela. Em consequência disso, o

governo pode incorrer em ineficiências e desperdícios, tais como a realização de compra direta de medicamentos que não sejam consumidos de forma tempestiva pelos potenciais beneficiários.

Diante do exposto, este artigo tem por objetivo, a partir da perspectiva dos usuários, avaliar, qualitativamente, o *Programa Aqui tem Farmácia Popular* proposto pelo Estado como estratégia de sua política pública de assistência farmacêutica. Para tanto, identifica a migração de usuários do PFB do SUS para o PAFP, descreve suas motivações para a escolha deste PAFP, bem como analisa o atendimento de suas necessidades e de seu grau de satisfação.

O artigo está estruturado a partir desta Introdução com mais quatro seções. A segunda seção apresenta a fundamentação teórica com conceitos e abordagens, destacando as relações do desenvolvimento econômico, o papel do Estado e a Teoria do Estado de bem-estar social, contextualizando-os. A terceira descreve a metodologia adotada para realização da pesquisa, tendo em vista a caracterização dos usuários do PAFP. Os resultados obtidos, através do instrumento de investigação, especificamente desenvolvido para tal finalidade, são expostos e discutidos na quarta seção e, por fim, são apresentadas as considerações finais em relação ao objetivo proposto, apontando limitantes e potencialidades que o PAFP apresenta para o desenvolvimento econômico.

3.2 DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, ESTADO E BEM-ESTAR SOCIAL

Mill (1983) analisa o Estado, atribuindo-lhe papéis que deve desempenhar na economia capitalista. Sua argumentação oscila entre a condenação tática do *laissez-faire* doutrinário e um profundo cuidado com respeito à intervenção estatal. Destaca, ainda, que uma das questões mais discutidas no seu tempo é a delimitação das funções do Estado, constatando que estas são muito mais diversificadas e que não há possibilidade de defini-las com clareza.

Neste contexto do papel do Estado, destaca-se a denominada Escola Keynesiana ou Keynesianismo, teoria econômica consolidada pelo economista inglês John Maynard Keynes em seu livro *General Theory of Employment, Interest and Money* (KEYNES, 1936). A concepção desta teoria consiste, basicamente, na organização político-econômica fundamentada na constituição do Estado enquanto agente indispensável de controle da economia, ainda que seu autor não tenha defendido a estatização da economia. Segundo

Keynes (2004), a mais importante agenda do Estado relaciona-se às funções que estão fora do âmbito do indivíduo, cujas decisões ninguém assume se o Estado não o fizer.

Para Greenwald e Stiglitz (1986) não se trata de instigar uma competição entre o Estado e o mercado, e sim, de promover uma adequada complementação entre eles, pois, o Estado agindo sozinho, não é capaz de resolver todos os problemas referentes à economia nacional. Segundo Stiglitz (1998), a escolha não deve ser se o Estado deve ou não estar envolvido (na economia), mas, justamente, como o Estado se envolve. Assim, a questão central não deve ser o tamanho do Estado, mas as atividades e os métodos pelos quais o governo atua. Países com economias bem sucedidas têm governos que estão envolvidos em um amplo espectro de atividades.

Conforme apontado por Cardoso (1996), a globalização modificou o papel dos Estados nacionais, enfatizando a intervenção governamental dirigida, quase exclusivamente, para tornar possível às economias dos países desenvolverem e sustentarem condições estruturais de competitividade em escala mundial.

Ao papel do Estado alinham-se as proposições da Teoria do Estado de bem-estar social, qualificando suas políticas e ações propostas. Nos parágrafos seguintes, reflete-se sobre essa relação.

Pelos princípios da Teoria do Estado de bem-estar social, todo indivíduo teria o direito, desde seu nascimento até sua morte, a um conjunto de bens e serviços que deveriam ter seu fornecimento garantido diretamente através do Estado ou indiretamente, mediante seu poder de regulamentação sobre a sociedade civil. Esses direitos incluiriam educação em todos os níveis, assistência médica gratuita, auxílio ao desempregado e garantia de uma renda mínima e recursos adicionais para a criação dos filhos, entre outros.

Destaca-se nesta perspectiva, o prêmio Nobel de economia em 1998, Amartya Sen, defensor do Estado de bem-estar social, partindo da premissa de que o desenvolvimento tem por base o Estado democrático e o bem-estar social. Sen (2000) acredita que, para se construir uma boa sociedade é necessário não somente instituições baseadas no mercado, mas também, instituições asseguradas pelo Estado, pois este realiza o que aquele não consegue fazer com eficiência e equidade nas áreas de saúde, educação, segurança e apoio aos desempregados e pobres.

O Brasil não chegou a estruturar um Estado de bem-estar social similar ao dos países de Primeiro Mundo. Apesar disso, o nível de intervenção estatal na economia nacional teve início na Era Vargas (1930-1945) e chegou ao auge durante o período da ditadura militar (1964-1985). Paradoxalmente, nessa época, os maiores beneficiados com os gastos públicos

realizados em infraestrutura e construção de grandes empresas públicas foram, justamente, os empresários brasileiros e os estrangeiros (CANCIAN, 2007).

Estudo elaborado por Medeiros (2001) discute as circunstâncias do surgimento e desenvolvimento do Estado de bem-estar social no país, apontando que são diferentes das observadas nos países europeus e norte-americanos, não só pela posição diferenciada do país na economia mundial, como também por apresentar peculiaridades históricas.

No período de industrialização do Brasil o Estado de bem-estar social surge a partir de decisões autárquicas e com caráter político. Estudo de Barcelllos (1983) mostra que apenas após a passagem da economia agrário-exportadora para a economia urbano-industrial na década de 1930 é que o país passou a apresentar as primeiras mudanças institucionais no Estado que visavam fornecer condições básicas para o desenvolvimento da indústria, especialmente a partir da promulgação de leis referentes às condições de trabalho e à venda da força de trabalho.

É a partir de 1930 que se torna nítida a constituição de um Estado de bem-estar social no Brasil, com políticas sociais de profundo caráter conservador, período que predominava um ideal de sociedade harmônica em que os antagonismos entre classes eram encarados como nocivos ao bem comum representado pelo Estado. O autoritarismo marca o surgimento do Estado de bem-estar social no Brasil. A inexistência de organizações de trabalhadores politicamente fortes ao longo de um processo de industrialização lento, criou a lacuna de poder que foi apropriada pelo Estado, criando assim no país um mecanismo de constituição da força de trabalho assalariada por intermédio do Estado.

A partir deste período o Brasil definiu e implementou as bases modernas de seu sistema de seguridade social, que permaneceram sem modificações até 1966. Segundo Medeiros (2001), o modelo do Estado de bem-estar social dos governos militares perdeu o caráter populista, assumindo duas linhas definidas. A primeira de caráter compensatória, constituída de políticas assistencialistas que buscavam minorar os impactos das desigualdades crescentes provocadas pela aceleração do desenvolvimento capitalista. A segunda de caráter produtivista, formulando políticas sociais que visassem contribuir com o processo de crescimento econômico.

Ainda, a base financeira e administrativa deste aparato estatal centralizou e viabilizou ações abrangentes no campo social do que as observadas no período getulista. Implicando um grande volume de recursos em políticas sociais, o que estimulou a participação e envolvimento da iniciativa privada. Porém essas decisões orientaram as políticas sociais de

modo a atender os interesses políticos e particulares, gerando ações ineficazes, ineficientes e regressivas (MARTINE, 1989).

As diversas modificações ocorridas após a década de 1970 para a universalização do sistema reforçaram seu caráter meritocrático-particularista. O caráter redistributivo do sistema foi reduzido a um conjunto de programas assistenciais, com patamares mínimos muito reduzidos. Até as reformas ocorridas na década de 1980, o Estado de bem-estar social brasileiro caracterizava-se pela centralização política e financeira em nível federal, fragmentação institucional, tecnocratismo, autofinanciamento, privatização e uso clientelístico das políticas sociais (DRAIBE, 1989).

Cancian (2007) descreve ainda que, na década de 1970, setores mais influentes da classe empresarial brasileira fizeram críticas ao intervencionismo estatal. Na ocasião, a palavra mais utilizada pelos empresários paulistas em sua campanha contra o Estado era "desestatização". Quando ocorreu a transição para a democracia, os partidos políticos de esquerda e os movimentos populares acreditavam que havia chegado o momento do Estado brasileiro saldar a imensa dívida social diante das profundas desigualdades sociais e pobreza extrema reinantes no país. Entretanto, todos esses anseios foram frustrados.

O fim dos regimes militares, marcado com a Nova República, apresentou avanços na área política, apresentando a retração e desmantelamento das políticas sociais. As mudanças no período entre 1985 e 1988 priorizaram o resgate da dívida social, rejeitando políticas sociais às medidas de ajuste macroeconômico. A estratégia do governo no período 1990/1992 caracterizou-se pela descentralização, provocando vazios institucionais em determinados setores de política social e superposições em outros. A partir de 1993, surgem inovações nas políticas sociais brasileiras importantes: a descentralização das políticas, a articulação entre os diversos programas e a parceria entre governo e movimentos sociais foram inovações que permitiram redução das práticas clientelistas, distanciamento das políticas assistenciais e continuidade dos programas. Parte das mudanças ocorridas na década de 1990 gerou excessiva descentralização e focalização das políticas, criando vazios institucionais em alguns casos e superposição de políticas em outros, não demonstrando assim representar uma ruptura de tendência na trajetória do Estado de bem-estar social brasileiro na direção de um modelo mais distributivo.

Estudo elaborado por Fagnani (2011) analisa a política social do governo do presidente Luis Inácio "Lula" da Silva (2003-2010) na perspectiva da trajetória da proteção social brasileira nas últimas cinco décadas. O principal argumento é de que a política está inserida em longa fase de tensões entre paradigmas (Estado Mínimo *versus* Estado de Bem-

Estar Social) observadas no período entre 1990 e 2002. Segundo o autor, as fricções permaneceram vivas entre 2003 e 2005 e arrefeceram entre 2006 e 2010. A política social de Lula compreende duas etapas bem definidas: Mudança ou Continuidade (2003-2005)? marcada pela manutenção da ortodoxia econômica que teve consequências nos rumos tensionados da política social; e Ensaio Desenvolvimentista (2006-2010).

O autor estabelece como consequências das ações da política neste período:

- a) a crise financeira internacional (2008) mitigou a hegemonia do pensamento neoliberal e a agenda do “Estado Mínimo” perdeu força.
- b) o crescimento econômico voltou a ter destaque na agenda do governo;
- c) a melhoria do mundo do trabalho e das contas públicas abriu espaço para a ampliação do gasto social;
- d) caminhou-se para construção de uma estratégia na qual políticas universais e focalizadas são complementares;
- e) a despeito dessas inflexões positivas, o espectro do retrocesso ainda permaneceu vivo, embora com menor intensidade.

A oferta de serviços de saúde e o próprio nível de saúde da população aparecem como preocupações cada vez mais crescentes entre os formuladores de políticas públicas. Segundo Amartya Sen (2010), as decisões individuais ou políticas públicas, que afetam direta ou indiretamente a saúde, têm mostrado efeitos cruciais sobre o desenvolvimento econômico de um país.

Reforça-se o que já foi apresentado anteriormente, que a política pública de saúde brasileira foi redefinida na CF de 1988, estabelecendo que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Este passou a ser obrigado a garantir a redução do risco de doença e de outros agravos mediante a construção de políticas sociais e econômicas e de uma política setorial de saúde, capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 1988). Esse acesso, conforme legislação própria é concretizado pelo SUS, a partir da política de medicamentos e da execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica com o fornecimento de medicamentos.

O Programa de Aceleração do Governo para a área de Saúde, PAC Mais Saúde (BRASIL, 2008), com o objetivo de melhorar a atenção à saúde no tocante ao acesso a medicamentos, propôs quatro medidas:

- a) ampliação do acesso da população a medicamentos fornecidos pelo SUS e qualificação da gestão da assistência farmacêutica;
- b) redução do gasto da população com medicamentos, mediante o estímulo ao uso de medicamentos similares e genéricos;
- c) ampliação da rede própria do Programa Farmácia Popular do Brasil; e
- d) expansão do PFPB – Sistema de Copagamento, aumentando o número de farmácias conveniadas e o número de medicamentos disponibilizados.

A realização pelo governo federal de tais intenções públicas de bem-estar social, em particular, em relação ao acesso aos medicamentos essenciais, se concretiza através da criação de diferentes Programas. A avaliação destes, sob a perspectiva de seus usuários, permite verificar se seus objetivos estão sendo atendidos, especialmente, em termos de sua satisfação e atendimento de suas necessidades.

Antes mesmo da implementação do PAFP alguns estudos foram feitos, centrados no PFB do SUS e nas farmácias da rede própria do PFPB, geridas pela Fiocruz. A seguir, são apresentadas suas abordagens quanto ao acesso a medicamentos, à avaliação na perspectiva do usuário, à presença de profissionais farmacêuticos e aos aspectos jurídicos do direito à saúde pública.

Costa et al. (2010) analisam o consumo dos medicamentos mais dispensados nas unidades de atendimento do PFPB no município de São Luís do Maranhão, no período de 2006-2009. Os dados da pesquisa mostram que houve mais de 100 mil atendimentos no período estudado, representando um aumento de 170%. Constataram que 49% dos medicamentos mais dispensados pelo PFPB naquela cidade, são para o tratamento de doenças cardiovasculares. A população tem recorrido cada vez mais ao Programa para a provisão de medicamentos essenciais, levando a um crescimento significativo do número de medicamentos dispensados.

Ferreira (2007) analisa a implantação do PFPB na perspectiva de seus usuários, bem como de elementos relativos ao acesso a medicamentos proporcionado pelo Programa. Os principais resultados apontam que a prescrição médica originada no SUS representou cerca de 60% da amostra analisada. Metade dos entrevistados não conseguiu todos os medicamentos prescritos, devido, principalmente, a sua não inclusão na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Mesmo assim, quase todos os entrevistados afirmaram que pretendiam permanecer no PFPB, sendo o principal motivo o preço baixo. Mais de 97% dos

entrevistados já indicaram ou indicariam o Programa a outras pessoas e mais de 90% o avaliaram com uma nota igual ou maior que sete, considerando o atendimento bom ou muito bom. Dos entrevistados 84% (RJ) e 58% (DF) pertenciam aos níveis socioeconômicos C/D/E. Nenhum dos medicamentos considerados na amostra estava fora da validade e apenas um estava em falta no RJ. A diferença de valor chegou a 96% em relação ao preço de mercado. A maioria dos usuários qualificou positivamente o atendimento, aprovando e divulgando o Programa, em especial, devido aos baixos preços.

Junges (2009) avalia a rede própria do PFPB, centrando na estrutura física, no perfil dos profissionais farmacêuticos das unidades assim como no seu conhecimento relacionado à atenção farmacêutica e ao Programa. Avalia também o treinamento oferecido pela Fiocruz às unidades, desenvolvendo para isso um modelo com indicadores da estrutura e do processo do Programa. Sua pesquisa demonstrou haver grande expansão do número de unidades, assim como dos atendimentos realizados por aqueles profissionais. Nenhuma unidade atendeu a todos os requisitos avaliados na estrutura física. Somente 30% das unidades analisadas apresentam o quadro de recursos humanos completo, porém todas contam com, pelo menos um farmacêutico e 90% com dois. A partir do relato dos profissionais entrevistados, identificou-se que desses 64% atendem o público de uma a quatro horas por dia e todos prestam orientações aos usuários. Dos respondentes, 55% consideraram ótima sua satisfação em trabalhar no Programa e 39%, excelente.

Considerando o desempenho do PFPB nos setores público e privado, Santos-Pinto et al. (2010) analisam a disponibilidade e o valor dos medicamentos para hipertensão e *diabetes*. Os principais resultados da pesquisa indicam que os preços praticados no PFPB representam redução da despesa para o usuário com o tratamento dessas doenças quando comparados com os preços praticados pelo setor privado. Concluem que, enquanto política pública, o PFPB parece somar e não substituir esforços de provisão de medicamentos no país. Estima-se que venha atingindo seu objetivo de ampliação do acesso, por uma forma inovadora de provisão, marcada pela intersectorialidade e coadjuvante nos marcos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Em outro artigo, Santos-Pinto et al. (2011), interpretam o modelo inicial do PFPB, baseado na implantação das unidades de dispensação de medicamentos. Sua pesquisa identificou a origem da população que utiliza o Programa e a demanda de medicamentos dispensados. Os resultados demonstram grande expansão da rede e do número de atendimentos. Observou-se boa parte de usuários do SUS. Do ponto de vista do pacto federativo, o PFPB reedita o modelo de compra centralizada de medicamentos essenciais, que,

na lógica do sistema público descentralizado, está sob a responsabilidade de provisão dos estados e municípios. As evidências apontam para problemas com a provisão descentralizada, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, fazendo com que a população usuária do SUS recorra ao PFPB para provisão dos medicamentos que não conseguem obter nas unidades públicas de dispensação.

Os vários artigos sintetizados convergem na positividade em relação ao PFPB. A referência do próximo artigo rompe essa lógica apresentando uma limitação significativa do Programa, ao tratar da questão de sua inconstitucionalidade.

Estudo realizado por Silva Filho (2010) em relação ao direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, analisa os princípios constitucionais aplicáveis à saúde e à assistência farmacêutica, presentes no PFB do SUS e sua evolução no contexto histórico, demonstrando a transição de uma política de medicina curativa à preventiva com o advento do SUS. Compara o PFPB ao PFB do SUS, constatando as dificuldades deste devido à falta de investimentos para sua expansão e melhoria na qualidade do serviço. Aponta que a solução encontrada pelo governo para sanar os problemas da Farmácia Básica, foi a criação do PFPB, sob a gestão da Fiocruz em 2004, e sua expansão em 2006 através de parcerias com as farmácias e drogarias privadas.

Do ponto de vista jurídico, o autor argumenta que o Programa instituído pelo governo federal fere a Carta Magna, defendendo que é dever do Estado favorecer a todos os brasileiros e estrangeiros que estiverem em solo nacional, a universalidade do atendimento à saúde de forma igualitária, a integralidade do seu tratamento e sua recuperação. Segundo Silva Filho (2010), a instituição do PFPB fere vários princípios constitucionais, dentre eles o direito à vida, à dignidade da pessoa humana e à saúde, sustentados pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Para tanto, o Estado deve promover a redução das desigualdades sociais e a criação de uma sociedade justa. Finaliza, destacando a inconstitucionalidade deste Programa, pois há clara discriminação social com aqueles que não possuem condições de comprar o medicamento que o governo tem a obrigação de distribuir gratuitamente.

No intuito de avaliar, qualitativamente, o *Programa Aqui tem Farmácia Popular*, enquanto estratégia de política pública de saúde do Estado brasileiro, a partir da perspectiva de seus usuários foi proposta uma pesquisa junto aos mesmos. Os procedimentos metodológicos e estratégia de ação adotados na investigação são descritos na próxima seção.

3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E ESTRATÉGIA DE AÇÃO

O levantamento dos dados referentes aos usuários do PAFP foi precedido do desenvolvimento de instrumento específico para tal e de sua respectiva testagem (Apêndice A). Sua aplicação foi efetivada por uma equipe de 12 integrantes, selecionados e treinados para esse fim, entre acadêmicos de universidades federais de diferentes unidades da federação, liderados pela autora.

O instrumento de investigação foi aplicado em 15 municípios de 14 estados brasileiros, totalizando 1073 entrevistas, realizadas no período de 06/08/2012 a 31/08/2012, em 27 estabelecimentos de farmácias privadas, através de entrevista presencial com os usuários, no momento em que estes retiravam os medicamentos pelo PAFP.

O critério para seleção das farmácias privadas foi o volume de atendimentos a usuários do PAFP, a partir de informações do Ministério da Saúde (MS) e da Federação Brasileira das Redes Associativas de Farmácias (FEBRAFAR). Foram selecionadas farmácias que tivessem um movimento diário em torno de 25-40 usuários. Para a autorização da realização da pesquisa junto aos usuários, no momento da retirada ou compra dos medicamentos, foi feito, previamente, contato com os gestores responsáveis pelas redes e com os proprietários das farmácias, com apoio do MS.

