



## Análise comparativa das políticas de assistência farmacêutica entre Brasil e Cuba: uma revisão integrativa

Comparative analysis of pharmaceutical assistance policies between Brazil and Cuba: an integrative review

Análisis comparativo de las políticas de asistencia farmacéutica entre Brasil y Cuba: una revisión integrativa

Sheyla Velasques Paladini<sup>1</sup>  
Cristianne Maria Famer Rocha<sup>2</sup>  
Leticia Lassen Petersen<sup>3</sup>

**RESUMO: Introdução** - Brasil e Cuba têm sistemas universais de saúde, amplamente financiados e regulados pelo setor público. Este estudo tem como objetivo realizar uma comparação dos sistemas nacionais de saúde do Brasil e de Cuba, com foco nas respectivas Políticas de Assistência Farmacêutica. **Metodologia** - trata-se de uma revisão integrativa da literatura. **Resultados** - foram encontrados 48 artigos Cubanos e 171 artigos Brasileiros. Após análise, foram selecionados 5 artigos cubanos sobre Políticas de Assistência Farmacêutica em Cuba, e 21 artigos brasileiros sobre Política de Assistência Farmacêutica no Brasil. **Discussão** - a despeito das diferenças (culturais, históricas, geográficas, etc.), ambos são países em desenvolvimento com sistemas nacionais de saúde que têm como propósito o acesso universal e gratuito; contudo, esses sistemas têm diferenças marcantes quanto a aspectos econômicos e de governança, as quais podem explicar os resultados superiores de Cuba em indicadores de saúde pública e qualidade de vida. **Conclusão** - em Cuba, os medicamentos são fornecidos pelo Estado; no Brasil, os medicamentos podem ser fornecidos diretamente, nos termos da respectiva Política Nacional de Medicamentos e da Política de Assistência Farmacêutica, ou adquiridos em farmácias particulares – nesse caso, eles podem ser subsidiados por programas como a Farmácia Popular. Dessa forma, o sistema brasileiro é mais complexo, o que o torna mais suscetível a falhas de governança e a falhas de mercado.

**Palavras chave:** Assistência Farmacêutica. Políticas de Saúde. Saúde Pública.

**ABSTRACT: Introduction** - Brazil and Cuba have universal health systems, heavily financed and regulated by the public sector. This study aims to compare the national health systems of Brazil and Cuba, focusing on the respective Pharmaceutical Assistance Policies. **Methodology** - this is an integrative review of the literature. **Results** - 48 Cuban articles and 171 Brazilian articles were found. After analysis, 5 Cuban articles on Pharmaceutical Assistance Policies in Cuba and 21 Brazilian articles on Pharmaceutical Assistance Policy in Brazil were selected. **Discussion** - despite of the cultural, historical,

<sup>1</sup> Saúde Pública. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: sheylavp@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Educação. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: cristianne.rocha@terra.com.br

<sup>3</sup> Doutora em Desenvolvimento Regional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: letipetersen@yahoo.com.br



geographical, etc, differences both are developing countries with national health systems whose purpose is universal and the access is free. Nevertheless, these systems have sound differences in economic and governance aspects, which may explain Cuba's superior results in indicators of public health and quality of life. **Conclusion** - In Cuba, medicines are provided by the State. In Brazil, medicines can be directly supplied under the terms of the respective National Drug Policy and Pharmaceutical Assistance Policy, or purchased in private pharmacies subsidized by programs such as the Popular Pharmacy. In this sense, the Brazilian system is more complex, which makes it more susceptible to governance failures and market failures.