Segundo Mackeigan e Larson (1989), a organização do serviço, tempo de espera para atendimento, conforto de atendimento, cortesia e orientação quanto ao uso dos medicamentos são importantes para medir a satisfação dos pacientes com os serviços farmacêuticos. Tendo por base esta orientação, o instrumento de investigação é composto de três blocos. O primeiro, refere-se às informações sobre o uso do PAFP e outros Programas de fornecimento de medicamentos; o segundo, quanto ao perfil do entrevistado e o terceiro bloco inclui informações sobre a identificação dos itens retirados/comprados no momento da entrevista, tendo por base a lista de medicamentos contemplados no PAFP (Anexo A). Em síntese, as questões abrangem os seguintes aspectos:

- a) perfil geral dos entrevistados;
- b) caracterização do tratamento de saúde;
- c) participação e percepção dos usuários do PAFP; e
- d) avaliação quantitativa e qualitativa do PAFP.

Utilizou-se o *software* TELEform para desenho do instrumento de pesquisa, captura dos dados coletados nas entrevistas e geração de base de dados para análise. A extração dos dados da base gerada foi realizada com o uso do pacote estatístico SPSS 18.0.

3.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta seção são apresentadas as análises dos resultados obtidos nas entrevistas com os usuários do PAFP no momento da retirada/compra dos medicamentos.

3.4.1 Perfil geral dos entrevistados

Dos usuários que participaram da pesquisa, 69% são mulheres e 31% homens. A média aritmética de idade dos usuários é de 58 anos; do total, 55% dos usuários têm menos de 60 anos e apenas 19% dos usuários entrevistados estão acima de 71 anos.

Dos entrevistados, 93% informaram sua renda salarial, permitindo calcular suas médias: 12% têm uma renda média de até R\$ 300; 66% têm entre R\$ 300 e R\$ 1.900 e 14% têm entre R\$ 1.900 e R\$ 6.000 e apenas 1,3% dos entrevistados têm uma renda superior a R\$ 6.000.

3.4.2 Caracterização do tratamento de saúde

Em relação ao tipo de enfermidade do usuário, o perfil da amostra indica que 71% dos itens fornecidos pelo Programa são para o tratamento de hipertensão arterial; 30% para *diabetes mellitus*; 24% para dislipidemia; 2,9% para osteoporose; 2,7 % para asma; 2,6% para rinite; 1,3% para anticoncepção; 0,9% para incontinência urinária; 0,5% para doença de Parkinson e 0,4% para o tratamento de glaucoma. Destaca-se que 76% dos usuários entrevistados receberam os medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e asma, gratuitamente.

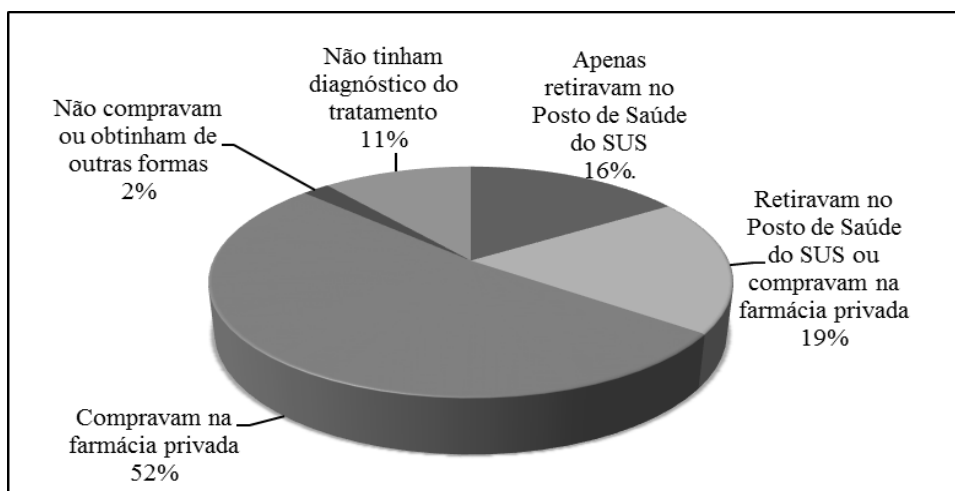
Quanto às retiradas/compras de itens, constatou-se que 68% dos usuários entrevistados o fazem para apenas um tratamento; 24% para dois e 6,5% para três tratamentos. Em relação à quantidade de itens retirados/comprados pelos usuários, verificou-se que 49% dos usuários retiram/compram apenas um item; 31%, dois e 19% dos usuários, entre três a seis itens para realização de diferentes tratamentos.

3.4.3 Participação e percepção dos usuários do PAFP

Os usuários foram questionados quanto ao conhecimento dos objetivos e benefícios do Programa. Em relação a estes quesitos, 92% informaram conhecer o PAFP; 58% indicaram que conseguem todos os itens; 41% obtêm alguns dos itens que necessitam e apenas 1% (um por cento) informou não ter êxito para consegui-los.

Em relação à prática de obtenção de itens pelo usuário antes do PAFP ser criado, destaca-se que: 52% dos entrevistados indicaram que compravam os itens na farmácia privada; 19% os retiravam na farmácia básica do SUS ou os compravam na farmácia privada, especialmente quando estes estavam em falta na rede pública; 16% os retirava na farmácia do SUS; 11% dos usuários não tinham diagnóstico de doença; 1,5% não compravam o medicamento; e apenas 0,5% indicaram que obtinham os medicamentos por outras formas. O Gráfico 3.1 ilustra esta distribuição:

Gráfico 3.1 - Local de obtenção dos itens antes do *Programa Aqui tem Farmácia Popular*



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2013).

A principal forma de obtenção da prescrição médica é proveniente: 48% de médico do serviço público; 39% de profissional vinculado a planos de saúde e convênios e 12% de médico particular. Identificou-se que 56% dos usuários entrevistados não necessitaram fazer mais consultas médicas para obterem a prescrição médica, enquanto 40% indicaram o aumento do número de consultas médicas e 4% dos entrevistados não perceberam a diferença. Daqueles 48% de usuários que realizam consultas médicas no SUS, antes da criação do PAFP, 38% compravam itens em farmácia privada; 26% os compravam na

farmácia privada ou os retiravam na farmácia pública e o mesmo percentual de usuários retiravam exclusivamente os medicamentos no serviço público.

Quando analisada por tratamento de saúde, a prática de obtenção de itens pelo usuário antes do PAFP ser criado, observou-se que entre os entrevistados que tiram medicamentos para hipertensão arterial: 56% os compravam; 23% ou os compravam na farmácia privada ou os retiravam no SUS e 19% os retiravam apenas no serviço público. Para o tratamento de *diabetes mellitus*: 51% os compravam antes da criação do PAFP; 29% ou os compravam na farmácia privada ou os retiravam na rede pública e 20% somente no serviço público. Para o tratamento de asma: 63% os compravam; 20% ou os compravam na farmácia privada ou os retiravam no SUS e 15% os retiravam apenas na rede pública. A Tabela 3.1 apresenta as formas de obtenção de itens antes do PAFP. A análise permite identificar a parcela de usuários do PAFP que deixaram de utilizar o serviço público para obter seus medicamentos na rede privada, continuando a usufruir do benefício da retirada com gratuidade, especificamente para as três patologias destacadas.

Tabela 3. 1 - Formas de obtenção de itens antes do PAFP, por tratamento de saúde.

Tratamento de saúde	Compravam na farmácia privada	Compravam na farmácia privada e retiravam no Serviço Público	Retiravam no Serviço Público	Não compravam o medicamento
Hipertensão arterial	56%	23%	19%	2%
Diabetes Mellitus	51%	29%	20%	1%
Dislipidemia	66%	20%	12%	2%
Asma	63%	22%	15%	0%
Incontinência Urinária	50%	38%	13%	0%
Osteoporose	79%	7%	10%	3%
Glaucoma	100%	0%	0%	0%
Doença de Parkinson	80%	0%	20%	0%
Rinite	74%	13%	9%	4%
Contraceptivos	92%	0%	8%	0%

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2013).

Com a intenção de identificar a opção pelo uso da rede pública, caso não houvesse o PAFP, perguntou-se aos entrevistados qual seria a alternativa de retirada/compra dos itens. As respostas indicam que 58% dos entrevistados utilizariam a rede pública. Os motivos mais expressivos para os usuários foram: pela gratuidade e pelo preço do medicamento (86%) e pela necessidade do medicamento (41%). Para 10% dos usuários há preferência pela farmácia do SUS, apontando a facilidade de deslocamento; por ser um direito e por considerarem o serviço rápido como justificativas para esta predileção.

As respostas daqueles que não utilizariam o SUS como alternativa de retirada/compra dos itens se não houvesse o PAFP, correspondem a 36% dos usuários entrevistados. Alegam diferentes razões: não haver disponibilidade do medicamento (62%); falta de tempo (18%) e dificuldades de deslocamento e localização (20%). Outros motivos foram reportados pelos usuários entrevistados que não utilizariam o SUS (20%): burocracia; demora; fidelidade à farmácia privada; terem plano de saúde; nunca terem ido a um Posto de Saúde; o preço do medicamento necessário usado ser baixo, compensando comprá-lo, ao invés de procurá-los na unidade de saúde pública. Do total de usuários entrevistados, 5% não souberam responder a essa questão.

3.4.4 Avaliação quantitativa e qualitativa do PAFP

Com o objetivo de avaliar a satisfação do usuário do PAFP com a farmácia privada frequentada, foi solicitada a avaliação dos quesitos apontados na tabela 3.2, atribuindo notas de 01 a 10 (de um a dez) a cada um.

Tabela 3. 2 – Satisfação do usuário do *Programa Aqui tem Farmácia Popular*

Quesitos avaliados	Média	% respondentes
Tempo de deslocamento	8,46	100
Tempo de espera	9,07	100
Horário de funcionamento	9,64	99
Localização	9,29	100
Disponibilidade do medicamento	9,33	99
Qualidade do atendimento	9,75	99
Gasto com estacionamento	9,07	16
Desconto no preço do medicamento	8,89	44
Gratuidade do medicamento	9,65	88
Média Satisfação Usuários	9,24	-

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2013).

Os resultados mostram que, de modo geral, os usuários conferem um grau de satisfação bastante alto quando tratam da avaliação do PAFP. Em relação à economia financeira dos usuários com o PAFP, uma parcela de 29% da amostra não poderia fazer alguma economia, uma vez que, antes do programa 16% buscavam seus medicamentos no Posto de Saúde do SUS; 11% que não faziam tratamento; e 1,5% não compravam os medicamentos ou os obtinham de outras formas.

Observa-se ainda que 71% dos usuários economizam ao retirar os medicamentos com gratuidade ou com desconto. Em média, 61% desses usuários obtém uma economia financeira mensal de R\$ 40,72 e 10% não souberam estimar quanto economizam. A estimativa desses

valores deve ser considerada com cautela, por depender da memória e porque, em várias situações, as compras dos medicamentos para tratamento das doenças em questão são realizadas juntamente com outras.

Considerando o quociente entre gasto total economizado e o número dos entrevistados que poderiam ter alguma economia (71%), a pesquisa estimou que, em média, cada usuário deixou de gastar, mensalmente, R\$ 34,96. O financiamento médio mensal feito pelo MS, com o fornecimento desses medicamentos foi de R\$ 23,92 por usuário atendido pelo PAFP. A tabela 3.3 sintetiza o volume de gastos do MS e a quantidade de usuários do PAFP no primeiro semestre de 2012.

Tabela 3. 3 – Financiamento médio mensal do Ministério da Saúde por usuário do *Programa Aqui tem Farmácia Popular*. Período: janeiro a julho de 2012.

Mês 2012	Valor gasto ministério da saúde	Usuários atendidos	Gasto médio por usuário
Janeiro	92.739.149,06	3.921.009	R\$ 23,65
Fevereiro	91.040.567,53	3.796.747	R\$ 23,98
Março	103.804.933,59	4.351.341	R\$ 23,86
Abril	100.702.630,64	4.221.824	R\$ 23,85
Mai	110.927.460,71	4.627.133	R\$ 23,97
Junho	111.142.430,73	4.640.948	R\$ 23,95
Julho	117.146.835,39	4.853.116	R\$ 24,14
Média	103.929.143,95	4.344.588,29	R\$ 23,92

Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

A tabela 3.4 reúne informações obtidas pelas entrevistas, sintetizando a questão da economia da sociedade e a representatividade da população com participação no Programa. Se a média nacional permanecesse a mesma estimada nessa amostra poderíamos supor que o comportamento das variáveis totais representariam uma economia para a sociedade no montante de R\$ 34 milhões/ano, com a diferença de R\$ 11,06 entre o que o cidadão economiza (R\$ 34,96) e o que o Estado financia (R\$ 23,92) para os 71% dos usuários entrevistados que reconhecem algum ganho financeiro com a utilização do PAFP.

Tabela 3. 4 – Análise da estimativa de impacto do *Programa Aqui tem Farmácia Popular* para usuários e sociedade

Gasto por usuário do Ministério da Saúde com o PAFP	R\$ 23,92
Economia do usuário que utiliza o PAFP	R\$ 34,96
Diferença = Economia da sociedade	R\$ 11,04
% usuários que têm algum tipo de economia	71,3%
Montante total de Economia da sociedade	R\$ 34.208.908
Média mensal de usuários atendidos	4.344.588
% usuários que compravam os medicamentos em farmácias privadas	52%
Parcela da sociedade que passou a ganhar o benefício	2.259.186

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2013).

A média de usuários atendidos pelo PAFP foi de 4,3 milhões de pessoas. Se 52% dos usuários entrevistados informaram que antes da criação do PAFP compravam seus medicamentos em farmácias privadas, pagando por preço de mercado, os dados da pesquisa possibilitam supor que 2,2 milhões de usuários passaram a ser beneficiados pelo acesso aos medicamentos com baixo custo ou de forma gratuita, contribuindo na redução do impacto financeiro no orçamento familiar com a compra de medicamentos.

Um dado ainda a ser considerado é que, do total de entrevistados, 28% realizaram compras adicionais no momento da retirada/compra de itens pelo PAFP, num valor médio de gasto, por usuário, de R\$ 9,20.

A avaliação quantitativa e qualitativa do PAFP, considerando os dados da pesquisa, aponta os benefícios do Programa, tanto em termos de bem-estar social com a ampliação do acesso aos medicamentos quanto aos impactos econômicos sob o ponto de vista do cidadão e da sociedade. Este ganho é ratificado por 92% de satisfação conferido pelos entrevistados.

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o intuito de verificar o papel do Estado através de ações no âmbito da assistência farmacêutica, o presente artigo avaliou, qualitativamente, o *Programa Aqui tem Farmácia Popular*, a partir da perspectiva dos usuários. Esta foi identificada, através de um instrumento de investigação, considerando a ocorrência de migração do PFB do SUS para o PAFP e suas motivações para esta escolha, incluindo a avaliação do atendimento das suas necessidades e o seu grau de satisfação em relação ao PAFP.

No processo de análise dos dados obtidos, em linhas gerais, observou-se, com base na amostra selecionada de 1073 usuários, que o PAFP atende, principalmente, usuários das faixas de renda mais baixa.

Os medicamentos disponibilizados se destinam ao tratamento de doenças crônicas, significativamente, prevalentes no país como hipertensão arterial (71%), *diabetes mellitus* (30%) e dislipidemia (24%), sendo que 76% dos usuários entrevistados receberam medicamentos gratuitamente.

O PAC Mais Saúde, conforme já apresentado, tem entre seus objetivos melhorar o acesso a medicamentos. A pesquisa revelou que o PAFP, enquanto estratégia de ação do Estado aumentou o número de farmácias conveniadas, ampliou o acesso da população a medicamentos, supondo ganhos econômicos para a sociedade e cidadãos.

Cabe ao Estado não apenas a criação de políticas, mas a sistemática de acompanhamento e controle das mesmas, visando a melhoria do acesso a medicamentos com preços justos e acessíveis ao governo e aos consumidores; financiamento sustentável através de arrecadações governamentais gerais e do seguro social; e sistema de abastecimento confiável com um *mix* de serviços públicos e privados.

Diante dos resultados apresentados pela pesquisa destaca-se que não há migração significativa (16%) de usuários do PFB do SUS para o PAFP, segundo preocupação reportada em Relatório de Auditoria do TCU (2010). Não há concorrência entre os Programas, estes parecem ser complementares. Porém, se ressalva que a complementaridade entre o setor público e o privado deve garantir equidade, em termos de financiamento, qualidade e uso racional, conforme o artigo 196 da CF (BRASIL, 1988), que garante o direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Em relação ao referido direito, reforça-se a ponderação de Silva Filho (2010) quanto à inconstitucionalidade da estratégia de farmácias populares, especificamente quando utilizado o Sistema de Copagamento, entendendo que a gratuidade, estabelecida pela Constituição, deve ser extensiva a todos os medicamentos. O que se pode acrescentar às reflexões do autor é que os medicamentos essenciais da lista do PAFB e, progressivamente, os contemplados no PFB do SUS passem a ter gratuidade universal. Com esse entendimento, é preciso que haja priorização de políticas de saúde a par de políticas econômicas (indústria farmacêutica, por exemplo) com a respectiva provisão de financiamentos.

Outro aspecto limitante é a questão da sustentabilidade do Programa em relação à expectativa da crescente demanda e dos respectivos recursos financeiros a serem alocados. Neste contexto destaca-se o conceito da reserva do possível, cuja efetividade dos direitos sociais e prestações materiais estariam sob a reserva das capacidades financeiras do Estado, uma vez que seriam direitos fundamentais dependentes de prestações financiadas pelos cofres públicos (SARLET e FIGUEIREDO, 2008).

Atualmente, o volume de atendimento mensal de usuários do PAFP tem sido, em média, de 4 (quatro) milhões de pessoas. A média do gasto federal mensal deste usuário é de R\$ 23,92, o que representa um gasto anual em torno de R\$ 1,24 bilhões. Considerando que a transferência de recursos (financiamento) para os medicamentos distribuídos na assistência

básica de saúde do PFB do SUS²⁴ equivale a um montante anual de R\$ 1,86 bilhões (R\$ 9,82 x 190 milhões de brasileiros) poder-se-ia inferir que o gasto com o PAFP representa 67% do valor do PFB do SUS e que o gasto *per capita* é, significativamente, maior. Destaca-se ainda que a quantidade de medicamentos disponibilizados por Programa é diferenciada, a lista do PAFP contempla apenas 28% de itens em relação aos distribuídos pelo SUS. O fato de os dois Programas alocarem financiamentos com valores diferenciados pode tornar a questão da sustentabilidade mais complexa.

Assim os autores Sarlet e Figueiredo (2008) ainda apontam que o eventual impacto da reserva do possível poderá ser neutralizado ou minimizado, mediante o controle das decisões políticas sobre a alocação de recursos, através de transparência nas decisões e na viabilização do controle social sobre a aplicação dos recursos alocados no âmbito do processo político.

Em relação às potencialidades do PAFP, a pesquisa possibilitou reconhecer que houve:

- a) ampliação da facilidade de acesso a medicamentos com ganhos de tempo, deslocamento, proximidade das farmácias aos locais de trabalho ou residência dos seus usuários;
- b) oferta de alternativa positiva para os usuários que compravam medicamentos em farmácias privadas e não utilizavam as farmácias básicas do SUS;
- c) possibilidade de garantia da disponibilidade do medicamento nas farmácias privadas, em compensação à falta de oferta de medicamentos nas farmácias do SUS, segundo percepção do usuário;
- d) visibilidade positiva do governo, pela oferta de serviço financiado, fora do âmbito público;
- e) agilidade e personalização do atendimento da farmácia privada, na percepção do usuário, diferindo do atendimento do SUS;
- f) ganho financeiro do usuário com a utilização do PAFP, reconhecido por 71% dos usuários entrevistados, agregando bem-estar;
- g) ganho financeiro da sociedade, considerando a diferença entre o que o cidadão economiza e o que o Estado financia, gerando benefícios de bem-estar;

²⁴De acordo com a Portaria nº 4.217 (BRASIL, 2010a) devem ser aplicados os seguintes valores mínimos: I - união: R\$ 5,10 por habitante/ano; II - estados e Distrito Federal: R\$ 2,36 por habitante/ano; e III - municípios: R\$ 2,36 por habitante/ano.