**Keywords:** Pharmaceutical Assistance. Health Policies. Public Health

**RESUMEN: Introducción** - Brasil y Cuba tienen sistemas de salud universales, ampliamente financiados y regulados por el sector público. Este estudio tiene como objetivo comparar los sistemas nacionales de salud de Brasil y Cuba, centrándose en las respectivas Políticas de Asistencia Farmacéutica. **La metodología** - utiliza una revisión integradora de la literatura. **Resultados** - Se encontraron 48 artículos cubanos y 171 artículos brasileños. Tras el análisis, se seleccionaron 5 artículos cubanos sobre Políticas de Asistencia Farmacéutica en Cuba y 21 artículos brasileños sobre Política de Asistencia Farmacéutica en Brasil. **Discusión** - a pesar de las diferencias (culturales, históricas, geográficas, etc.), ambos son países en desarrollo con sistemas nacionales de salud cuyo propósito es el acceso universal y libre. sin embargo, estos sistemas tienen marcadas diferencias en aspectos económicos y de gobernabilidad que pueden explicar los resultados superiores de Cuba en indicadores de salud pública y calidad de vida. **Conclusión** - En Cuba, los medicamentos son provistos por el Estado; en Brasil, los medicamentos pueden ser suministrados directamente bajo los términos de la respectiva Política Nacional de Drogas y Política de Asistencia Farmacéutica, o comprados en farmacias privadas subvencionadas por programas como la Farmacia Popular. En este sentido, el sistema brasileño es más complejo, haciéndolo más susceptible a fallas de gobernabilidad y fallas de mercado.

**Palabras llave:** Asistencia Farmacéutica. Políticas de Salud. Salud Pública.

## Introdução

A despeito das diferenças entre Brasil e Cuba (quanto a dimensões territoriais, demografia, sistema político, economia, etc.), ambas os países têm sistemas universais de saúde, sendo amplamente financiada (por subsídios ou por fornecimento direto) e regulada pelo setor público. Este texto tem como objetivo realizar uma comparativa a os dois sistemas nacionais de saúde, com foco nas respectivas Políticas de Assistência Farmacêutica. A comparação visa, ainda, investigar se há possibilidades de melhoria não exploradas no modelo brasileiro, e por que razão Cuba apresenta um desempenho superior em alguns indicadores relacionados à saúde da população. Isso poderia ser explicado pela opção política de priorizar investimentos em cuidados primários na saúde e



na educação. Além disso, no sistema cubano, o acesso ao tratamento medicamentoso população é fornecido pelo poder público, enquanto, no Brasil, o gasto privado com saúde é maior, e predomina no acesso a medicamentos. Isso sugere que os gastos e os investimentos relativos a tratamento medicamentoso são altamente sensíveis às condições do mercado.

### **Sistema de Saúde Brasileiro**

A Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde seja um direito de todos e dever do estado e através dela, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada com acesso universal. Porém, a implementação do SUS só ocorre em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que define o seu funcionamento e a organização. No mesmo ano, ocorre posse do primeiro presidente eleito por voto popular após a ditadura; ou seja, a reforma no setor de saúde brasileiro ocorreu junto com o processo de democratização (1).

A Lei Orgânica da Saúde define a gestão com participação popular através de conferências e conselhos de saúde em cada esfera, possibilitando que diferentes segmentos da população participem das negociações de propostas, manifestem seus interesses e direcionem os recursos para projetos distintos. O financiamento das ações é proveniente do Orçamento da Seguridade Social, com recursos das três esferas de governo, federal, municipal e estadual (2).

O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e é o único a garantir assistência integral e gratuita para toda a população. Podemos destacar o fortalecimento do Programa de Saúde da Família, voltado para a atenção básica, a criação do Programa Farmácia Popular e o lançamento do Programa Brasil Sorridente (3); estes programas surgiram entre os anos de 2003 a 2011, quando foram consolidadas políticas de transferência de renda, ações de combate à fome, obras de infraestrutura social, benefícios previdenciários e aumento real do salário mínimo, entre outros benefícios sociais.



## Assistência Farmacêutica no Brasil

Em 1971, a Assistência Farmacêutica (AF) teve início, no Brasil, como política pública, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), a qual fornecia, através de uma política centralizada de aquisição e distribuição, medicamentos à população carente (4). Já a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito universal (incluída aí a redução do risco de doença e de outros agravos), de competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (5).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90) regulamentou a Constituição Federal de 1988, estabelecendo, em seu Artigo 6º, a formulação de uma política de medicamentos, com a atribuição da execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (6).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada em 1998, estabelecendo as definições e as funções da AF, desenvolvendo atividades que envolvem o controle de qualidade, segurança, eficácia terapêutica e todos os processos destinados ao uso racional do medicamento. Como uma das suas diretrizes, ocorre a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), por meio da qual a seleção, a programação e a aquisição de medicamentos são realizadas (7).

No Brasil, a PNM é considerada como o primeiro posicionamento formal e abrangente sobre a questão dos medicamentos no âmbito das questões da reforma sanitária. Foi constituída no eixo das diretrizes da Organização Mundial da Saúde. Dentro das suas diretrizes, está a Reorientação da Assistência Farmacêutica (8). Possui como propósito de desenvolvimento não se restringir à aquisição e à distribuição de medicamentos, mas envolver todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais (9).

A PNM é integrante do SUS e inclui as seguintes ações: de regulação sanitária de medicamentos; adoção da relação de medicamentos essenciais; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Assim a PNAF está incluída na PNM, a fim de fortalecer o compromisso de fornecimento gratuito de medicamentos considerados essenciais, descritos na RENAME, como parte do acesso universal a saúde (10).



Segundo Oliveira, Assis e Bardini (7) nas farmácias da atenção básica dos municípios brasileiros ocorrem o desabastecimento de medicamentos essenciais, armazenamento e conservação incorretos, ausência total de orientação ao uso correto dos medicamentos. Esses problemas estão associados à insuficiência de recursos financeiros e à necessidade de melhor capacitação dos trabalhadores envolvidos com os processos, bem como de seus gestores. O problema não é de falta de profissionais habilitados: de acordo com censo elaborado pelo Instituto de Ciência Tecnologia e Qualidade (ICTQ), no Brasil há 1,76 farmacêuticos para 2.000 habitantes (11). O Programa Nacional de Qualificação da AF no âmbito do SUS (QUALIFAR - SUS) foi implementado em 2012, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento, implementação e integração das atividades da AF nas ações de saúde, visando à humanização do serviço (12).

Entre as estratégias de acesso a medicamentos promovidos pelo Governo Federal, podemos destacar o programa de financiamento subsidiado, denominado Programa Farmácia Popular do Brasil, por meio do Decreto n.º 5.090, de 20 de maio de 2004, com o objetivo de fornecer medicamentos essenciais à população por um baixo custo, através de parcerias entre Governo Federal e farmácias comerciais, nas quais o governo paga uma parte do valor do medicamento, e o cidadão, a parte restante (13). No entanto, essa política de fornecimento de medicamentos possui muitas críticas, pois o co-pagamento fere o princípio da equidade e abre a possibilidade de se utilizar outras práticas de compartilhamento de custos no SUS (3). Para Ferreira (14), o programa denota a ineficiência da assistência farmacêutica pública, que não conseguiria atender as demandas da população nas unidades de atendimento do SUS, direcionando-a as farmácias do Programa. Segundo Portela (2010) (9), limitaria o acesso universal aos medicamentos, beneficiando a classe da população que possui recursos financeiros para o pagamento, em prejuízo aos desprovidos de poder de compra. Seria, assim, contrário ao princípio constitucional que garante o acesso universal e integral a todos os serviços e complexidades do SUS, incluindo o acesso aos medicamentos.

### **Sistema de Saúde Cubano**

A saúde pública cubana na década de 1960 adotou uma política inovadora estabelecendo a redução dos preços dos medicamentos, a assistência médica de qualidade e acessível a toda a população, incluindo os moradores das áreas rurais, a



gratuidade de todos os serviços de saúde, criação do Ministério da Saúde Pública Cubana e a criação de normas relativas às atividades de assistência hospitalar (15).

O sistema de saúde cubano tem sua estrutura dividida em quatro níveis (primário, secundário, terciário e quaternário); a prioridade se destina aos cuidados de saúde do nível primário, pois a prevenção tem o objetivo de evitar grandes aportes de recursos no tratamento de doenças mais avançadas. Assim, esse nível possui ampla cobertura e baixa complexidade. O nível secundário envolve menor cobertura e maior complexidade e é composto por hospitais regionais e municipais. Os níveis terciário e quaternário são de cobertura mínima e complexidade máxima e são utilizados quando há necessidade de internações; são fornecidos pelos hospitais e também por institutos especializados (16).