- h) expansão de negócio para as farmácias privadas pela possibilidade de venda extra em função da ampliação da clientela e das aquisições adicionais feitas pelo usuário dada a economia obtida pelo PAFP;
- i) controle do governo para acompanhamento dos registros feitos pelo PAFP em sistema próprio do MS ao qual as farmácias devem estar interligadas, permitindo o repasse dos valores devidos pela distribuição, seja por copagamento ou gratuidade;
- j) exigência do governo às farmácias conveniadas de sistema próprio, para armazenamento das imagens de documentação e receituário médico prescrito.

Periodicamente, o MS solicita acesso a estes documentos para fins de controle interno do próprio Programa ou por solicitação de auditoria do TCU. Farmácias que não atendam esses critérios são excluídas do Programa.

O objetivo proposto para a pesquisa foi alcançado por seu desenho: um recorte de tempo (levantamento no mês de agosto/2012), um universo de usuários (amostra de farmácias privadas) e um conteúdo particular (perspectivas dos usuários quanto ao *Programa Aqui tem Farmácia Popular*). Salienta-se assim que, ao se analisar políticas públicas, em especial na área da saúde, há necessidade do permanente acompanhamento e controle em relação às ações desenvolvidas.

Em recente pesquisa realizada pela Datafolha (LEITE, 2014), apontou-se que os remédios gratuitos são utilizados por 53% dos entrevistados ou por alguém de sua casa. Estes avaliaram o serviço com uma nota de 7,2. Isso representa um avanço, uma vez que 84% das pessoas consideram os remédios caros, indicando assim o atendimento ao que a política se propôs.

Sugere-se, então, estudo continuado para acompanhamento com amostras mais amplas e diversificadas, entre usuários e profissionais, não apenas do PAFP, como também do PFPB, desenvolvido em unidades próprias (Fiocruz) e do PFB do SUS. Em relação à temporalidade deste acompanhamento sugere-se a potencialização do uso do sistema desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) com apoio do MS. A continuação desse processo iniciado, através das sugestões feitas, destacaria as convergências e divergências entre as três formas de acesso aos medicamentos essenciais, permitindo avaliação mais eficaz e abrangente da política de assistência farmacêutica proposta pelo Estado brasileiro.

4 INTEGRAÇÃO ENTRE O COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE E O PROGRAMA *AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR*: UMA ANÁLISE DOS GASTOS FEDERAIS

Resumo: Este artigo apresenta elementos que apontam aspectos de integração, ou não, da dinâmica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) aos resultados do *Programa Aqui tem Farmácia Popular* (PAFP), a partir da pesquisa empírica realizada para identificar e comparar os gastos federais entre o Programa Farmácia Básica (PFB) do Sistema Único de Saúde (SUS) e o PAFP. A fundamentação teórica abrange as relações do desenvolvimento econômico, inovação tecnológica e o CEIS. Os dados da pesquisa foram obtidos entre 12 municípios que compuseram o estudo piloto, na perspectiva da aplicação da metodologia em todo o país. A análise comparativa dos valores de compra de medicamentos entre as duas redes, pública e privada, evidenciou que o valor de compra pelas farmácias privadas é maior que o praticado pelas farmácias públicas. A análise custo-volume permitiu inferir que a farmácia privada tem compensações entre os medicamentos. Conclui-se que, de fato, não há integração plena do CEIS na promoção do PAFP.

4.1 INTRODUÇÃO

Segundo Schumpeter (1982), o desenvolvimento econômico representa mudanças que surgem através da iniciativa de algum agente econômico, não sendo impostas de fora, portanto, entende-se que é um processo endógeno. Teoricamente, o desenvolvimento econômico é explicado pela interação de três fatores: inovações, sistema de crédito e ação do agente inovador.

Gadelha (1999) aponta que o desenvolvimento econômico é um processo complexo que envolve o progresso técnico, os movimentos de expansão induzida e autônoma da demanda efetiva e a transformação das instituições. Por este motivo, o papel do Estado abrange um conjunto amplo de esferas de ação, sendo necessário apostar na capacidade de aprendizado e de inovação do setor produtivo, fatores críticos para o desenvolvimento.

O Brasil vive, desde 1930, um processo peculiar de desenvolvimento econômico, modernização social e participação política. Bacha e Schwartzman (2011) assinalam que há fortes evidências de que não haverá estagnação ou retrocesso em suas políticas sociais mais importantes, entre as quais se incluem as áreas de saúde, previdência, políticas de renda, educação e segurança. Entretanto apontam um problema central e de certa forma aflitivo: o de que as políticas sociais hoje são mais caras e mais complexas do que no passado e requerem conhecimento aprofundado e capacidade de gestão que o setor público não dispõe.

A revolução tecnológica dos últimos trinta anos, ao lado da etapa atual de globalização e financeirização da economia mundial, propiciaram, no Brasil, a formação e consolidação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), processo recente e altamente dependente da inovação tecnológica e do próprio avanço científico no campo da saúde. A caracterização

do CEIS parte da compreensão sistêmica da saúde, que reconhece não somente a demanda da sociedade por bens e serviços como também a existência de uma base produtiva responsável pela oferta dos mesmos (GADELHA, 2006). Ademais, a presença da indústria farmacêutica sempre foi intensa no sentido de influenciar a ação regulatória dos governos e as políticas de medicamentos, seja para flexibilizar os limites impostos pelas medidas regulatórias, seja para assegurar sua participação na parcela de mercado constituída pelos sistemas públicos de saúde.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988), em seu artigo 196, institui a saúde como um direito de todos e um dever do Estado e, enquanto tais devem ser garantidos por políticas sociais e econômicas com acesso universal e igualitário. Este direito constitucional, regulamentado pela Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica. O acesso a medicamentos é uma questão inserida nos cuidados de saúde. A perda ou a falta de acesso aos medicamentos essenciais é uma agressão a um dos direitos humanos. Assim, em última instância, o Estado é árbitro na garantia deste direito e para que consiga tal propósito, precisa criar estratégias eficientes, através de políticas públicas de saúde, com parcerias (FARAH, 2001).

Atualmente, o acesso aos medicamentos essenciais, com financiamento total ou parcial do governo federal apresenta, pelo menos, três alternativas: Programa Farmácia Básica (PFB) do SUS; Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), através de farmácias da rede própria apoiadas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Programa Farmácia Popular do Brasil, através de farmácias e drogarias privadas conveniadas ao *Programa Aqui tem Farmácia Popular* (PAFP). Este Programa se constitui num convênio do governo federal com farmácias e drogarias privadas, aproveitando a cadeia farmacêutica já estruturada (produção-distribuição-varejo).

Acrescenta-se, ainda, a informação de que o sistema de distribuição de medicamentos proposto através do PAFP causa algumas preocupações, reportadas em relatório de Auditoria do Tribunal de Contas da União - TCU (2010), sendo uma delas o valor pago pelo governo federal por esses medicamentos, quando comparados com os valores gastos pelo PFB do SUS. Segundo o TCU (2010), além da necessidade de melhorar a acessibilidade e qualidade dos serviços prestados, as políticas de assistência farmacêutica devem garantir a dispensa de medicamentos a valores razoáveis, buscando maior economicidade possível.

Diante disto, este artigo pretende a partir de uma pesquisa empírica para identificação e comparação dos gastos federais entre o PFB do SUS e o PAFP, apontar aspectos que reconheçam ou não a integração da dinâmica do CEIS com os resultados do PAFP.

A proposta deste artigo estrutura cinco seções, incluindo esta Introdução. A próxima seção constitui a fundamentação teórica, abrangendo as relações do desenvolvimento econômico e a inovação tecnológica, caracterizando a relação existente entre o CEIS e a construção de políticas públicas de saúde, no âmbito da assistência farmacêutica. Na terceira apresenta-se a metodologia adotada para elaboração da pesquisa empírica e seus resultados são interpretados na quarta seção sob quatro perspectivas: gasto total²⁵ por unidade farmacotécnica das farmácias do PFB do SUS; comparação deste gasto com o valor de referência do PAFP; comparação do valor de compra dos medicamentos entre os dois Programas; e análise de custo-volume das farmácias do PAFP. Encerra-se com as considerações finais, onde estão contemplados os apontamentos sobre a integração do CEIS com o PAFP, bem como os limitantes e as potencialidades que o PAFP apresenta para o desenvolvimento econômico do país.

4.2 DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, INOVAÇÃO E CEIS

Esta seção reúne, objetivamente, conceitos e abordagens em relação ao desenvolvimento econômico e a inovação tecnológica, destacando a importância da presença e envolvimento do CEIS na promoção de políticas públicas de saúde, especialmente de assistência farmacêutica.

4.2.1 Desenvolvimento econômico e inovação tecnológica

Schumpeter (1982) estabelece a origem das inovações, por quem elas são produzidas e como são incorporadas à atividade econômica. Ele descarta a possibilidade de originarem-se desde a necessidade dos consumidores, porquanto estes são agentes passivos no que diz respeito à pesquisa e ao desenvolvimento de novos produtos e processos de produção. Dessa forma, o autor estabelece que as inovações tenham sua origem na produção, sendo necessário

²⁵ Gasto total corresponde ao valor de compra de medicamentos + gasto operacional de funcionamento das farmácias básicas.

combinar matéria-prima e processo de produção para gerar algo que satisfaça as necessidades das pessoas na sociedade (SOUZA, 2005).

Ainda para Schumpeter (1982), a inovação tecnológica é a grande força promotora do desenvolvimento econômico, pois uma tecnologia, anteriormente, considerada moderna, ao tornar-se ultrapassada e obsoleta, pode vir a ser substituída por outra inovadora, que produza bens mais atrativos aos consumidores e com menores custos às instituições, proporcionando maiores ganhos de produtividade a serem reaplicados no sistema econômico vigente (SOUZA, 2005).

Nesta perspectiva, Gadelha (2007) afirma que a análise da magnitude e a orientação das inovações e da difusão do progresso técnico estão na raiz dos modelos nacionais de desenvolvimento. Faz-se necessária uma análise da capacidade de aprendizado e de inovação em âmbito produtivo como fatores críticos para o desenvolvimento, seja através da perspectiva da evolução do sistema capitalista brasileiro que se associa a uma contradição entre a modernização do sistema produtivo, seja pela marginalização social, caracterizando um padrão de desenvolvimento dual (ALBUQUERQUE, 2007). A transposição direta de padrão tecnológico-produtivo para os países da periferia desdobra a dualidade verificada na arena internacional inserida nas sociedades locais, reforçando a situação da desigualdade no acesso e no descompasso entre a estrutura da oferta e da demanda da sociedade.

Assim, Gadelha (2007) afirma que a saúde possui uma dupla dimensão na sua relação com o desenvolvimento. Numa primeira, é parte do sistema de proteção social, constituindo um direito de cidadania, inerente ao próprio conceito de desenvolvimento. Numa segunda dimensão, a base produtiva de bens e serviços em saúde constitui um conjunto de setores de atividade econômica. Esta base gera crescimento e possui uma participação expressiva no Produto Interno Bruto (PIB) e no emprego (respectivamente, em torno de 8% e de 10% nos empregos formais qualificados), representando uma diferenciação profunda da estrutura produtiva brasileira. Essa diferenciação representa um esforço de inovação e é fundamental para viabilizar o consumo social de bens e serviços, contribuindo para dotar o país de uma base produtiva adequada para uma sociedade mais equânime.

Segundo dados do Fórum de Pesquisa Global em Saúde, em 2006, a saúde, a par do complexo industrial militar, era a área de concentração dos maiores esforços em pesquisa e em desenvolvimento tecnológico do mundo. No período respondia, isoladamente, por 20% de toda despesa mundial num montante de US\$ 135 bilhões, dos quais apenas uma pequena parcela (de 3% a 4%) é realizada nos países de média e baixa renda *per capita* (TEMPORÃO; GADELHA, 2007).

Com enfoque na economia da saúde, Mahoney e Morel (2006) propuseram uma abordagem analítica baseada na matriz de interação, identificando três elementos que permitem intervenções eficazes no tratamento da saúde de um país: o diagnóstico, a terapêutica e os atores.

O diagnóstico identifica as falhas que impedem o tratamento ou a prevenção das diversas enfermidades; a terapêutica indica inovações tecnológicas ou sociais, necessárias à correção dessas falhas; por fim, os atores representam os sistemas nacionais de inovação²⁶, capacitados para gerá-la, conforme a necessidade dos diversos países sejam eles industrializados, em desenvolvimento ou subdesenvolvidos.

O conceito de falhas, introduzido por esses autores, baseia-se na natureza dos problemas que impedem o desenvolvimento, o acesso ou a aplicação de intervenções na saúde pública necessárias para o controle de doenças e a identificação do tipo de inovação necessária para combatê-las. Ainda segundo Mahoney e Morel (2006), há três tipos de falhas: falhas de ciência; de mercado e de saúde pública. Cada uma delas e sua correspondente intervenção para corrigi-la, seja a inovação tecnológica, seja a social, requer o envolvimento de atores e/ou sistemas nacionais de inovação de países em diferentes graus de desenvolvimento.

Há falhas de ciência por não existirem intervenções eficazes devido à insuficiência de conhecimento científico. Um exemplo: a inexistência de vacinas contra doenças que ainda não se sabe como combater. A inovação necessária, a de produto, seria a criação de uma nova vacina, um novo fármaco. Esse tipo de falha exige mais pesquisa biomédica e envolvimento dos melhores laboratórios acadêmicos ou industriais, bem como de equipes capacitadas nos países em desenvolvimento.

As falhas de mercado podem ocorrer quando há intervenções eficazes com custo proibitivo para algumas populações. Por exemplo: o acesso aos medicamentos para uma determinada terapia com alto preço em países pobres. A inovação necessária incluiria, por exemplo, um produto/processo por uma nova síntese de um medicamento mais barato ou inovação social pela negociação com fabricante para redução de custo, licença compulsória e quebra de patente. Esses tipos de falhas podem ser mitigados pelas próprias empresas, por

²⁶ O sistema nacional de inovação em saúde no Brasil é intersetorial (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2013), envolvendo os setores público e privado, em suas diferentes áreas de atuação, tais como: educação, pesquisa, financiamento, manufatura/produção, legislações e aspectos regulatórios, gestão de tecnologias e de propriedade intelectual, comércio nacional e internacional e processo de compras públicas.

meio de políticas de preços diferenciados ou por ação de gestores preparados para negociações, ou ainda, por governantes capazes de tomarem decisões políticas de alto custo, com emissão de quebra de patentes.

As falhas de saúde pública acontecem quando há intervenções eficazes e de baixo custo, mas diversos obstáculos limitam seu acesso por alguns países e/ou populações. Exemplos: cobertura vacinal insuficiente, preconceito religioso, corrupção, temor e recusa de intervenções por desinformação. A inovação necessária seria a social, como: dias nacionais de imunização, campanhas de esclarecimento, programas de financiamento, capacitação e distribuição de insumos, centrais para compra de medicamentos, etc. Desses tipos de falhas originaram programas de distribuição gratuita de alguns medicamentos, requerendo sistemas e serviços de saúde organizados e corretamente financiados pelos próprios países.

Segundo, relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) entre as principais falhas dos sistemas de saúde destaca-se o fato que ministérios responsáveis por esta área, ou não conseguem cumprir os regulamentos criados por eles próprios, ou não conseguem minimizar a crescente demanda de cuidados de saúde, o que acaba sendo assumido pelo setor privado sem que haja o devido acompanhamento e regulação do governo (WHO, 2000b).

A Política de Assistência Farmacêutica foi constituída com intuito de minimizar as falhas de saúde pública relacionadas ao acesso a medicamentos. Um exemplo é o Programa de Aceleração do Governo para a área de Saúde - PAC Mais Saúde (BRASIL, 2008), com o objetivo de melhorar a atenção à saúde no tocante ao acesso a medicamentos, propondo quatro medidas: ampliação do acesso da população a medicamentos fornecidos pelo SUS e qualificação da gestão da assistência farmacêutica; redução do gasto da população com medicamentos, mediante o estímulo ao uso de medicamentos genéricos; ampliação da rede própria do PFPB; e expansão do Programa pelo Sistema de Copagamento, aumentando o número de farmácias conveniadas e o número de medicamentos disponibilizados.

4.2.2 O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil

O Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) abrange duas dimensões da saúde: a saúde como direito social e como área que gera emprego, renda e, principalmente, inovação tecnológica, que é um dos elementos determinantes do desenvolvimento econômico de um país. Segundo a OPAS (2013), o CEIS constitui o conjunto de setores que desenvolvem atividades produtivas no campo da saúde com relações intersetoriais para a

realização das atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação, produção, compra e venda de insumos de saúde, serviços, assim como a geração de conhecimento e tecnologia.

O CEIS é composto por dois grandes segmentos: setores industriais e de serviços em saúde. Nos setores industriais estão contemplados: a indústria de base química e biotecnológica e a indústria de base mecânica, eletrônica e de materiais. A primeira é responsável pela produção de medicamentos, fármacos, vacinas, hemoderivados e de reagentes para diagnóstico; a segunda é responsável pela produção de equipamentos mecânicos, equipamentos eletrônicos, próteses e órteses e materiais. O segmento de serviços em saúde é constituído por hospitais, ambulatórios e serviços de diagnóstico (GADELHA, 2006).

Delgado (2013) afirma que a ação regulatória do Estado sobre a pesquisa, a produção e o consumo de medicamentos, especialmente a partir da década de 1950, tem sido bastante importante no controle da qualidade e na ampliação do acesso a medicamentos. Ademais, o apoio público à pesquisa e às compras governamentais contribui para a redução da incerteza nas decisões de investimento da indústria, crucial para o seu envolvimento em atividades de inovação.

A partir das principais pesquisas sobre o desempenho da produção nacional é possível analisar os dados consolidados das exportações e importações brasileiras. Com isto, tem-se o panorama do mercado com a evolução do comércio exterior, bem como as perspectivas para aqueles produtos do complexo da saúde. Isso demonstra a importância da indústria farmacêutica, seu desempenho e sua atuação na política de assistência farmacêutica, especificamente, nas estratégias de ação do governo com o PAFP.

O valor da produção do CEIS no Brasil apresentou uma evolução positiva ao longo do período 2005-2009. Conforme os dados da Pesquisa Industrial Anual (PIA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os segmentos mais dinâmicos foram a produção de farmoquímicos (237%), seguido pelo segmento de aparelhos eletromédicos, eletroterapêuticos e de irradiação (61%); preparações farmacêuticas (47%); instrumentos e materiais para uso médico e odontológico e de artigos ópticos (28%) e medicamentos (17%).

Segundo dados do Datamonitor (2010), a indústria farmacêutica é um dos setores mais dinâmicos da economia mundial. Entre 2006 e 2010, apesar da crise de 2008, manteve uma média anual de 4,8% de crescimento nas vendas, em um mercado bastante concentrado. Em 2010, as quatro maiores companhias do setor dominavam 25% do mercado mundial de medicamentos. A Europa e a América do Norte foram responsáveis, em 2007, por 77% da venda de medicamentos no mundo (VARGAS, 2009).

O setor de medicamentos no Brasil tende a crescer o equivalente a cinco vezes o PIB, segundo o Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no estado de São Paulo - SindusFarma (AGÊNCIA ESTADO, 2013). A principal justificativa para este quadro é o atual nível de emprego, especialmente, pela ampliação do acesso a medicamentos pelas políticas públicas e pelo aumento de renda da população.

Segundo estudo de Ferst (2013), as dez maiores empresas do setor farmacêutico detinham, em 2011, 45,32% do total faturado desse setor no Brasil. O autor destaca que, na busca de alternativas para aumentar seus faturamentos, os grandes grupos farmacêuticos têm entrado no ramo de genéricos, que não necessita grandes investimentos em tecnologia. E acrescenta mais: os mesmos têm investido na fusão e aquisição de empresas menores, tornando mais rápido os retornos dos investimentos e reduzindo a concorrência.

Dados sobre o desempenho do setor revelaram que as vendas de medicamentos no Brasil deveriam encerrar o ano de 2013 com crescimento de 13%, podendo alcançar a marca recorde de R\$ 56 bilhões. A expansão das farmacêuticas, alimentadas pelos genéricos, tem registrado crescimento robusto anualmente acima de dois dígitos, desde seu lançamento há 13 anos (SCARAMUZZO, 2013).

Para o ano de 2014, as indústrias projetam crescimento semelhante. Há uma expectativa de expiração de dez patentes de medicamentos de referência (inovadores) o que irá impulsionar o segmento de genéricos. Espera-se ainda que as indústrias produtoras invistam US\$ 1,5 bilhão na ampliação da capacidade produtiva e no desenvolvimento de novos produtos. No país, há 102 laboratórios fabricantes de genéricos. No *ranking* das dez maiores empresas farmacêuticas, oito produzem ou têm linha desses medicamentos.

Segundo Ferst (2013), de acordo com Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos (Pró Genéricos), com a criação desse mercado, houve uma geração de R\$ 40,8 bilhões em economia aos consumidores. Esses medicamentos, por lei, são, no mínimo, 35% mais baratos que os com patente. Até outubro de 2013, a participação dos genéricos representou 24% da venda total de medicamentos. A expectativa é que essa fatia dobre nos próximos anos (MEDICAMENTOS ..., 2013).

O PAFP disponibiliza o acesso aos medicamentos essenciais, previamente, definidos em uma lista específica (Anexo A), que com exceção da Sinvastatina, medicamento utilizado no tratamento de dislipidemia, todos são medicamentos genéricos.

Dados recentes do governo federal publicados no Blog da Saúde (BRASIL, 2014) demonstram que nos últimos três anos, o Ministério da Saúde (MS) investiu mais de R\$ 3,9 bilhões no PFPB. O volume dos recursos investidos tem crescido, significativamente, neste

período. Em 2011 foi de R\$ 774 milhões; passando em 2012 para R\$ 1,3 bilhão e, em 2013 registrou R\$ 1,9 bilhão. O orçamento previsto para o ano de 2014 é de R\$ 2,6 bilhões.

Esta seção apresentou conceitos e abordagens em relação ao desenvolvimento econômico e a inovação tecnológica, apontando a importância da participação e da integração do CEIS na promoção de políticas públicas de saúde, especificamente, de assistência farmacêutica. A seguir serão apresentados os procedimentos metodológicos e a estratégia de ação da pesquisa empírica realizada para identificação e comparação de gastos federais entre o PFB do SUS e o PAFP.

4.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E ESTRATÉGIA DE AÇÃO

Para estruturar a pesquisa empírica, em conjunto com o MS adotou-se como etapas dos procedimentos metodológicos: seleção da amostra; coleta de dados; método de análise e interpretação dos resultados. Uma vez que os mecanismos públicos de aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos entre os estados e municípios são variados, foi necessária uma adaptação do instrumento de pesquisa para abranger, o mais adequadamente, a diversidade das práticas em relação à apuração dos seus gastos. A seguir, são descritas cada uma das etapas planejadas.

4.3.1 Seleção da amostra

A seleção da amostra de municípios visitados, distribuídos entre as cinco regiões do país, foi elaborada por tipicidade, com aproximação da análise de cenário, abrangendo critérios de qualidade. Segundo Gil (1995), essa amostragem constitui um tipo não probabilístico e consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população. Esse tipo de amostragem requer considerável conhecimento da população e dos subgrupos envolvidos.

A amostra identificou 17 municípios entre aqueles com farmácias básicas do SUS de diferentes portes, níveis de atendimento e de demanda. Essa seleção constituiu-se em um estudo piloto com o objetivo de desenvolver técnicas e métodos para conseguir avaliar os gastos totais, possibilitando replicar a todo país. A distribuição geográfica dessa amostra foi: um município da Região Norte; três da região Nordeste; dois da região Centro-Oeste; sete da região Sudeste; e quatro da região Sul.

O critério de qualidade, em relação à estrutura física e operacional das farmácias básicas selecionadas, foi estabelecido pelos técnicos do MS com base no desempenho de atuação das secretarias de saúde dos municípios brasileiros, onde a assistência farmacêutica tem sido desenvolvida, de forma geral, em conformidade com as diretrizes técnicas em vigor quanto a estrutura, controle e sistema de informações²⁷ de registro de compras e dispensação dos medicamentos. As farmácias organizadas com estes elementos integrados e explicitados garantem uma prática qualificadora dos processos das farmácias do SUS.

Os mecanismos de aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos são variados quando comparados entre os estados e municípios. Há situações em que a união e os estados repassam os recursos para os municípios e estes fazem as aquisições e as demais etapas do processo e outras, em que os estados fazem compras centralizadas para distribuição aos municípios ou ainda, municípios que, em consórcio, fazem aquisições coletivas de medicamentos.

O mecanismo mais difundido para a atenção básica é a distribuição de medicamentos entre as unidades de saúde para que estas façam a dispensação. Há casos em que pode haver uma farmácia central que atua de maneira complementar às unidades de saúde. Alguns municípios optam por uma dispensação centralizada em um único local ou em farmácias regionalizadas. Na situação mais diferenciada, alguns estados criaram uma rede própria de farmácia para a dispensação de medicamentos. Esse quadro geral ainda pode apresentar outras composições e particularidades nos diversos municípios do país.

Objetivou-se abranger os municípios com estruturas diferenciadas em termos de distribuição dos medicamentos, com almoxarifado ou Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), possibilitando a identificação de gastos operacionais para diferentes níveis de demanda. Foram considerados 12 municípios dos 17 da amostra, os outros cinco não forneceram seus registros financeiros. Esta triagem dos dados foi uma medida tomada para evitar que o levantamento fosse feito apenas com base em estimativas.

4.3.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de preenchimento de planilhas semiestruturadas com entrevistas presenciais e análise documental. Segundo Hair Junior et

²⁷ Os municípios selecionados contavam com um sistema digital de controle das compras e dispensação de medicamentos, monitorados pelo MS.

al. (2005), essa técnica é cada vez mais utilizada pelos pesquisadores, permitindo o surgimento de informações inesperadas e esclarecedoras com um planejamento relativamente aberto, em contraposição à entrevista estruturada. Por outro lado, conforme Bardin (2002), a análise documental pode ser realizada a partir de qualquer registro escrito, através de visitas de campo ou por meio magnético, utilizados como fonte de informação.

A partir da definição da amostra, foi feito um contato prévio com a Secretaria da Saúde dos municípios selecionados por meio da coordenação do Departamento de Assistência Farmacêutica e de Insumos Estratégicos do MS, formalizando o convite para a participação na pesquisa (Anexo B). Após esta formalização, foi realizado agendamento para as visitas e as entrevistas. Em três municípios, houve o acompanhamento de um consultor do MS.

Por ocasião do agendamento das visitas, no sentido de orientar e preparar os municípios, bem como otimizar os trabalhos a serem desenvolvidos, foi comunicado ao responsável pelo fornecimento dos dados que a pesquisa seria constituída de três etapas: conhecimento da estrutura da CAF ou do almoxarifado, especialmente quando separados da farmácia; conhecimento da estrutura de pelo menos uma farmácia do município que realiza a dispensação de medicamentos da lista do PAFP; e conhecimento de informações da área financeira e contábil com o responsável pelo registro dos gastos.

Em um segundo momento, houve por parte do MS, a solicitação das notas fiscais de compras dos medicamentos do PAFP junto a uma amostra de farmácias privadas e o registro das mesmas. A partir desses documentos foi construída uma base de dados, considerando os valores medianos de compras efetuadas por essas farmácias com diferentes fornecedores, objetivando a elaboração de uma análise comparativa entre os valores de compra de medicamentos pagos pela farmácia da rede básica com os valores de compra de medicamentos pagos pelas farmácias privadas. A análise de custo-volume foi realizada a partir desses dados e aqueles referentes ao volume de medicamentos financiados informados pelo MS.

A base de dados se constitui no conjunto de 3.342 notas fiscais de compras, realizadas no período de março/2011 a julho/2012, referentes a 150 farmácias de diferentes portes, credenciadas no *Programa Aqui tem Farmácia Popular*. Foram analisados 27 medicamentos²⁸ da lista do PAFP. A extração dos dados da base gerada foi realizada com o uso do pacote estatístico SPSS 18.0 bem como recursos do *Microsoft Excel*.

²⁸ Não foram analisadas as insulinas.

4.3.3 Método de análise

Esta subseção tem por intuito apresentar a conceituação e a terminologia específica em relação ao método de custeio aplicado na identificação dos gastos totais incorridos no PFB do SUS, tendo como referência a lista de medicamentos que fazem parte do PAFP (Anexo A).

Martins (2003, p.85) define gasto como a “[...] compra de um produto ou serviço qualquer, que gera sacrifício financeiro para a entidade (desembolso), sacrifício esse representado por entrega ou promessa de entrega de ativos (normalmente dinheiro)”. Por esta definição, é possível verificar que gasto representa todas as aquisições tangíveis ou intangíveis, efetuadas por uma entidade. Para que seja reconhecido o gasto não é necessário ocorrer o desembolso imediato ou o consumo do bem e/ou serviço adquirido, pois pode ser a aquisição de máquinas e equipamentos, à vista ou a prazo, a despesa com pessoal ocorrido em determinado período, entre outros.

Para apurar o montante de gastos é necessário que seja feita uma mensuração adequada, considerando:

- a) modelo de estrutura do gasto;
- b) existência de alocações;
- c) possibilidade de cálculo da utilização do sistema por evento; e
- d) identificação dos gastos do período no nível da entidade de acumulação pertinente.

Os itens *a* e *b* devem ser defensáveis; os *c* e *d* devem possibilitar a identificação a nível de unidade funcional.

O método de custeio utilizado para a mensuração do gasto operacional da unidade farmacotécnica foi o custeio por absorção. Este método absorve todos os valores gastos nos produtos ou nos serviços em determinado período de tempo. O rateio utilizado para aqueles gastos sem identificação direta ao produto ou serviço é arbitrado através de uma forma que possibilite a melhor distribuição dos valores. Segundo Martins (2003), os critérios de rateio são definidos através de estimativas sobre o comportamento dos valores gastos, por exemplo, com base no número de horas-máquinas, número de horas de mão de obra, quantidade de unidades produzidas ou fornecidas, etc. Estes critérios trabalham com arbitrariedade na

alocação dos custos indiretos, possibilitando apropriá-los e analisá-los em centros de custos²⁹ ou em departamentos.

Os critérios de rateio, segundo Perez Junior et al. (2001), são utilizados para distribuição dos gastos indiretos aos produtos, centros de custos, centros de despesas ou receitas geradas. Muitas vezes são arbitrários, podendo provocar distorções nos resultados. A principal regra, apontada pelos autores, para a determiná-los é o bom senso, levando em consideração a relevância. Destacam ainda que devem ser analisados com a especificidade de cada entidade, não existindo uma regra geral para definição dos mesmos.

Os dados financeiros utilizados na pesquisa, relativos à estrutura das farmácias básicas do SUS e às quantidades de medicamentos essenciais fornecidos, correspondem ao que foi registrado e realizado no ano de 2011. Os dados foram fornecidos pelos municípios e foram avaliados qualitativa e quantitativamente com base na análise de seu conteúdo. Os valores financeiros foram apurados a partir dos registros contábeis das Secretarias Municipais de Saúde, pela consulta de documentação e pela estimação de valores. Os dados de dispensação e compras de medicamentos foram extraídos de sistemas informatizados ou dos controles realizados pelas coordenações da assistência farmacêutica do município.

As contas dos gastos operacionais identificadas em cada município incluem (Apêndice B):

- a) despesas de pessoal: salários, benefícios, treinamentos, encargos e serviços terceirizados;
- b) despesas gerais: energia elétrica, consumo de água, transportes, combustíveis, materiais de expediente, materiais de limpeza, conta telefônica, aluguéis, manutenção predial, manutenção de equipamentos, gastos com tecnologia da informação (*link de internet*, manutenção e mensalidade de *software*), descarte de materiais e outros gastos de natureza operacional; e
- c) despesas de depreciação, correspondendo à diminuição do valor dos bens do mobiliário das farmácias analisadas, em razão destes bens terem um período de vida útil limitado.

As taxas de depreciação dos bens do mobiliário utilizadas estão de acordo com a Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal (SRF) nº 162 (BRASIL, 1998) com as

²⁹ Denomina-se centro de custo, as diversas seções de uma organização (pública ou privada) delimitadas segundo o aspecto de localização dos custos verificados.

inclusões determinadas pela Instrução Normativa SRF nº 130 (BRASIL, 1999) e representam a vida útil média de cada bem, com exceção dos livros, para os quais este período foi arbitrado em dois anos. Os valores de depreciação foram calculados a partir do valor de compra dos bens informados pelos municípios ou, quando este dado não constava nas informações prestadas, por apuração de valor médio do mercado nacional de bem semelhante.

Quando os valores de gastos com pessoal não foram informados em sua integralidade nos registros contábeis, foi utilizado o cálculo da composição da remuneração total considerando provisões, benefícios e encargos e outras variáveis possíveis. Destaca-se que, pelo menos, duas das farmácias visitadas, oferecem atendimento nos finais de semana, inclusive de plantão, o que gera maior gasto relativo ao pessoal envolvido.

Para todos os municípios utilizou-se o percentual de 5,1% sobre seus gastos operacionais, estimando valores correspondentes aos gastos da Secretaria Municipal da Saúde. A origem desse percentual é a relação dos gastos de assessorias sobre os gastos totais das farmácias privadas, obtida a partir de dados financeiros, cedidos pela Federação Brasileira das Redes Associativas de Farmácias (FEBRAFAR).

Nos casos em que os valores de gastos operacionais não puderam ser identificados nos registros contábeis ou de controle do município, foram feitas estimativas com base nos valores mensurados na iniciativa privada, conforme descrito, anteriormente, ou pela referência de farmácias da rede básica de mesmo porte. Gastos com *software* foram informados pelo MS e de aluguel foram mensurados a partir de valores de mercado.

Para a apuração do gasto operacional por unidade farmacotécnica foi necessário identificar os seguintes dados financeiros:

- a) valor financeiro anual dos medicamentos distribuídos pela CAF ou almoxarifado;
- b) valor financeiro anual dos medicamentos distribuídos pela CAF para a farmácia analisada;
- c) gasto operacional anual da CAF;
- d) gasto operacional anual da farmácia analisada;
- e) valor financeiro anual dos medicamentos dispensados pela farmácia analisada incluídos na lista do PAFP; e
- f) quantidade anual de unidades farmacotécnicas dispensadas pela farmácia analisada incluídos na lista do PAFP.

A partir desse conjunto de dados calculou-se:

- a) a representatividade (em percentual) do valor financeiro anual dos medicamentos da farmácia analisada sobre o valor financeiro anual dos medicamentos da CAF;
- b) o rateio dos gastos operacionais da CAF apropriados para a farmácia analisada;
- c) a representatividade (em percentual) dos medicamentos distribuídos pela farmácia incluídos na lista do PAFP sobre o total do valor financeiro da farmácia;
- d) o gasto operacional anual da farmácia a ser rateado entre os medicamentos dispensados na farmácia incluídos na lista do PAFP; e
- e) o gasto operacional por unidade farmacotécnica dos medicamentos dispensados pela farmácia analisada incluídos na lista do PAFP.

Ao gasto operacional unitário por medicamento, foi acrescido o valor correspondente à embalagem de dispensação, sendo este valor estimado a partir de valores identificados nas farmácias analisadas. O Apêndice C apresenta o instrumento utilizado para este cálculo.

4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Nesta seção são apresentados os resultados da pesquisa empírica, conforme sua interpretação elaboradas sob as seguintes perspectivas:

- a) gasto operacional por unidade farmacotécnica das farmácias do PFB do SUS;
- b) comparação do gasto total por unidade farmacotécnica das farmácias do PFB do SUS com o valor de referência dos medicamentos da lista do PAFP;
- c) comparação do valor de compra de medicamentos entre os dois Programas; e
- d) custo-volume das farmácias do PAFP.

4.4.1 Gasto operacional por unidade farmacotécnica

A tabela 4.1 sumariza o resultado da estimativa do gasto operacional por unidade farmacotécnica das farmácias do PFB do SUS, conforme descrito na subseção 4.3.3, apurado por município e região, bem como o volume financeiro de compras realizadas no ano de 2011.

Tabela 4. 1 – Estimativa do gasto operacional por unidade farmacotécnica e volume financeiro de compra distribuída por município e região do Brasil - 2011

Região	Município	Volume financeiro de compras	Gasto operacional unitário
Nordeste	Município 1	R\$ 121.132,05	R\$0,05
	Município 2	R\$ 473.826,96	R\$0,04
	Município 3	R\$ 201.968,93	R\$0,05
Centro-oeste	Município 4	R\$ 425.000,00	R\$0,08
	Município 5	R\$ 371.624,00	R\$0,02
Sudeste	Município 6	R\$87.486,09	R\$0,09
	Município 7	R\$ 456.942,11	R\$0,07
	Município 8	R\$ 1.356.026,38	R\$0,03
	Município 9	R\$ 103.597,83	R\$0,04
Sul	Município 10	R\$ 127.454,79	R\$0,12
	Município 11	R\$ 914.704,86	R\$0,04
	Município 12	R\$ 211.063,03	R\$0,08
MÉDIA		R\$ 404.235,59	R\$ 0,06

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2013).

A média do gasto operacional apurado foi de R\$ 0,06, por unidade farmacotécnica, nas farmácias do PFB do SUS. A partir desta identificação, foi possível presumir o gasto total da unidade farmacotécnica, considerando o valor de compra do medicamento (preço de aquisição conforme nota fiscal) e o gasto operacional estimado. Aponta-se que o gasto operacional unitário é sensível à quantidade de compras. Municípios com volumes financeiros de compras maiores têm seu gasto médio operacional por unidade farmacotécnica menor.

A seguir é feita a análise comparativa entre o gasto total e o valor de referência do MS para a lista dos medicamentos do PAFP.

4.4.2 Comparação dos gastos totais

A segunda perspectiva de análise corresponde à comparação do gasto total por unidade farmacotécnica das farmácias do PFB do SUS com o valor de referência dos medicamentos da lista do PAFP. Além disto, foi possível fazer uma análise comparativa entre os resultados da presente pesquisa e as análises apresentadas no Relatório de Auditoria do TCU (2010). A tabela 4.2 apresenta os comparativos referentes aos valores dos medicamentos³⁰ indicados no relatório do TCU, considerando-se a média de R\$ 0,06 de gasto operacional por unidade farmacotécnica estimado neste estudo nos municípios visitados. O gasto total da farmácia básica do SUS (coluna A) representa o valor de compra mais o gasto operacional calculado.

³⁰ O TCU apresentou a relação de 13 medicamentos da lista do *Programa Aqui tem Farmácia Popular*.

Uma vez que os impostos retornam ao governo, calculou-se o gasto total, considerando a diferença entre o valor de referência pago pelo MS e o valor dos impostos. Foi considerado o percentual incidente de 4,27% sobre a receita bruta das farmácias privadas, com base em relatórios financeiros cedidos pela FEBRAFAR, no ano de 2011. O valor máximo pago pelo MS, descontada a carga tributária, representa o gasto total do governo com a farmácia privada (coluna B). A variação percentual (coluna C) indica a diferença relativa entre o gasto total que a farmácia privada representa para o governo (B) e o gasto total da farmácia básica do SUS (A).