Cuba possui 10.741 consultórios médicos de saúde da família, 304 hospitais, 451 policlínicas, 127 postos de saúde, 13 institutos de pesquisa, 25 bancos de sangue, 111 clínicas dentárias, 138 maternidades. Estima-se que cada habitante haja realizado 7,4 consultas médicas em 2014 (17) (CUBA, 2016). Segundo Dominguez-Alonso e Zacca (18), a qualidade do serviço de saúde de Cuba é alta, o que seria explicado pelo alto nível de instrução da população cubana e pela estabilidade do sistema de saúde (com mais de 50 anos); destaca o investimento em pesquisa e biotecnologia, o que diminuiria a dependência em relação a importação de produtos e insumos (4).

Em Cuba, o financiamento da saúde e a definição de prioridades de investimento estão relacionados à sua estrutura de participação popular na tomada de decisões. Todos os municípios possuem órgãos locais de máximo poder político com administração popular, as Assembleias do Poder Popular Provincial e Municipal, que elegem delegados como representantes, os quais constituem a Assembleia Nacional do Poder Popular (ANPP). O órgão representativo supremo de Cuba, com função legislativa e constituinte, é a ANPP. Assim, a instituição de poder absoluto é constituída por representantes de cada localidade de Cuba (50% são delegados municipais, o restante é composto por representantes de entidades, as instituições mais importantes de cada lugar) o que visa a garantir que as decisões sejam o reflexo da demanda da população (19).

---

(4) Em razão do bloqueio econômico imposto pelos Estados Unidos da América, Cuba tem dificuldades de obter insumos no mercado internacional. O investimento na produção interna é, em parte, uma alternativa para lidar com isso.



## Assistência Farmacêutica em Cuba

A Política Nacional de Medicamentos cubana foi criada em 1991, provocando mudanças na estrutura, gestão e operação dos serviços de saúde. Tem como objetivo o uso racional dos medicamentos assim como uma busca constante de aprimoramento dos serviços farmacêuticos prestados à população (20).

A estrutura dos serviços farmacêuticos das províncias e municípios de Cuba é composta de: Farmácia Municipal Principal (FPM); Farmácia Comunitária/ Área de Saúde Especial (FCEAS); Farmácia Comunitária Normal (FCN); Farmácia Hospitalar/ Comunidade (FCAH) (21). A Farmácia Municipal Principal é o centro de referência em medicamentos de cada província; também faz parte da Rede Nacional de Farmacoepidemiologia (RNF), que possui um Centro de Desenvolvimento de Farmacoepidemiologia (CDF). A RNF é subordinada às decisões de grupos formados nas províncias e municípios, que possuem a responsabilidade para a execução de estratégias nacionais de farmacoepidemiologia no país (22).

No estudo de Manzano *et al.* (23), foram analisadas 791 farmácias comunitárias em Cuba, sendo que apenas 212 (26%) tinham a presença de um profissional farmacêutico graduado. Como a maior concentração de farmacêuticos está em Havana, onde 40,8% das farmácias comunitárias possuem um profissional, bem acima do resto das províncias, sendo as áreas mais críticas Isla de la Juventud (10%) e Pinar del Rio (11%).

Em relação ao número de farmácias por habitante, de acordo com a pesquisa realizada por Manzano *et al.* (23), apresenta-se 4.894,2 habitantes por farmácia em Cuba, podendo ser comparada com o índice do Reino Unido que é de 4.797 habitantes por farmácia. No entanto, esse não é um bom indicador da qualidade das políticas de assistência farmacêutica, já que não leva em conta, p. ex., a distribuição de farmácias sobre o território, nem a eficiência destas. No Brasil temos 2.994 habitantes por farmácia (24) e na Espanha, 2.033 habitantes (sendo o país com melhor cobertura farmacêutica da União Europeia); mas, assim como o gasto público em saúde é maior em Cuba que no Brasil, ele é maior no Reino Unido (83% do gasto em saúde) que na Espanha (70,9%).

A indústria farmacêutica cubana não possui fins lucrativos, e o processo de aquisição de medicamentos é de responsabilidade do Estado. As decisões sobre pesquisa e produção são feitas com base em informações epidemiológicas (18).



Algumas próteses e aparelhos, porém, não são fornecidos pelo Estado. Neste caso, seus preços são subsidiados. Como a produção nacional é insuficiente para a demanda da população, a importação de insumos de medicamentos é regulada e apoiada por organizações internacionais (18).