Tabela 4. 2 – Comparativo do gasto total por unidade farmacotécnica da rede básica com os valores financiados pelo Ministério da Saúde para o Programa Aqui tem Farmácia Popular - 2011

Descrição do medicamento	Farmácia Básica		Farmácia Privada			Variações %	
	Valor de compra (CA)*	Gasto total (CA + CO**)	Valor referência pago pelo MS	Imposto incidente sobre valor MS (4,27%***)	Gasto total para o governo (B)	Var % ((B)/(A)) - 1	Var % apresentada Relatório TCU (2010)
		(A)				(C)	
Captopril 25 mg, comprimido	R\$ 0,010	R\$ 0,069	R\$ 0,280	R\$ 0,012	R\$ 0,268	291%	2507%
Maleato de enalapril 10 mg, comprimido	R\$ 0,020	R\$ 0,079	R\$ 0,390	R\$ 0,017	R\$ 0,373	376%	1937%
Atenolol 25 mg, comprimido	R\$ 0,020	R\$ 0,079	R\$ 0,190	R\$ 0,008	R\$ 0,182	132%	1250%
Glibenclamida 5 mg, comprimido	R\$ 0,010	R\$ 0,069	R\$ 0,120	R\$ 0,005	R\$ 0,115	68%	1160%
Cloridrato de propranolol 40 mg, comprimido	R\$ 0,010	R\$ 0,069	R\$ 0,080	R\$ 0,003	R\$ 0,077	12%	800%
Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido	R\$ 0,010	R\$ 0,069	R\$ 0,080	R\$ 0,003	R\$ 0,077	12%	710%
Cloridrato de metformina 850 mg, comprimido	R\$ 0,040	R\$ 0,099	R\$ 0,160	R\$ 0,007	R\$ 0,153	55%	592%
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg, comprimido - cartela com 21 comprimidos	R\$ 0,411	R\$ 0,469	R\$ 3,770	R\$ 0,161	R\$ 3,609	669%	550%
Cloridrato de metformina 500 mg, comprimido	R\$ 0,035	R\$ 0,094	R\$ 0,130	R\$ 0,006	R\$ 0,124	33%	343%
Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg, ampola	R\$ 5,290	R\$ 5,349	R\$10,170	R\$ 0,434	R\$ 9,736	82%	42%
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, ampola	R\$ 7,317	R\$ 7,375	R\$11,120	R\$ 0,475	R\$ 10,645	44%	14%
Noretisterona 0,35 mg, comprimido - cartela com 35 comprimidos	R\$ 3,649	R\$ 3,708	R\$ 4,960	R\$ 0,212	R\$ 4,748	28%	-15%
Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2013).							
Notas:* CA = mediana valor de aquisição dos medicamentos nos municípios pesquisados. ** gasto operacional médio por unidade farmacotécnica de R\$ 0,06. *** Valor de impostos incidente sobre a receita das farmácias privadas, base FEBRAFAR 2011.						150,1%	824,2%

Observa-se que a variação apresentada no Relatório de Auditoria do TCU indica uma diferença significativa entre o resultado apurado nesse demonstrativo. Entretanto, deve-se levar em conta que a base de cálculo do relatório do TCU considera apenas o valor de compra da farmácia básica, ou seja, apenas o valor de compra do medicamento, tendo por numerador o valor financiado pelo MS, sem considerar a redução do valor dos impostos. Ao ser analisado, por exemplo, o medicamento Captopril 25mg, foi verificado que o gasto total de uma unidade farmacotécnica na farmácia básica é R\$ 0,069 e o gasto total para o governo (valor de referência) é R\$ 0,268 já descontados os impostos. Ao ser feita a variação percentual, foi considerado:

$$C = (\text{Gasto total do governo federal com a farmácia privada (B)} / \text{Gasto total do governo federal com a farmácia pública (A)}) - 1$$

$$\text{Obtendo: } (0,268044 / 0,068593) - 1 = 291\%$$

Este resultado mostra que, para este medicamento, o financiamento da farmácia privada é 291% superior ao financiamento da farmácia básica, ou seja, o governo federal gasta 4 vezes mais com a distribuição do medicamento pela farmácia privada que com a rede básica.

Destaca-se que o percentual apresentado no relatório do TCU para o referido medicamento foi de 2.507%, (conforme apresentado na composição do cálculo: $(0,2790/0,0107)-1 = 2.507\%$), ou seja, o gasto público deste medicamento com a farmácia privada seria 26 vezes maior do que com a farmácia básica do SUS. Entretanto, como já mencionado, este cálculo leva em conta apenas os valores de compra do medicamento (coluna CA) e o valor de referência pago pelo MS e não, os gastos operacionais da farmácia básica do SUS.

Exemplificando com outro medicamento, Hidroclorotiazida 25mg, identificou-se que o resultado da variação percentual entre o gasto total da rede básica (A) e o gasto total privado (B) é de 12%. Ou seja, dado que o valor de referência máximo pago pelo MS também deve ter uma variação que represente a rentabilidade da farmácia privada, a variação líquida entre o gasto assumido pelo MS ao financiar a farmácia privada é 12% superior ao gasto que a farmácia básica tem ao dispensar o medicamento, diretamente, na rede básica de saúde.

Considerando os treze medicamentos analisados, o relatório do TCU indicou que o governo federal gasta 824,2% a mais com o PAFP. Entretanto, a partir da apuração do gasto operacional por unidade farmacotécnica nas farmácias básicas do SUS, foi possível identificar que o governo federal gasta “apenas” 150,1% a mais com o PAFP pelos mesmos medicamentos distribuídos pela rede básica.

Ao comparar o valor de referência pago pelo MS com o gasto total de uma farmácia do SUS, pode-se esperar uma diferença razoável. Isto porque, deve-se levar em conta que este valor precisa cobrir não apenas o valor de compra do medicamento, mas também os gastos operacionais e uma parcela da margem de lucro das mesmas. Ainda que se estime que a utilização da estrutura já organizada de dispensação de medicamentos não resulte em um aumento proporcional dos gastos operacionais com a demanda do PAFP.

A farmácia privada, ao credenciar-se ao PAFP, assume compromissos e responsabilidades que requerem, de certa forma, gastos adicionais. A responsabilidade da farmácia privada é fazer a entrega ou venda com desconto dos medicamentos contemplados pelo PAFP, sendo responsável por todo o processo: compra do medicamento; registro do fornecimento no sistema específico do MS, podendo este estar integrado com o sistema de gerenciamento de vendas da própria farmácia; realizar o registro, armazenamento e transferência da documentação do usuário do Programa; realizar a divulgação e atualização publicitária do PAFP, entre outros deveres especificados na legislação e no convênio firmado.

Ademais, pode haver um aumento de demanda, sendo necessários custos adicionais em relação à mão de obra. Estima-se que alguns gastos operacionais da farmácia privada como aluguel, energia elétrica, manutenção, segurança, entre outros de natureza fixa não têm aumento na mesma proporção que a demanda (maior volume de clientes/usuários do PAFP), ou seja, há melhor aproveitamento da capacidade produtiva de sua estrutura.

4.4.3 Comparação do valor de compra de medicamentos

A presente pesquisa sugere que há variações significativas no valor de compra de alguns dos medicamentos analisados. A terceira perspectiva de discussão dos resultados corresponde à análise comparativa entre os valores de compra de medicamentos do SUS e os do PAFP.

Conforme apontado na subseção 4.3.2, a partir do registro das notas fiscais de compras das farmácias privadas, construiu-se uma base de dados com os valores medianos de compras

de medicamentos do PAFP com diferentes fornecedores. Assim, elaborou-se uma análise sob a perspectiva do valor de compra de 27 medicamentos do PAFP com demanda nos municípios participantes. A estimativa de tendência central dos valores de medicamentos adquiridos pelos municípios foi feita pela mediana³¹ de todos os valores apurados no estudo de identificação do gasto operacional por unidade farmacotécnica.

Identificou-se que, dos 27 medicamentos analisados, apenas dois apresentam uma variação positiva, ou seja, o valor de compra do medicamento pela farmácia privada é menor do que o valor de compra pela farmácia da rede básica. Dos 14 medicamentos oferecidos pela campanha A Saúde Não Tem Preço (SNTP) apenas um é equivalente entre as duas compras, pública e privada. A tabela 4.3 reúne os dez medicamentos com maior variação. Os demais medicamentos sejam pela SNTP, sejam pelo Sistema de Copagamento do Programa Farmácia Popular (FP) demonstraram ter seus valores até 8,8 vezes maior que os praticados nas compras das farmácias públicas. A relação completa analisada consta no Apêndice D.

Tabela 4. 3 – Análise comparativa do valor de compra de medicamentos com maior variação – 2011

Descrição do medicamento	Grupo	Valor de compra Farmácia Básica*	Valor de compra Farmácia Privada**	Varição % valor de compra Privada/Básica
Alendronato de Sódio 70 mg	FP	R\$ 0,31	R\$ 3,04	881%
Atenolol 25 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,02	R\$ 0,18	800%
Cloridrato de Metformina 500 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,04	R\$ 0,30	650%
Sinvastatina 20 mg comprimido	FP	R\$ 0,04	R\$ 0,29	625%
Maleato de Enalapril 10 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,02	R\$ 0,14	600%
Captopril 25 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,01	R\$ 0,07	600%
Glibenclamida 5 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,01	R\$ 0,06	500%
Losartana Potássica 50 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,04	R\$ 0,23	475%
Sinvastatina 40 mg comprimido	FP	R\$ 0,08	R\$ 0,44	450%
Sinvastatina 10 mg comprimido	FP	R\$ 0,04	R\$ 0,19	375%

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2013).

Notas: ** Valor mediano de compra do medicamento nos municípios visitados, compras realizadas em 2011. ** Valor mediano de compra do medicamento com base nas notas fiscais mar./2011 a jul./2012.

Uma ponderação importante em relação a estas variações, é que o valor de compra de medicamentos para farmácia privada é, significativamente, mais alto que o valor pago pela

³¹ A mediana foi utilizada na medida em que os desvios padrão das estimativas foram sempre maiores que as médias.

farmácia da rede básica. Considera-se como possíveis explicações do diferencial entre as compras dos dois Programas, alguns elementos que elevam o custo da farmácia privada em relação à rede básica, dentre os quais destacam-se: origem do fornecedor; volume de compras; frequência das compras; forma de apresentação; custos adicionais como logística (entregas programadas com alta taxa de reposição); distribuição; tipo de embalagem; itens complementares (por exemplo, bula); características específicas; custos relacionados à certificação de boas práticas de fabricação; prazo de pagamento.

Conforme constatado, a partir das análises das notas fiscais foi possível identificar que os fornecedores (origem) de farmácias públicas e privadas são diferentes, tendo por elementos explicativos, a natureza do laboratório fabricante (se privado ou público), e também, o tipo da embalagem apresentada. Nas farmácias públicas, boa parte dos medicamentos é comprada de laboratórios públicos. Os preços são menores, pois compram maior quantidade e os adquirem em embalagens classificadas como hospitalares, mesmo para serem dispensados, individualmente, nas farmácias básicas do SUS. Enquanto nas farmácias privadas os medicamentos são comprados dos laboratórios privados e, além disto, devem distribuí-los, obrigatoriamente, em embalagens individualizadas, segundo a orientação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2009), tornando o valor de compra mais elevado.

Observa-se também, que o volume de compras do município para abastecimento da população é muito maior em relação à quantidade de uma farmácia privada, mesmo daquelas participantes de uma grande rede. No caso da rede pública, além do grande volume, a demanda é atendida, mediante licitações, pela produção em laboratórios e entidades governamentais, o que torna o valor de compra menor. No caso das farmácias privadas, ainda que haja a necessidade de aquisição de grande volume de medicamentos, encontram-se dificuldades em manter uma estrutura com nível de armazenamento de estoques adequado. O volume de compra, poder de barganha e infraestrutura para estoque que a rede pública possui, podem ser justificativas da diferença entre os valores de compra das duas farmácias.

Ao se comparar, unitariamente, o valor de referência que o MS financia o PAFP com o valor de compra do medicamento da farmácia privada, identifica-se que, de 25 medicamentos analisados, 13 deles apresentam uma variação positiva, ou seja, o valor de referência é maior que o valor de compra do medicamento pago pela farmácia privada. Isto ocorre, especialmente, com os medicamentos da campanha SNTP, fornecidos com gratuidade aos usuários.

Para os outros 12 medicamentos analisados, o valor de referência do Ministério da Saúde é menor que seu valor de compra. Dentre estes, cinco medicamentos pertencem ao grupo da gratuidade, ou seja, não é possível que a farmácia privada compense esta diferença cobrando do usuário. Isto ocorre com os incluídos no Sistema de Copagamento. Foi feita uma seleção de alguns medicamentos com variação positiva e negativa (tabela 4.4), porém, no Apêndice E apresenta-se a relação completa da base analisada.

Tabela 4. 4 – Comparativo do valor de referência pago pelo MS com o valor de compra de medicamentos da farmácia privada - 2011

Descrição do medicamento	Grupo	Valor de referência pago pelo MS	Valor de compra da farmácia privada*	Varição % valor de referência do MS / valor de compra da farmácia privada
Captopril 25 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,28	R\$ 0,07	300%
Maleato de Enalapril 10 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,39	R\$ 0,14	179%
Sinvastatina 40 mg comprimido	FP	R\$ 0,89	R\$ 0,44	102%
Sinvastatina 20 mg comprimido	FP	R\$ 0,46	R\$ 0,29	59%
Losartana Potássica 50 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,32	R\$ 0,23	39%
Maleato de Timolol 0,50% - Solução Oftalmológica	FP	R\$ 0,86	R\$ 1,10	-22%
Norestisterona 0,35 mg, comprimido - cartela com 35 comprimidos	FP	R\$ 0,14	R\$ 0,19	-26%
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	SNTP	R\$ 0,14	R\$ 0,22	-36%
Maleato de Timolol 0,25% - Solução Oftalmológica	FP	R\$ 0,36	R\$ 0,82	-56%
Cloridrato de Metformina 500 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,13	R\$ 0,30	-57%

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2013).

Notas: * Valor mediano de compra do medicamento com base nas notas fiscais mar/2011 a jul/2012.

Observa-se que os valores de referência são em média 80% superiores aos valores de compra de medicamentos. Entretanto, como há medicamentos com variação negativa (o valor de referência não cobre o valor de compra do medicamento), é oportuno complementar a discussão, realizando uma análise de custo-volume, considerando o volume de medicamentos financiados pelo MS pelo valor de referência pago às farmácias privadas no período de 2011.

4.4.4 Análise de custo-volume

A relação de custo-volume representa a quarta perspectiva de análise dos resultados, revelando elementos importantes por considerar a totalidade dos medicamentos e da respectiva demanda e não, unitariamente. Os medicamentos com maior variação unitária são os que têm maiores demandas e quando analisados de forma global, percebe-se que há uma compensação das perdas dos medicamentos cuja variação é negativa (valor de referência inferior ao valor de compra).

A diferença entre o total financiado pelo MS (valor de referência x volume de medicamentos financiados) e o total de compras efetuadas pela farmácia privada (valor de compra x volume de medicamentos financiados) representou um montante de R\$ 232.903.604,82, variação que corresponde a 34,2% sobre o total financiado. Deste montante é necessário que a farmácia privada deduza valores correspondentes a tributos, gastos operacionais e margem de lucro. A tabela 4.5 traz os resultados totais da análise de custo-volume. O Apêndice F apresenta os resultados totais da análise de custo-volume por medicamento.

Tabela 4. 5 - Resultados totais da análise de custo-volume dos medicamentos do *Programa Aqui tem Farmácia Popular* - 2011

Volume de medicamentos financiados	2.535.251.585
Total financiado (valor de referência X volume de medicamentos financiados)	R\$ 680.807.883
Total de compras (valor de compra da farmácia privada X volume de medicamentos financiado)	R\$ 314.646.686
Diferença: Total financiado (-) total de compras (R\$)	R\$ 232.903.605
% Diferença / total financiado	34,2%

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2013).

Para melhor definir o valor de referência, sugere-se que este possa ser determinado com base em uma estrutura, considerando a análise de custo-volume, conforme a demanda dos medicamentos e perfil das necessidades terapêuticas dos usuários.

A partir do conjunto de análises, pode-se concluir que o valor de referência pago pelo governo federal parece atender às necessidades da farmácia privada para que ela faça a compra dos medicamentos, compense seus gastos extras, pague os tributos e obtenha margem de lucro. O que favorece sua participação e permanência no PAFP.

Esta seção teve por objetivo apresentar as análises dos resultados da pesquisa empírica realizada para identificação e comparação de gastos federais entre o PFB do SUS e o PAFP.

Na seção seguinte, a partir das análises dos resultados, apresentam-se considerações pertinentes quanto à integração, ou não, do CEIS com o PAFP.

4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises elaboradas sob as quatro perspectivas, apontaram-se observações a respeito da estratégia do governo federal com a promoção do PAFP.

Partindo da identificação do gasto operacional por unidade farmacotécnica das farmácias do PFB do SUS, cujo valor médio foi de R\$ 0,06, comparou-se o gasto total dessa unidade nas farmácias públicas com o valor de referência dos medicamentos da lista do PAFP. O cálculo indicou variações de gasto do governo federal com as duas estratégias de implementação do acesso a medicamentos essenciais no Brasil nas duas redes, pública e privada. Com essas variações analisou-se, comparativamente, o apresentado no Relatório de Auditoria do TCU (2010).

A análise comparativa dos valores de compra de medicamentos entre as duas redes, pública e privada, evidenciou que o valor de compra pelas farmácias privadas é, significativamente, maior que o praticado pelas farmácias públicas. É possível justificar tal divergência por algumas situações: origem da compra; volume de compras; frequência das compras; forma de apresentação; tipo de embalagem; itens complementares; características específicas, entre outras.

Por fim, foi realizada uma análise de custo-volume, levando em conta o volume de medicamentos financiados, o valor de referência pago pelo governo federal e o total do volume de compras realizadas pela farmácia privada. A análise permitiu inferir que a farmácia privada tem compensações entre os medicamentos, uma vez que há variações positivas e negativas. A análise de custo-volume sugere que há um ganho de 34,2%, dos quais a farmácia ainda precisa descontar seus gastos operacionais, margem de lucro e tributos.

Conclui-se a partir do conjunto das análises que o valor de referência pago pelo governo federal parece atender às necessidades financeiras da farmácia privada, abrangendo toda a sua atividade comercial, fiscal e de resultados.

Considerando que o acesso a medicamentos essenciais pelo PFB do SUS e pelo PAFP deveriam ser complementares, os gastos envolvidos nestas duas formas de distribuição de medicamentos deveriam ser equivalentes, ou pelo menos, as diferenças deveriam ter

justificativas de custo-benefício. O que não ocorre. O objetivo do governo deve ser a equidade para ampliação do acesso da população com justa aplicação de seus recursos.

O PAC Mais Saúde, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde no tocante ao acesso a medicamentos, propôs entre suas medidas: a redução do gasto da população com medicamentos, mediante o estímulo ao uso de medicamentos genéricos e a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil – Sistema de Copagamento, aumentando o número de farmácias conveniadas e o número de medicamentos disponibilizados.

Com esta compreensão é que a presença do CEIS participa de um processo sistêmico de saúde, reconhecendo a demanda da sociedade por bens e serviços e também, a exigência de uma base produtiva que atenda a oferta dos mesmos. Essa deve levar em conta as diferentes estratégias do governo federal na ampliação do acesso a medicamentos.

Dos medicamentos oferecidos no PAFP com exceção da Sinvastatina, medicamento utilizado no tratamento de dislipidemia, todos são medicamentos genéricos.

Dados sobre a indústria dos genéricos indicam que houve aumento das vendas e redução dos gastos para os usuários, atendendo aos dois objetivos destacados do PAC mais Saúde. Não há informações específicas quanto aos gastos (redução ou aumento) que passaram a ser do governo federal, a partir da promoção do PAFP. Pela pesquisa empírica fica evidente que os gastos reduzidos para os usuários foram compensados pelo governo federal. Se os gastos governamentais são financiados pela sociedade, cabe salientar que esta compensação, se traz benefícios, é parcial aos usuários, porém, o benefício é bastante favorável à indústria farmacêutica.

É possível identificar a preocupação do Estado quanto ao desenvolvimento do CEIS e a redução dos gastos do SUS que apoia os investimentos na pesquisa, na produção de vacinas e na produção de medicamentos de última geração, utilizados no tratamento de doenças graves.

O governo federal faz parcerias com laboratórios privados para o desenvolvimento desses itens, vendidos a preços mais baixos para o SUS. Não fica evidente se os preços dos laboratórios privados também são aplicados às farmácias conveniadas ao PAFP, uma vez que o governo é seu grande comprador, mesmo que indiretamente. Ainda, num segundo momento, esses laboratórios transferem a referida tecnologia para os laboratórios públicos, possibilitando ainda mais a queda dos preços.

A partir das premissas do PAC Mais Saúde, o cenário instituído pelo CEIS e os Programas de assistência farmacêutica, entende-se que o Estado deve ter um papel regulador e

que, em conjunto com a indústria farmacêutica, especificamente, a dos genéricos, articule a redução do valor de compra dos medicamentos aplicado às farmácias privadas, consequentemente, a do valor de referência correspondente à parcela do financiamento do governo federal.

Neste contexto, a indústria farmacêutica poderia ou deveria ser um instrumento de integração, a partir da regulação do Estado, buscando assim equilíbrio na aplicação de recursos do governo federal no PAFP, uma vez que o acesso a medicamentos envolve uma rede complexa de atores, públicos e privados, desempenhando diferentes papéis em função do contexto econômico, político e social.

Sendo o governo, o fornecedor das farmácias conveniadas, alternativas para potencializar a dinâmica do CEIS em relação ao PAFP podem ser:

- a) determinação de um valor de referência por medicamento, considerando os gastos efetivos de uma farmácia privada (custo de aquisição + custos operacionais + impostos + margem de lucro);
- b) intervenção do Estado na determinação do valor de compra (preços de aquisição) junto à indústria farmacêutica através de pregão de preços, com valores limitantes predeterminados; e
- c) aumento da produção de laboratórios públicos para abastecimento da demanda de medicamentos da lista do PAFP.

Um aspecto que também deve ser considerado no conjunto desta análise é a dimensão da inovação tecnológica e da expansão do complexo industrial. Mesmo com a regulação de preços pelo Estado, a indústria farmacêutica amplia ainda mais a dinâmica da cadeia varejista de distribuição de medicamentos. Na perspectiva do desenvolvimento econômico, alternativas para o fluxo Estado-farmácia privada-indústria farmacêutica representam e articulam a garantia de eficiência econômica. O desafio é saber como executar essa política de assistência com distribuição justa dos recursos, qualidade e abrangência em favor da sociedade.

Segundo Gadelha (2007), a parcela de recursos investida na saúde, bem como a relação entre o gasto público e o privado definem, respectivamente, a priorização e as necessidades de saúde das sociedades e o modelo de atuação do Estado frente ao mercado. Também representa um resultado do processo político, quando diferentes setores e instâncias governamentais utilizam recursos, em geral, limitados. Essa concorrência pelos fluxos de recursos, dada a sua natureza política, gera instabilidade para todas as áreas envolvidas.

Nesse sentido, para o autor, o principal desafio para reverter a fragilidade do CEIS consiste em intensificar e qualificar a atuação do Estado. Destaca que, para se chegar a um denominador comum nessa equação, o Estado precisa avançar de forma sistemática no sentido de adequar seu aparato regulatório para atuar no desenvolvimento do CEIS. Como exemplo, pode-se citar: a intensificação do uso de seu poder de compra; o estabelecimento de parcerias voltadas para a transferência tecnológica; o uso da margem de preferência e o investimento nos produtores públicos nacionais, dentre outros.

O que se espera, enfim, é o envolvimento da indústria farmacêutica, relacionando seu desempenho e atuação à política de assistência farmacêutica, especificamente, às estratégias de ação do governo com o PAFP. Este relacionamento pode ser reconhecido através da adequação dos valores de compra das farmácias privadas junto aos laboratórios fabricantes.

O presente artigo pretendeu apresentar, a partir da pesquisa empírica realizada para identificar e comparar os gastos federais entre o PFB do SUS e o PAFP, elementos que apontassem aspectos de integração ou não da dinâmica do CEIS aos resultados do PAFP. Conclui-se que, de fato, não há integração plena do CEIS na promoção do PAFP. Não é pleno porque a existência do CEIS tem favorecido mais o abastecimento da rede pública, mesmo que o governo federal seja quem fomenta a indústria farmacêutica através de financiamentos e dela se constitua seu comprador para as duas redes. Também não é plena a integração, uma vez que os gastos federais com o PAFP têm se mostrado superiores em relação aos gastos com a estrutura de farmácias públicas (do SUS), especialmente, em relação ao valor de compra dos medicamentos.

A amostra de farmácias básicas do SUS constituiu-se em um estudo piloto, contemplando um número de 12 municípios, permitindo desenvolver técnicas e métodos para obtenção do gasto total das unidades públicas. Todas as inferências são relativas a estes, não generalizáveis à totalidade dos municípios qualificáveis para a pesquisa, conforme os critérios adotados para seleção da amostra, descritos na subseção 4.3.1. A partir da metodologia desenvolvida é possível replicar o estudo em outros municípios. Destaca-se também que a análise não considerou dados referentes às farmácias populares da rede própria, geridas pela Fiocruz.

Sugere-se para continuação deste estudo com ampliação da amostra, três linhas de pesquisa. A primeira dirigida às farmácias do SUS que utilizem o Sistema Nacional da Assistência Farmacêutica - Hórus ou ferramenta de controle de distribuição dos itens similar, para obtenção dos dados financeiros e de quantidade de medicamentos dispensados pelos

municípios e que utilizem de forma integrada o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) no âmbito do SUS, permitindo identificar os valores de gastos operacionais das estruturas das farmácias públicas. A segunda, centrada nos valores de compra de medicamentos pelas farmácias privadas para identificação das justificativas do diferencial de valores quando comparados com o valor de compra (licitação) da farmácia pública. Para isto seria necessário definir mecanismos de acesso a estes dados, junto ao MS. E a terceira linha de pesquisa, decorrente destes estudos, trataria da análise comparativa dos gastos federais das três principais estratégias públicas de assistência farmacêutica implementadas pelos PFB do SUS, PFPB rede própria, gerida pela Fiocruz e o PAFP.

5 CONCLUSÃO

A questão mobilizadora desta tese foi: que limitantes e potencialidades ao desenvolvimento econômico do país apresenta o *Programa Aqui tem Farmácia Popular?*

Para respondê-la, propôs-se a realização de uma pesquisa, com três enfoques particulares, inter-relacionados, dando origem a três artigos, sob os títulos: *Estrutura e modelo da assistência farmacêutica no Brasil: uma análise do Programa Farmácia Popular do Brasil*; *O papel do Estado e o direito à assistência farmacêutica: Programa Aqui tem Farmácia Popular na perspectiva dos usuários*; e *Integração entre o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e o Programa Aqui tem Farmácia Popular: uma análise dos gastos federais*. Cada artigo, após a exposição de sua temática central, alinhou conclusões segundo os critérios de análises propostos: limitantes e potencialidades do PAFP.

Para tecer estas considerações, retomam-se algumas das reflexões finais dos artigos, ratificando limitantes e potencialidades do *Programa Aqui tem Farmácia Popular* na perspectiva do desenvolvimento econômico do país.

O primeiro artigo, ao caracterizar o Programa Farmácia Popular do Brasil, identificou elementos alinhados à disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade geográfica e poder de compra, dimensões do modelo de acesso aos medicamentos essenciais proposto pela OMS em conjunto com MSH (WHO; MSH, 2000). De forma geral, a partir das informações coletadas e analisadas, especificamente o PAFP apresenta melhor semelhança às quatro dimensões propostas pelo modelo referido.

Um benefício reconhecido é a ampliação acelerada do acesso a medicamentos em função dos convênios formalizados entre o Estado e as farmácias privadas, uma vez que a construção de estruturas da rede própria demandaria tempo, gastos e o próprio envolvimento do Estado em sua operacionalização.

Concluiu-se também que cabe ao Estado não apenas a criação de políticas públicas, mas a sistemática de acompanhamento e controle das mesmas. Percebeu-se que as políticas voltadas à criação de Programas para a ampliação do acesso aos medicamentos essenciais são fundamentais para melhoria dos indicadores sociais e de desenvolvimento econômico do país. Assim, é preciso que o Estado execute a política pública de saúde com organização, fundamentada em algum modelo, através de diferentes formas institucionais, em parceria ou não, e com instrumentos adequados de controle e para avaliação prospectiva.

O segundo artigo caracterizou os usuários do *Programa Aqui tem Farmácia Popular*. A pesquisa revelou que o PAFP, enquanto estratégia de ação do Estado aumentou o número de farmácias conveniadas, ampliou o acesso da população a medicamentos, indicando ganhos econômicos para a sociedade e cidadãos.

Diante dos resultados apresentados pela pesquisa destaca-se que não há migração significativa (16%) de usuários do PFB do SUS para o PAFP, conforme preocupação reportada em Relatório de Auditoria do TCU (2010). Ou seja, não há concorrência entre os Programas, os mesmos se complementam.

O Sistema de Copagamento corre o risco de judicialização uma vez que a CF (BRASIL, 1988) em seu artigo 196 determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado. A garantia deste direito deve proporcionar acesso universal e igualitário à população, disponibilizando de forma gratuita a atenção à saúde. Sendo o Estado o proponente desse Sistema, é inconstitucional ao se reportar à lei maior, justamente, porque o usuário desembolsa parte do valor quando deveria ser financiado, integralmente, pelo governo federal.

A solução para a inconstitucionalidade do Sistema de Copagamento seria a extensão gratuita a todos os medicamentos essenciais da lista do PAFP e não apenas àqueles referentes a alguns tratamentos (*diabetes mellitus*, hipertensão e asma). Entretanto, o governo federal deve ser cauteloso nesta medida uma vez que há limitação do gasto público, sendo necessária a avaliação dos impactos dessa extensão com as possíveis contingências geradas pela judicialização. O mesmo vale para a ampliação do acesso pelo PFPB (rede Fiocruz e privada) em relação a todos os medicamentos da RENAME (138 itens da atenção básica).

O terceiro artigo centrou-se na questão dos gastos federais com a distribuição de medicamentos essenciais em farmácias públicas do SUS e o PAFP. Há variações entre os gastos das formas de acesso aos medicamentos essenciais no Brasil nas duas redes, pública e privada. Estas variações foram também analisadas, comparativamente, com os dados apresentados no Relatório de Auditoria do TCU (2010).

Um dos maiores limitantes do PAFP, revelado pela pesquisa, refere-se ao valor de referência pago pelo governo federal às farmácias privadas conveniadas, sendo em média 150% superior quando comparado com o gasto federal unitário com as farmácias básicas do SUS. Isto se deve à diferença do valor de compra de medicamento do município com o da farmácia privada, pois os laboratórios fornecedores, públicos ou privados, praticam valores diferentes.

Por ser um elemento estruturante da estratégia do governo, a não integração do CEIS na promoção do PAFP torna-se outro limitante complexo. A integração não é plena porque a existência do CEIS tem favorecido apenas o abastecimento da rede pública, mesmo que o governo federal seja quem fomente a indústria farmacêutica através de financiamentos e dela se constitua seu comprador para as duas redes. Também não é plena a integração, uma vez que os gastos federais com o PAFP têm se mostrado superiores em relação aos gastos com a estrutura de farmácias públicas, especialmente em relação ao valor de compra dos medicamentos.

Na perspectiva do desenvolvimento econômico a estratégia do PAFP deveria formar parceria efetiva do CEIS, com regulação do Estado para promoção da equidade dos valores de compra de medicamentos pelas farmácias privadas. Desta forma, a instrumentalização política e econômica estaria na integração do Estado e da indústria farmacêutica. Os Programas devem ser complementares e os recursos investidos devem levar em conta que o objetivo principal é que o acesso da população seja equitativo.

Sabe-se que, em função da burocracia, as instituições públicas são menos flexíveis em suas estruturas e mais resistentes às mudanças. No entanto, pode-se identificar que a proposta do PAFP possibilita o estabelecimento de processos de transações comerciais mais ágeis, muitas vezes não possíveis no âmbito público, em função da legislação que institui normas para licitações e contratos da administração pública, Lei 8.666 (BRASIL, 1993).

Ainda como potencialidade, o Estado poderia, e até deveria, estreitar a parceria público-privada, com as farmácias conveniadas pelo PAFP, quando da realização de campanhas de saúde pública, acompanhamento e monitoramento da saúde do cidadão, fortalecendo a ampliação do acesso equitativo para a população. Caberia ao governo definir, propor e discutir com as parceiras a estratégia e o modelo adequado e estabelecer formas de apoio e controle, estimulando ações sociais de interesse público, para além da dimensão comercial/fiscal, fomentando economias de escopo para as farmácias privadas.

A partir do reconhecimento das potencialidades do PAFP em relação ao desenvolvimento econômico, reconhece-se no Programa algumas das características recomendadas pela diretriz da política de assistência farmacêutica no Brasil, a saber: a descentralização da gestão, uma vez que as farmácias privadas são responsáveis pela gestão do Programa; a promoção do uso racional dos medicamentos, ao atender os requisitos técnicos e normativas quanto à disponibilidade dos medicamentos (com prescrição médica e temporalidade); e a otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público, ao

representar uma linha efetiva de ampliação do acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

Quanto ao desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos valores de compra dos medicamentos, espera-se que o papel regulador do Estado, favoreça o fluxo produtivo (Estado-farmácia privada-indústria farmacêutica) para redução dos gastos do Programa, visando equidade de alocação de recursos para atendimento da população.

Assim, cabe ao governo federal desenvolver mecanismos ou instrumentos de referências para análises dos resultados do PAFP, de forma periódica e constante. Esta periodicidade permitiria melhor condução e adequação da política pública de saúde e a avaliação consequente do desenvolvimento econômico. Certamente, a análise histórica dos dados desde a implantação do *Programa Aqui tem Farmácia Popular* ao longo do tempo até os dias atuais, e com possibilidade de sua continuidade, poderia indicar melhorias ocorridas a serem implementadas, especialmente, em relação à proporção da renda das famílias para gastos com saúde, a proporção dos gastos do governo com o financiamento de serviços de saúde, em especial com medicamentos, inferindo a efetividade da estratégia e projetando adequações devidas.

Sugerem-se para continuação dos estudos dentro desta temática, algumas linhas de pesquisa. Uma dirigida às farmácias do SUS que utilizem o Sistema Nacional da Assistência Farmacêutica - Hórus ou ferramenta de controle de distribuição dos itens similar, para obtenção dos dados financeiros e de quantidade de medicamentos dispensados pelos municípios e que também estejam integrados ao Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) no âmbito do SUS. Isto permitiria identificar os valores de gastos operacionais das estruturas das farmácias públicas, bem como, melhor estimar o valor per capita necessário a ser repassado aos municípios para a gestão do SUS.

Outra linha, centrada nos valores de compra de medicamentos pelas farmácias privadas, identificaria melhor as justificativas políticas e econômicas do diferencial de valores quando comparados com o valor de compra (licitação) da farmácia pública. Para isso seria necessário definir mecanismos de acesso a esses dados, junto ao MS.

Uma terceira linha de pesquisa, decorrente desses estudos, promoveria a análise comparativa na perspectiva do desenvolvimento econômico, envolvendo os gastos federais das três principais estratégias públicas de assistência farmacêutica implementadas pelo PFB do SUS, PFPB rede própria, gerida pela Fiocruz e PAFP.

Os principais resultados desejados a partir do acesso a medicamentos são o uso racional e a satisfação do usuário com o serviço de saúde, elementos centrais do modelo proposto pela OMS em conjunto com MSH (WHO; MSH, 2000). Para avaliar se estes objetivos estão sendo alcançados, sugere-se uma pesquisa com amostras mais amplas e diversificadas, entre usuários e todas as categorias profissionais envolvidas, para estudo e acompanhamento não apenas do PAFP, como também do PFPB, desenvolvido em unidades próprias, geridas pela Fiocruz e do PFB do SUS. Com relação à temporalidade deste acompanhamento, sugere-se a customização do sistema desenvolvido pelo DATASUS para o PAFP, com apoio do MS, com possibilidade de aplicação de diferentes processos metodológicos (entrevistas presenciais, por telefone, correspondência etc.).

Apesar dos limitantes, as potencialidades identificadas no *Programa Aqui tem Farmácia Popular* desafiam o Estado a assumir o papel de regulador do acesso aos medicamentos essenciais, de articulador da complexa rede de atores públicos e privados e de promotor da equidade da necessária assistência farmacêutica, sendo um dos responsáveis pelo desenvolvimento econômico do Brasil, em suas dimensões econômica, política e social, atendendo assim a hipótese apresentada nesta tese.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA ESTADO. **Medicamentos terão novo recorde de vendas em 2013**. 2013. Disponível em: <http://www.em.com.br/app/noticia/economia/2013/12/01/internas_economia,475280/medicamentos-terao-novo-recorde-de-vendas-em-2013.shtml>. Acesso em: 02 dez. 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - Fiocruz; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Relatório Manguinhos: Macroeconomia e Saúde: uma contribuição ao debate da Organização Mundial de Saúde**. 2002. Disponível em: <<http://www2.eptic.com.br/sgw/data/bib/artigos/f65bb6e5a80baedf28086f1b74c22347.doc>>. Acesso em: 30 nov.2013.
- ALBUQUERQUE, E. M. Celso Furtado: a polaridade modernização-marginalização e uma agenda para a construção dos sistemas de inovação e de bem-estar social. In: SABOIA, J.; CARVALHO, F.J.C. **Celso Furtado e o século XXI**. Barueri: Manole, 2007. p 181-204.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Orientação Interpretativa nº 05, de 12 de novembro de 2009**. 2009. Disponível em: <<http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/Ucq>>. Acesso em: 23 jan.2013.
- BACHA, E.; SCHWARTZMAN, S. (Org.). **Brasil: a nova agenda social**. São Paulo: LTC, 2011.
- BARCELLOS, T. M. M. (Coord.). **A política social brasileira 1930-64: evolução institucional no Brasil e no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: FEE, 1983.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BERMUDEZ, J. et al. **Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado**. Rio de Janeiro: ENSP, 2004.
- BIGDELI, M. et al. Access to medicines from a health system perspective. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 28, n. 7, p. 692-704, Nov. 2012.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira - CONOF/CD. **Financiamento da saúde: Brasil e outros países com cobertura universal: a participação estatal no financiamento de sistemas de saúde e a situação do Sistema Único de Saúde - SUS**. 2013a. (Nota Técnica, n. 12). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/NTn12de2013FinanciamentodaSadeBrasilOutrosPasesV.Prel.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Em três anos, 19 milhões de brasileiros foram beneficiados pelo saúde não tem preço**. 2014. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/programasecampanhas/33644-mais-de-19-milhoes-de-brasileiros-foram-beneficiados-com-medicamentos-de-graca-em-tres-anos>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

_____. **O que são as contas de saúde.** Portal da Saúde, Brasília, 2013b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=33599&janela=1>. Acesso em: 31 jan. 2013.

_____. **Avaliação econômica em saúde:** desafios para gestão no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2008. (Normas e Manuais Técnicos).

_____. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União.** Brasília, 31 janeiro 2007.

_____. **Portaria GM/ MS n.º 1044, de 05 de maio de 2010.** Aprova a 7ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). 2010a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt_1044_05_05_2010.html>. Acesso em: 12 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, 2004b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 28 ago. 2012.

_____. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.** Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da CF, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18666cons.htm>. Acesso em: 24 fev. 2014.

BRASIL. Secretaria da Receita Federal. Instrução Normativa SRF nº 130, de 10 de novembro de 1999. Altera o Anexo I da Instrução Normativa nº 162, de 31 de dezembro de 1998. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília,** Brasília, n.423, 11 nov. 1998, Seção 2, p.32-33.

_____. Instrução Normativa SRF nº 162, de 31 de dezembro de 1998. Fixa prazo de vida útil e taxa de depreciação dos bens que relaciona. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil,** Brasília, n.4, 7 jan. 1999, Seção 1, p.5.

BRASIL. Portaria nº 4.217, de 29 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do componente básico da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União,** n. 249, seção 1, Brasília, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988).** Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/1994 e pelas Emendas Constitucionais nº 1/1996 a 57/2008.

BORGES, M. A. et al. Participação das atividades de saúde na economia brasileira: informações da Conta de Saúde de 2000 a 2007. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 2, p. 153-160, fev. 2012.

CANCIAN, R. **Estado do bem-estar social**: história e crise do welfare state. 2007. Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/disciplinas/sociologia/estado-do-bem-estar-social-historia-e-crise-do-welfare-state.htm>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

CARDOSO, F. H. Globalização. Conferência pronunciada em Nova Delhi, Índia em janeiro 1996. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 28 jan. 1996.

CASSELL, C.; SYMON, G. **Qualitative methods in organizational research**: a practical guide. London: Sage, 1994.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **A saúde na opinião dos brasileiros**: pró-gestores. Brasília, 2003.

CORAZZA, G. **Teoria econômica e Estado**: (de Quesnay a Keynes). 1985. 114 f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1985.

COSTA, H. S. et al. Programa Farmácia Popular do Brasil: evolução do programa na cidade de São Luís – MA. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 11, n. 3, p. 16-19, set./dez. 2010.

DATAMONITOR. **Industry Profile. Pharmaceuticals**. New York, London, Frankfurt e Sidney. 2010.

DELGADO, I. G. Saúde e indústria farmacêutica: apontamentos para uma análise comparativa entre Brasil, Argentina e Grã-Bretanha. In: COHN, A. (Org.). **Saúde, cidadania e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado, 2013. p. 35-64.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición e métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Para a década de 90**: prioridades e perspectivas de políticas públicas. Brasília: IPEA, 1989. (Políticas sociais e organização do trabalho, v. 4).

FAGNANI, E. A política social do Governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. Textos para Discussão, Campinas: IE/UNICAMP, n. 192, jun. 2011.

FARAH, M. F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 119-44, jan./fev. 2001. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6364/4949>>. Acesso em: 25 out. 2013.

FERREIRA, R. L. **Análise de implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal**: um estudo de casos. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

FERST, G. C. **Análise da indústria farmacêutica no Brasil**: surgimento e desenvolvimento da indústria nacional. 2013. 66 f. Trabalho de conclusão (Graduação em Economia) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/78380>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - Fiocruz. **Prestação de contas ordinária anual relatório de gestão do exercício de 2011**. 2011. Disponível em: <http://www.Fiocruz.br/acessoainformacao/media/Relatorio_gestao_2011.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - Fiocruz et. al. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/MS/SAE/PR, 2012. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/miolo_saude_brasil_2030.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2013.

FROST, L. J.; REICH, M. R. **How do good health technologies get to poor people in poor countries?** Boston: Harvard Center for Population and Development Studies, 2010.

GADELHA, C. A. G. **Desenvolvimento e política industrial**: uma visão neo-schumpeteriana sistêmica e estrutural. 1999. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

_____. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, (n. esp), p. 11-23, nov. 2006.

_____. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 19, n. 71, p. 326-327, set./dez. 2007.

_____. (Coord.) **Perspectivas do investimento em saúde**. Relatório integrante da pesquisa "Perspectivas do Investimento no Brasil", em parceria com o Instituto de Economia da UNICAMP, financiada pelo BNDES. 2009. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/empr esa/pesquisa/pib/pib_saude.pdf>. Acesso em 22 mar. 2014.

_____. **Desenvolvimento e saúde**. 2012. Disponível em: <<http://www.brasilmaior.mdic.gov.br/artigos/1915>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Técnicas de pesquisa em Economia**. São Paulo: Atlas, 1995.

GREENWALD, B.; STIGLITZ, J. E. Externalities in Economies with Imperfect Information and Incomplete Markets. **Quarterly Journal of Economics**, Cambridge, v. 101, n. 2, p. 229-264, May 1986.

HAIR JUNIOR, J. F. et al. **Fundamentos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HELSINKI. World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. **JAMA**, v. 23, n. 284, p. 3043-3045, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2007-2009**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2012.

JUNGES, F. **Avaliação do programa farmácia popular do Brasil**: aspectos referentes a estrutura e a processos. 2009. 140 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

KEYNES, J. M. **Teoria geral do emprego, do juro e da moeda**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1936.

_____. **The end of laissez-faire**. Amherst: New York: Prometheus Books, 2004.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1986.

LEITE, M. Datafolha aponta doença mais grave. **Folha de São Paulo**, São Paulo, Seminários da Folha: Saúde, 29 mar. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/especial/158626-datafolha-aponta-doenca-mais-grave.shtml>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

LUIZA, V. L. **Acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro**. 2003. 247 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MACKEIGAN, L. D.; LARSON, L. N. Development and validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services. **Medical Care**, Philadelphia, v. 5, n. 27, p. 522-536, May 1989.

MADRID, Y.; VELÁSQUEZ, G.; FEFER, H. **Pharmaceuticals and health sector reform in the Americas: an economic perspective**. Washington: OPS, 1998.

MAHONEY, R. T.; MOREL, C. M. A Global Health Innovation System (GHIS). **Innovation Strategy Today**, v. 2, n. 1, p. 1-12, 2006.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. São Paulo: Atlas, 2003.

MEDICAMENTOS terão novo recorde de vendas em 2013. **Veja**, São Paulo, 01 dez. 2013. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/economia/medicamento-tera-em-2013-novo-recorde-de-vendas>>. Acesso em: 12. fev. 2014.

MILL, J. S. **Princípios de Economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os Economistas).

MÉDECINS SANS FRONTIERES - MSF. **A pricing guide for the purchase of ARVs for developing countries**: untangling the of price reductions. Genève, 2002.

MANAGEMENT SCIENCE FOR HEALTH - MSH. **Managing for rational drug use**. In: Quick, J. D. (Ed.) **Managing drug supply**: the selection, procurement, distribution and use of pharmaceuticals. Connecticut: Kumarian, 1997. p. 421-429.

MANAGEMENT SCIENCE FOR HEALTH - MSH. **International Drug price indicator guide**. 2004. Disponível em: <<http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&id=1&temptitle=Introduction&module=DMP&language=English>>. Acesso em: 28 nov. 2012.

MARTINE, G. A Resolução da Questão social no Brasil: experiências passadas e perspectivas futuras. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Para a década de 90**: prioridades e perspectivas de políticas públicas. Brasília: IPEA, 1989. (Políticas sociais e organização do trabalho, v. 4).

MEDEIROS, M. **A trajetória do welfare state no Brasil**: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. Brasília: IPEA, 2001. (Texto para Discussão, n. 852). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2058/1/TD_852.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2014.

MYRDAL, G. **Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas**. 2. ed. Rio de Janeiro, Saga, 1968.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira. 1999.

OLIVEIRA, N. M.; SOUZA, L. B. de. **Estado de bem-estar social**: à luz do pensamento de Gunnar Myrdal e Amartya Senmore. 2013. Disponível em: <https://www.academia.edu/4108091/ESTADO_DE_BEM-ESTAR_SOCIAL_a_luz_do_pensamento_de_Gunnar_Myrdal_e_Amartya_Sen>. Acesso em: 30 nov. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Brasileiros gastam 19% da renda familiar com saúde, conclui pesquisa**. 2003. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDR64393-6014,00.html>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração universal dos direitos humanos**. 1948. Disponível em: <<http://www.un.org>>. Acesso em: 28 nov. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Complexo Industrial e Inovação em Saúde**. 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=550&Itemid=1>. Acesso em: 30 nov. 2013.

PAINA, L.; PETERS, D. H. Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. **Health Policy and Planning**, Oxford, p. 1-9, Aug. 2011.

PENCHANSKY, D.; THOMAS, J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, Philadelphia, v. 20, n. 2, p. 127-140, 1981.

PEREIRA, L. C. B. Trabalho apresentado ao seminário sobre Reforma do Estado na América Latina organizado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado e patrocinado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 47, n. 1, jan./abr. 1996.

PEREZ JUNIOR, J. H.; OLIVEIRA, L. M.; COSTA, R. G. **Gestão estratégica de custos**. São Paulo: Atlas, 2001.

STYLO FARMA. **Programa Farmácia Popular do Brasil contabiliza mais de 20 mil pontos de distribuição de medicamento**. 2012. Disponível em: <www.stylofarma.com.br/programa_farmacia_popular_do_brasil_contabiliza_mais_de20m>. Acesso em: 10 fev.2014.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In: BEUREN, I. M. (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 76-97.

RÊGO, E. C. L. Políticas de regulação do mercado de medicamentos: a experiência internacional. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 367-400, 2000.

REIS, A. L. A.; BERMUDEZ, J. Aspectos econômicos: mercado farmacêutico e preços de medicamentos. In: BERMUDEZ, J.; OLIVEIRA, M. A.; ESHER, A. (Org.). **Acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2004. p. 139-55.

RODRIK, D. Growth strategies. In: AGHION, P.; DURLAUF, S. (Ed.). **Handbook of Economic Growth**. Oxford: Elsevier, 2005. Vol. 1, cap. 14. p. 967-1014.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS-PINTO, C. D. B. et al. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2963-2973, jan./jun. 2011.

_____. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 614-644, jun. 2010.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Doutrina TRF4**, Porto Alegre, n. 24, 2008. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/index.htm?http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html>. Acesso em: 15 mai. 2014.

SCARAMUZZO, M. Medicamento terá em 2013 novo recorde de vendas. **Estadão**, São Paulo, Economia & negócios, 01 dez. 2013. Disponível em: <<http://economia.estadao.com.br/noticias/economia-geral%2cmedicamento-tera-em-2013-novo-recorde-de-vendas%2c171484%2c0.htm>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

SCHUMPETER, J. E. On the Concept of Social Value. **Quarterly Journal of Economics**, Cambridge, v. 23, p. 213-232, 1909. Disponível em: <<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~econ/ugcm/3ll3/schumpeter/socialval.html>>. Acesso em:

SCHUMPETER, J. **Teoria do desenvolvimento econômico**: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA FILHO, Hildebrando Marques da. **Direito à saúde**: a inconstitucionalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil. 2010. 86 f. Trabalho de Conclusão (Graduação em Direito) – Departamento de Ciências Jurídicas, Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, 2010.

SOUSA, M. M. M. **Reforma neoliberal e privatização da economia brasileira**: justificativa x resultados: o sistema Telebrás. 2005. 86 f. Trabalho de Conclusão (Graduação em Ciências Econômicas) - Universidade Católica de Pernambuco, Faculdade Ciências Econômicas, Recife, 2005.

SOUZA, N. J. **Desenvolvimento econômico**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

STIGLITZ, J. **More Instruments and Broader Goals**: Moving Toward the Post-Washington Consensus. 1998. Disponível em: <http://www.wider.unu.edu/publications/annual-lectures/en_GB/AL2/>. Acesso em: 31 jan. 2013.

TEMPORÃO, J. G. GADELHA, C. G. **A saúde em novo modelo de desenvolvimento**. 2007. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz2705200708.htm>. Acesso em: 24 out. 2013.

THE WORLD BANK. **World Development Indicators**. 2013. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>>. Acesso em: 02 abr. 2014.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU (Brasil). **Ata nº 44, de 10 de novembro de 2010**. 2010. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-3029-44/10-P. Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2045278.PDF>>. Acesso em: 31 jan. 2013.

VARGAS, M. Documento setorial: farmacêutica. In: GADELHA, C. (Coord.). **Projeto Perspectivas do Investimento no Brasil**. Bloco: Economia do Conhecimento. Sistema

produtivo: Complexo Industrial da Saúde. 2009. Disponível em: <http://www.projetopip.org/arquivos/ds_saude_farmaceutica.pdf>. Acesso em: 28 out. 2013.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1765-1777, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

_____. **Medicines Strategy**: Framework for action in essential drugs and medicines policy 2000-2003. Geneva, 2000a.

_____. **The World health report 2000**: health systems, improving performance. Geneva, 2000b.

_____. **Macroeconomics and health**: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, 2001.


_____. **WHO medicines strategy**: Countries at the Core: 2004-2007. Geneva, 2004a.


_____. **WHO fact sheet on**: drug price information services. 2004b. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines/organization/par/ipc/drugpriceinfo.shtml>>. Acesso em: 21 jan. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO; MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH - MSH. **Defining and measuring access to essential drugs, vaccines, and health commodities**. 2000. Disponível em: <http://www.msh.org/seam/reports/Access_Meeting_Ferney_Voltaire_1.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO; WORLD TRADE ORGANIZATION SECRETARIATS - WTO. **Report of the workshop on differential pricing and financing of essential drug**. Høsbjør, 2001.

**APÊNDICE A - Instrumento de pesquisa:
avaliação do Programa Aqui tem Farmácia Popular**

Faça letras e números conforme o modelo: <table border="1" style="font-size: 8px; border-collapse: collapse;"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td><td>K</td><td>L</td><td>M</td></tr> <tr><td>N</td><td>O</td><td>P</td><td>Q</td><td>R</td><td>S</td><td>T</td><td>U</td><td>V</td><td>W</td><td>X</td><td>Y</td><td>Z</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>				
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M																																	
N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z																																	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																				
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR" PONTO DE FLUXO (QUESTÕES SOBRE A COMPRA)																																													
Entrevistador: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>																																													
Data: <table border="1" style="width: 20%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td></tr> </table> / <table border="1" style="width: 20%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td></tr> </table> / <table border="1" style="width: 40%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> </table>																																													
Horário: <table border="1" style="width: 10%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td></tr> </table> : <table border="1" style="width: 10%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td></tr> </table>																																													
Local - Nome Farmácia: <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>																																													
Município: <table border="1" style="width: 80%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr> </table>																																													
UF: <table border="1" style="width: 10%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td></tr> </table>																																													
A entrevista deverá durar cerca de 5 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas apenas para fins desta avaliação.																																													
BLOCO: USO DA FARMÁCIA POPULAR E OUTROS PROGRAMAS DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS																																													
1. O (a) Sr. (a) já conhece o programa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																													
2. O Sr.(a) comprou medicamentos para qual tratamento?																																													
<input type="checkbox"/> Pressão Alta <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Rinite <input type="checkbox"/> Contraceptivo Oral																																													
3. O (a) Sr. (a) consegue os medicamentos que precisa na Farmácia Popular?																																													
<input type="checkbox"/> Sim, todos os medicamentos <input type="checkbox"/> Sim, alguns medicamentos <input type="checkbox"/> Não																																													
4. Antes da Farmácia Popular existir como o (a) Sr. (a) conseguia os medicamentos?																																													
<input type="checkbox"/> Comprava na farmácia privada <input type="checkbox"/> Comprava na farmácia privada e buscava no Posto de Saúde/UBS/ESF <input type="checkbox"/> Buscava no Posto de Saúde/UBS/ESF <input type="checkbox"/> Não comprava o medicamento <input type="checkbox"/> Não era prescrito <input type="checkbox"/> Outro meio: <table border="1" style="width: 80%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr> </table>																																													
5. Se não houvesse o programa Farmácia Popular o (a) Sr(a). iria na farmácia do SUS?																																													
<input type="checkbox"/> Sim. Por quê? (Passe para o item 5.1) <input type="checkbox"/> Não. Por quê? (Passe para o item 5.8) <input type="checkbox"/> Não sabe (Passe para a pergunta 6)																																													
5.1 <input type="checkbox"/> Gratuitude do medicamento 5.2 <input type="checkbox"/> Preço de compra do medicamento 5.3 <input type="checkbox"/> Necessidade do medicamento																																													
5.4 <input type="checkbox"/> Facilidade de deslocamento 5.5 <input type="checkbox"/> Facilidade de localização																																													
5.6 <input type="checkbox"/> Outro: <table border="1" style="width: 80%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr> </table>																																													
5.7 <input type="checkbox"/> Não sabe																																													
1/3																																													
7634290168																																													

<p>Faça letras e números conforme o modelo:</p> <table border="1" style="font-size: small; border-collapse: collapse;"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td><td>K</td><td>L</td><td>M</td></tr> <tr><td>N</td><td>O</td><td>P</td><td>Q</td><td>R</td><td>S</td><td>T</td><td>U</td><td>V</td><td>W</td><td>X</td><td>Y</td><td>Z</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9					<table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M																																	
N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z																																	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																				
<p>18. Identificação dos medicamentos retirados/comprados pela Farmácia Popular:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, ampola 2. <input type="checkbox"/> Alendronato de Sódio 70 mg 3. <input type="checkbox"/> Atenolol 25 mg, comprimido 4. <input type="checkbox"/> Brometo de Ipratrópio 0,02 mg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado 5. <input type="checkbox"/> _____ 0,25 mg/ml - Administração pulmonar, solução para inalação 6. <input type="checkbox"/> Budesonida 32 mcg/dose - Administração tópica nasal doseada 7. <input type="checkbox"/> _____ 50 mcg/dose - Administração tópica nasal doseada 8. <input type="checkbox"/> Captopril 25 mg, comprimido 9. <input type="checkbox"/> Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg 10. <input type="checkbox"/> Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg 11. <input type="checkbox"/> Cloridrato de metformina 500 mg, comprimido 12. <input type="checkbox"/> _____ 850 mg, comprimido 13. <input type="checkbox"/> Cloridrato de propranolol 40 mg, comprimido 14. <input type="checkbox"/> Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/cápsula - Administração pulmonar, cápsulas inalantes 15. <input type="checkbox"/> _____ 200 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado 16. <input type="checkbox"/> _____ 250 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado 17. <input type="checkbox"/> _____ 50 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseador 18. <input type="checkbox"/> Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg, ampola 19. <input type="checkbox"/> Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg, comprimido - cartela com 21 comprimidos 20. <input type="checkbox"/> Glibenclamida 5 mg, comprimido 21. <input type="checkbox"/> Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido 22. <input type="checkbox"/> Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, frasco-ampola 10 ml 23. <input type="checkbox"/> _____ - suspensão injetável, frasco-ampola 5 ml 24. <input type="checkbox"/> _____ - suspensão injetável, refil 3ml (carpule) 25. <input type="checkbox"/> _____ - suspensão injetável, refil 1,5ml (carpule) 26. <input type="checkbox"/> Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 10 ml 27. <input type="checkbox"/> _____ solução injetável, frasco-ampola 5 ml 28. <input type="checkbox"/> _____ solução injetável, refil 3ml (carpules) 29. <input type="checkbox"/> _____ solução injetável, refil 1,5ml (carpules) 30. <input type="checkbox"/> Losartana Potássica 50 mg, comprimido 31. <input type="checkbox"/> Maleato de enalapril 10 mg, comprimido 32. <input type="checkbox"/> Maleato de Timolol 0,25% - Solução Oftalmológica 33. <input type="checkbox"/> _____ 0,50% - Solução Oftalmológica 34. <input type="checkbox"/> Noretisterona 0,35 mg, comprimido - cartela com 35 comprimidos 35. <input type="checkbox"/> Sinvastatina 10 mg comprimido 36. <input type="checkbox"/> _____ 20 mg comprimido 37. <input type="checkbox"/> _____ 40 mg comprimido 38. <input type="checkbox"/> Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado 39. <input type="checkbox"/> _____ 5 mg/ml - Solução Inalação 																																													
3/3			53332901 62																																										

**APÊNDICE B - Instrumento para identificação dos gastos operacionais
da CAF e farmácia analisada - valores anuais**

Grupo de gasto	Conta	Valor	Grupo de gasto	Conta	Valor
Despesas de pessoal	Assistência Médica		Despesas Gerais	Bens de Valor Reduzido	
	Auxílio Alimentação (rancho)			Controle de Qualidade	
	Auxílio Creche			Crachás	
	Auxílio Refeição			Despesas com Combustíveis	
	Contribuições ao FGTS			Despesas com Correios e Malotes	
	Contribuições ao INSS			Despesas com Eventos	
	Despesas com Estagiários			Despesas com Veículos	
	Despesas de Recrutamento			Despesas de Condução	
	Férias			Despesas Diversas	
	Horas-Extras			Despesas Legais e Judiciais	
	Indenizações Trabalhistas			Despesas Postais	
	Ordenados			Embalagens	
	Outros Benefícios			Entidades e Assoc. de Classe	
	Provisão p/ 13o. Salário			Etiquetas	
	Serviços de Terceiros			Eventos Institucionais	
	Treinamento			Eventos p/ treinamentos	
	Vale Refeição			Formulários	
Vale-Transporte		Fotocópias e Autenticações			
Subtotal Despesas de Pessoal		Honorários Profissionais Contabilidade			
Facilidades	Copa e Cozinha			Honorários Profissionais Jurídicos	
	Estacionamento			Honorários Profissionais Outros	
	Material de Limpeza			Impostos, Taxas e Contribuições	
	Segurança e Vigilância			Impressos	
	Descarte de materiais			Jornais, Revistas e Livros	
	Transporte de Valores			Lanches e Refeições	
	Serviços de Limpeza			Manutenção (outros)	
	Subtotal Facilidades			Manutenção de Equipamentos	
Tecnologia da informação	Comunicação de Dados			Manutenção Elétrica	
	Internet			Manutenção Predial	
	Manutenção Equipamentos de Informática			Materiais de Expediente	
	Material de Informática			Materiais Diversos	
	Material de Processamento de Dados			Material de Escritório	
	Serviços de Consultoria TI - PF			Material Elétrico	
	Serviços de Consultoria TI - PJ		Multas		

Grupo de gasto	Conta	Valor	Grupo de gasto	Conta	Valor
	Subtotal Transportes			Outras Despesas Administrativas	
Transportes	Frete			Outros Custos	
	Transporte e Condução			Perdas/Roubos	
	Subtotal Transportes			Publicidade	
Utilidades	Água (consumo de manutenção)			Seguros	
	Água (consumo humano)			Serviços Terceiros Pessoa Física	
	Energia Elétrica			Serviços Terceiros Pessoa Jurídica	
	Gás			Serviços de Apoio	
	Telefones - Celulares			Serviços de Tele-entrega	
	Telefones - Fixos			Uniformes	
	Subtotal Utilidades			Viagens e Estadias	
Aluguéis e depreciações	Aluguéis e Condomínios			Subtotal Despesas Gerais	
	Aluguéis de Veículos				
	Aluguéis e Leasing - Informática				
	Arrendamento de Bens Móveis				
	Subtotal Aluguéis e Leasing				
	DEPRECIACÃO BENS MÓVEIS				
	Moveis e Utensílios				
	Instalações				
	Veículos				
	Software				
	Equipam. p/ Informática				
	Subtotal Depreciações				

Fonte: Elaborado pela autora (2012).

**APÊNDICE C - Instrumento para cálculo do gasto operacional
por unidade farmacotécnica - valores anuais**

Rateio CAF	Valor financeiro anual dos medicamentos distribuídos pela CAF	
	Valor financeiro anual dos medicamentos distribuídos pela CAF para a farmácia analisada	
	Representatividade (em percentual) do valor financeiro anual dos medicamentos da farmácia analisada sobre o valor financeiro anual dos medicamentos da CAF	
	Gasto operacional anual da CAF	
	Rateio dos gastos operacionais da CAF apropriados para a farmácia analisada	
Rateio gasto operacional	Gasto operacional anual da farmácia analisada	
	Valor financeiro anual dos medicamentos do Programa Aqui tem Farmácia Popular dispensados pela farmácia analisada	
	Representatividade (em percentual) dos medicamentos do Programa Aqui tem Farmácia Popular sobre total valor financeiro dispensado na Farmácia	
	Gasto operacional anual da farmácia a ser rateado entre os medicamentos do Programa Aqui tem Farmácia Popular	
	Unidades farmacotécnicas dispensadas de medicamentos do Programa Aqui tem Farmácia Popular durante o ano pela Farmácia	
	Gasto operacional unitário por unidade farmacotécnica do Programa Aqui tem Farmácia Popular dispensada	

Fonte: Elaborado pela autora (2012).

**APÊNDICE D – Análise comparativa do valor de compra de medicamentos
do PAFP – 2011**

Descrição do medicamento	Grupo	Valor de compra Farmácia Básica*	Valor de compra Farmácia Privada**	Variação % valor de compra Privada/Básica
Alendronato de Sódio 70 mg	FP	R\$ 0,31	R\$ 3,04	881%
Atenolol 25 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,02	R\$ 0,18	800%
Cloridrato de Metformina 500 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,04	R\$ 0,30	650%
Sinvastatina 20 mg comprimido	FP	R\$ 0,04	R\$ 0,29	625%
Maleato de Enalapril 10 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,02	R\$ 0,14	600%
Captopril 25 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,01	R\$ 0,07	600%
Glibenclamida 5 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,01	R\$ 0,06	500%
Losartana Potássica 50 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,04	R\$ 0,23	475%
Sinvastatina 40 mg comprimido	FP	R\$ 0,08	R\$ 0,44	450%
Sinvastatina 10 mg comprimido	FP	R\$ 0,04	R\$ 0,19	375%
Maleato de Timolol 0,50% - Solução Oftalmológica	FP	R\$ 0,24	R\$ 1,10	358%
Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,01	R\$ 0,04	300%
Cloridrato de Propranolol 40 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,01	R\$ 0,04	300%
Sulfato de Salbutamol 5 mg/ml - Solução Inalação	SNTP	R\$ 0,25	R\$ 0,95	280%
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	SNTP	R\$ 0,03	R\$ 0,11	267%
Cloridrato de Metformina 850 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,04	R\$ 0,12	200%
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg	FP	R\$ 0,22	R\$ 0,52	136%
Enantato de Noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg, ampola	FP	R\$ 5,29	R\$ 11,76	122%
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	SNTP	R\$ 0,11	R\$ 0,22	100%
Noretisterona 0,35 mg, comprimido - cartela com 35 comprimidos	FP	R\$ 3,65	R\$ 6,81	87%
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg, ampola	FP	R\$ 7,32	R\$ 12,19	67%
BroMeto de Ipratrópio 0,25 mg/ml - Administração pulmonar, solução para inalação	FP	R\$ 0,18	R\$ 0,29	61%
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseador	SNTP	R\$ 0,12	R\$ 0,13	8%
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg	FP	R\$ 1,22	R\$ 1,27	4%
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg, comprimido - cartela com 21 comprimidos	FP	R\$ 0,41	R\$ 0,20	-51%
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	FP	R\$ 0,61	R\$ 0,06	-90%

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2013).

Notas: * Valor mediano de compra do medicamento nos municípios visitados, compras realizadas em 2011.

** Valor mediano de compra do medicamento com base nas notas fiscais mar/2011 a jul/2012.

APÊNDICE E – Comparativo do valor de referência pago pelo MS com o valor de compra de medicamentos da farmácia privada – 2011

Descrição do medicamento	Grupo	Valor de referência pago pelo MS	Valor de compra Farmácia Privada*	Variação % valor de referência MS / valor de compra farmácia privada
Captopril 25 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,28	R\$ 0,07	300%
Maleato de Enalapril 10 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,39	R\$ 0,14	179%
Sinvastatina 40 mg comprimido	FP	R\$ 0,89	R\$ 0,44	102%
Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,08	R\$ 0,04	100%
Glibenclamida 5 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,12	R\$ 0,06	100%
Cloridrato de Propranolol 40 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,08	R\$ 0,04	100%
Sinvastatina 20 mg comprimido	FP	R\$ 0,46	R\$ 0,29	59%
Losartana Potássica 50 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,32	R\$ 0,23	39%
Cloridrato de Metformina 850 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,16	R\$ 0,12	33%
Sinvastatina 10 mg comprimido	FP	R\$ 0,23	R\$ 0,19	21%
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg	FP	R\$ 0,58	R\$ 0,52	12%
Alendronato de Sódio 70 mg	FP	R\$ 3,37	R\$ 3,04	11%
Atenolol 25 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,19	R\$ 0,18	6%
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseador	SNTP	R\$ 0,12	R\$ 0,13	-8%
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg, ampola	FP	R\$ 11,12	R\$ 12,19	-9%
Enantato de Noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg, ampola	FP	R\$ 10,17	R\$ 11,76	-14%
BroMeto de Ipratrópio 0,02 mg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	FP	R\$ 0,05	R\$ 0,06	-17%
Sulfato de Salbutamol 5 mg/ml - Solução Inalação	SNTP	R\$ 0,79	R\$ 0,95	-17%
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg	FP	R\$ 1,05	R\$ 1,27	-17%
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	SNTP	R\$ 0,09	R\$ 0,11	-18%
Maleato de Timolol 0,50% - Solução Oftalmológica	FP	R\$ 0,86	R\$ 1,10	-22%
Noretisterona 0,35 mg, comprimido - cartela com 35 comprimidos	FP	R\$ 0,14	R\$ 0,19	-26%
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	SNTP	R\$ 0,14	R\$ 0,22	-36%
Maleato de Timolol 0,25% - Solução Oftalmológica	FP	R\$ 0,36	R\$ 0,82	-56%
Cloridrato de Metformina 500 mg, comprimido	SNTP	R\$ 0,13	R\$ 0,30	-57%

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2013).

Notas: * Valor mediano de compra do medicamento com base nas notas fiscais mar/2011 a jul/2012.

**APÊNDICE F – Resultados totais da análise de custo-volume dos medicamentos do
Programa Aqui tem Farmácia Popular - 2011**

Descrição do medicamento	Grupo	Volume de medicamentos financiados	% Volume sobre total medicamentos	Total financiado (valor de referência X volume de medicamentos financiados (R\$))	Total de compras (valor de compra da farmácia privada X volume de medicamentos financiados) (R\$)	Total financiado (-) total de compras (R\$)	% Diferença / total financiado
Losartana Potássica 50 mg, comprimido	SNTP	416.429.973	16,4%	133.257.591	95.778.894	37.478.698	28%
Maleato de Enalapril 10 mg, comprimido	SNTP	397.934.706	15,7%	155.194.535	57.501.565	97.692.970	63%
Atenolol 25 mg, comprimido	SNTP	293.278.218	11,6%	55.722.861	52.692.320	3.030.542	5%
Captopril 25 mg, comprimido	SNTP	284.243.602	11,2%	79.588.209	18.854.826	60.733.383	76%
Cloridrato de Metformina 850 mg, comprimido	SNTP	268.981.757	10,6%	43.037.081	31.829.508	11.207.573	26%
Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido	SNTP	265.972.396	10,5%	21.277.792	11.303.827	9.973.965	47%
Glibenclamida 5 mg, comprimido	SNTP	140.312.216	5,5%	16.837.466	9.026.753	7.810.713	46%
Cloridrato de Propranolol 40 mg, comprimido	SNTP	83.733.143	3,3%	6.698.651	3.433.059	3.265.593	49%
Cloridrato de Metformina 500 mg, comprimido	SNTP	82.401.232	3,3%	10.712.160	24.679.169	- 13.967.009	-130%
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	SNTP	52.787.040	2,1%	4.750.834	5.542.639	- 791.806	-17%
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	SNTP	3.512.800	0,1%	491.792	783.091	- 291.299	-59%
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseador	SNTP	335.100	0,0%	40.212	44.635	- 4.423	-11%
Sulfato de Salbutamol 5 mg/ml - Solução Inalação	SNTP	19.270	0,0%	15.223	18.364	- 3.141	-21%
Sinvastatina 40 mg comprimido	FP	62.524.250	2,5%	55.646.583	27.385.622	28.260.961	51%
Sinvastatina 20 mg comprimido	FP	154.551.640	6,1%	71.093.754	44.665.424	26.428.330	37%
Sinvastatina 10 mg comprimido	FP	16.164.140	0,6%	3.717.752	3.081.963	635.790	17%
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg	FP	2.960.790	0,1%	3.108.830	3.752.308	- 643.478	-21%
Alendronato de Sódio 70 mg	FP	2.736.766	0,1%	9.222.901	8.312.927	909.975	10%
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg	FP	2.268.096	0,1%	1.315.496	1.189.994	125.501	10%
BroMeto de Ipratrópio 0,25 mg/ml - Administração pulmonar, solução para inalação	FP	1.281.825	0,1%	307.638	371.409	- 63.771	-21%
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg, comprimido - cartela com 21 comprimidos	FP	1.061.032	0,0%	190.481	213.470	- 22.989	-12%
Enantato de Noretisterona 50 mg	FP	769.587	0,0%	7.826.700	9.050.343	- 1.223.643	-16%

Descrição do medicamento	Grupo	Volume de medicamentos financiados	% Volume sobre total medicamentos	Total financiado (valor de referência X volume de medicamentos financiados (R\$))	Total de compras (valor de compra da farmácia privada X volume de medicamentos financiados) (R\$)	Total financiado (-) total de compras (R\$)	% Diferença / total financiado
+ valerato de estradiol 5 mg, ampola							
Maleato de Timolol 0,50% - Solução Oftalmológica	FP	540.100	0,0%	464.486	591.410	- 126.924	-27%
BroMeto de Ipratrópio 0,02 mg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	FP	379.050	0,0%	18.953	21.416	- 2.464	-13%
Norestisterona 0,35 mg, comprimido - cartela com 35 comprimidos	FP	42.082	0,0%	5.964	8.188	- 2.224	-37%
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg, ampola	FP	23.500	0,0%	261.320	286.465	- 25.145	-10%
Maleato de Timolol 0,25% - Solução Oftalmológica	FP	7.274	0,0%	2.619	5.994	- 3.375	-129%
		2.535.251.585	100%	680.807.883	314.646.686	232.903.604	34,2%

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2013).

Notas: * Valor mediano de compra do medicamento com base nas notas fiscais mar/2011 a jul/2012.

**ANEXO A – Lista de medicamentos contemplados no
Programa Aqui tem Farmácia Popular por tratamento**

Item	Grupo
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg/ml	Sistema de copagamento
Alendronato de sódio 70mg	Sistema de copagamento
Atenolol 25 mg, comprimido	Gratuidade
Brometo de ipratrópio 0,02 mg	Sistema de copagamento
Brometo de ipratrópio 0,25mg	Sistema de copagamento
Budesonida 32 mcg	Sistema de copagamento
Budesonida 50 mcg	Sistema de copagamento
Captopril 25 mg, comprimido	Gratuidade
Carbidopa 25 mg + levodopa 250 mg	Sistema de copagamento
Cloridrato de benserazida 25 mg + levodopa 100 mg	Sistema de copagamento
Cloridrato de metformina 500 mg, comprimido	Gratuidade
Cloridrato de metformina 500 mg, comprimido de ação prolongada	Gratuidade
Cloridrato de metformina 850 mg, comprimido	Gratuidade
Cloridrato de propanolol 40 mg, comprimido	Gratuidade
Dipropionato de beclometsona 200 mcg	Sistema de copagamento
Dipropionato de beclometsona 50 mcg	Sistema de copagamento
Etinilestradiol 0,15 mg + levonorgestrel 0,03 mg	Sistema de copagamento
Glibenclamida 5 mg, comprimido	Gratuidade
Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido	Gratuidade
Insulina humana nph 100 ui/ml - suspensão injetável, frasco-ampola 10 ml	Gratuidade
Insulina humana nph 100 ui/ml - suspensão injetável, frasco-ampola 5 ml	Gratuidade
Insulina humana nph 100 ui/ml - suspensão injetável, refil 1,5ml (carpule)	Gratuidade
Insulina humana nph 100 ui/ml - suspensão injetável, refil 3ml (carpule)	Gratuidade
Insulina humana regular 100 ui/ml, solução injetável, frasco-ampola 10 ml	Gratuidade
Insulina humana regular 100 ui/ml, solução injetável, frasco-ampola 5 ml	Gratuidade
Insulina humana regular 100ui/ml, solução injetável, refil 1,5ml (carpules)	Gratuidade
Insulina humana regular 100ui/ml, solução injetável, refil 3ml (carpules)	Gratuidade
Losartana potássica 50 mg	Gratuidade
Maleato de enalapril 10 mg, comprimido	Gratuidade
Maleato de timolol 2,5 mg	Sistema de copagamento
Maleato de timolol 5 mg	Sistema de copagamento
Noretisterona 0,35 mg	Sistema de copagamento
Sinvastatina 10 mg	Sistema de copagamento
Sinvastatina 20 mg	Sistema de copagamento
Sinvastatina 40 mg	Sistema de copagamento
Sulfato de salbutamol 100 mcg	Sistema de copagamento
Sulfato de salbutamol 5 mg/10 ml	Sistema de copagamento
Valerato de estradiol 50 mg/ml + enantato de noretisterona 5 mg	Sistema de copagamento
Levonorgestrel 0,15 mg + etiltradiol 0,03 mg (cartela c/21 comp)	Sistema de copagamento
Fralda geriátrica	Sistema de copagamento

Fonte: Ministério da Saúde (2012).

**ANEXO B – Carta de formalização enviada pelo Ministério da Saúde
para participação dos municípios na pesquisa**

Ministério da Saúde
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - DAF

Brasília, xx de janeiro de 2012.

Prezado Senhor Secretário,

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), está desenvolvendo o estudo “**Análise de custos do fornecimento de medicamentos na Rede Básica de Saúde e do Programa Aqui tem Farmácia Popular**”. Essa pesquisa, sobre os custos da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde, se faz necessária dentro de um cenário de avaliação da qualidade dos serviços prestados bem como da preocupação com os crescentes gastos em saúde ocorridos nos últimos anos.

Desde 2003 o Governo Federal tem empreendido novas estratégias para promover o avanço da assistência farmacêutica e, dentre elas, a Farmácia Popular. Em 2010, o Tribunal de Contas da União (TCU) fez uma avaliação da Farmácia Popular (Acórdão nº. 3030/2010) e, dentre as recomendações da auditoria, encontra-se o desenvolvimento de um estudo que compare os custos do fornecimento de medicamentos pela Rede Básica de Saúde e pela Farmácia Popular.

Nome do município foi identificado pelos técnicos do Ministério da Saúde como sendo um dos municípios brasileiros onde a assistência farmacêutica tem sido desenvolvida, de maneira geral, em conformidade com as diretrizes técnicas em vigor. Neste sentido o DAF/SCTIE formaliza o convite para que seu município participe da referida pesquisa, ao mesmo tempo em que informa que os pesquisadores da UFRGS entrarão em contato para solicitar autorização para uma visita em data a ser acordada posteriormente. Nessa oportunidade, os pesquisadores observarão os processos de trabalho desenvolvidos na assistência farmacêutica demandando assim, visitas as farmácias e almoxarifados de

medicamentos. Também serão realizadas entrevistas a fim de obtermos informações sobre os custos envolvidos na aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, conforme roteiro em Anexo. Salientamos que os dados do Anexo 1 devem ser providenciados antes da realização da visita. O Anexo 2 contém os itens que serão observados durante a visita ao almoxarifado e a farmácia.

Os dados coletados servirão para a elaboração de um modelo de custos para a assistência farmacêutica na rede básica de saúde brasileira, cujos resultados serão considerados agrupadamente sem identificação individualizada dos municípios visitados.

Solicitamos, ainda, que nos seja indicada uma pessoa de referência no município a fim de ser nosso contato para o prosseguimento do trabalho.

Agradecemos antecipadamente por sua colaboração colocando a sua disposição desde já para maiores esclarecimentos, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (Marco Aurélio Pereira: e-mail: marco.pereira@saude.gov.br / Telefone: (61) 3315-3362 e os pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul Sotero S. Mengue: e-mail: sotero@ufrgs.br / Telefone: (51) 3308-5680.

Atenciosamente,

ANEXO C – Atores públicos e privados segundo o subsistema do ciclo da assistência farmacêutica e mercado de medicamentos

Subsistema	Setor público	Setor privado não lucrativo	Setor Privado lucrativo
Política nacional	Ministério da Saúde	Associações profissionais.	Companhias farmacêuticas.
	Outros ministérios	Grupos de consumidores, associação de portadores de doenças.	Instituições de saúde.
		Instituições de saúde	
Desenvolvimento de medicamentos	Institutos nacionais de pesquisa	Universidades privadas.	Empresas farmacêuticas que fazem Pesquisa e Desenvolvimento
	Concessionárias governamentais de pesquisa	Fundações privadas	
	Universidades públicas	Institutos de pesquisa	
Registro e Regulação	Autoridade nacional de vigilância	Organizações de consumidores	Serviços específicos (p.ex., de controle de qualidade).
Produção/Importação	Monopólio - estatais de importação; Organizações estatais de produção; Almoxarifados centrais de medicamentos.	Organizações não lucrativas de produção de medicamentos; ONGs com atividades relacionadas aos medicamentos essenciais.	Indústrias locais transnacionais; Indústrias locais nacionais.
Distribuição atacadista	Almoxarifados médicos centrais; Atacadistas estatais; Gerências regionais de distribuição de medicamentos.	ONGs com atividades relacionadas aos medicamentos essenciais.	Grandes atacadistas privados; Pequenos atacadistas privados.
Informação de medicamentos	Grupos ligados à confecção e atualização do formulário nacional de medicamentos de protocolos terapêuticos.	Centros de informação de medicamentos; Organizações de consumidores.	Mídia Indústria
Prescrição/propaganda	Unidades públicas de saúde; Farmácias públicas de dispensação; Equipes de saúde comunitária.	Hospitais e clínicas filantrópicas; Equipes de saúde comunitária.	Hospitais e clínicas privados; Trabalhadores autônomos de saúde.
Dispensação/venda varejista	Unidades públicas de saúde; Farmácias públicas de dispensação; Equipes de saúde comunitária.	Farmácias de dispensação.	Farmácias e drogarias.
Consumo pela população	Famílias/consumidores individuais		

Fonte: Bennett, Quick e Velásquez (1997, p. 14-15).