### Comparando os indicadores os dois países

A República de Cuba é um país insular com 11 milhões de habitantes, localizado no mar do Caribe na América Latina, ocupando uma área total de 110 km<sup>2</sup>, dividida em quinze províncias, 169 municípios. Trata-se de um país com economia socialista planejada. Seu Produto Interno Bruto (PIB) em 2014 era de 82,7 milhões de dólares (25). A taxa de crescimento do PIB anual de 2015 foi de 4%, em relação ao ano anterior (2014 apresentou crescimento de 1,3%); em 2016, espera-se um aumento maior devido ao crescimento do consumo e investimentos.

No quadro 1, efetua-se uma comparação entre Brasil e Cuba em relação a indicadores econômicos e sociais do Banco Mundial e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (PNUD).

**Quadro 1.** Indicadores Socioeconômicos de Brasil e Cuba

Indicadores do Banco Mundial - 2014	Brasil	Cuba	América Latina e Caribe
Gasto com saúde per capita - em U\$ PPC	1.318,172	2.474,617	1.111,557
Gasto com saúde, setor público (% do gasto público total)	6,782	18,011	-
Gasto com saúde, setor público (% do gasto total com saúde)	46,039	95,613	51,197
Gasto das famílias com saúde (% do gasto total com saúde)	25,470	4,387	31,706
Gasto com saúde, total (% do PIB)	8,323	11,059	7,239
Expectativa de vida - mulher (anos)	78,250	81,498	78,263
Expectativa de vida - homem (anos)	70,737	77,384	71,787
Risco de morte no parto (1 em)	1.200,000	1.700,000	650,000
Taxa de mortalidade, recém-nascido (sobre 1.000)	9,600	2,400	9,751
Taxa de mortalidade, menos de 5 anos (sobre 1.000)	16,200	5,600	18,353
Subnutrição (% of population)	5,000	5,000	7,477
<b>Indicadores do PNUD - 2015</b>			
Human Development Index (HDI)	0,755	0,769	-
Expectativa de vida média	74,500	79,400	-
Anos de escolaridade esperados	15,193	13,826	-
Escolaridade média	7,66	11,5136	-





Gini (renda - ano 2000 <sup>(5)</sup> )	58,5	38	-
---	------	----	---

Fonte: <data.worldbank.org> e <http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>

Apesar de Cuba apresentar um PIB baixo, seu IDH é médio, possui taxas de mortalidade baixas e expectativa de vida ao nascer alta em comparação com o Brasil. Ainda, Cuba possuía 59 médicos por mil habitantes, o Brasil 12 médicos por mil habitantes; Cuba contava com 74 enfermeiros e outros profissionais especializados por mil habitantes; o Brasil, 38 enfermeiros e outros profissionais especializados por mil habitantes (26).

Esses índices elevados de qualidade em saúde seriam resultado da priorização das ações aos cuidados primários em saúde (16), e de boas estratégias de saúde pública associada a investimentos estratégicos em infraestrutura e em saúde primária, no controle de doenças infecciosas, na redução da mortalidade infantil e na criação de indústria de pesquisa (27).

## Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. As bases de dados eletrônicas utilizadas para a busca dos artigos científicos foram: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC), Biblioteca Virtual em Salud (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS). Os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) utilizados foram: Assistência Farmacêutica, Políticas de Saúde, Farmacêutico, Política Nacional de medicamentos, Saúde Pública.

Para fazer parte deste estudo, os artigos científicos preencheram os seguintes critérios: a) publicações do período entre 1998 a 2016 - a data de corte tem como justificativa a Política Nacional de Medicamentos (PNM) aprovada no Brasil em 1998, que definiu as funções e finalidades da Assistência Farmacêutica (AF) dentro do Sistema único de Saúde (SUS); b) textos completos e gratuitos para o acesso c) redigidos em espanhol ou em português. Para a seleção dos artigos foram realizados os seguintes passos: busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos selecionados, discussão dos resultados e redação das conclusões. Para a seleção dos artigos, foram analisados os

<sup>(5)</sup> O coeficiente de Gini é uma medida estatística referente a uma distribuição; quanto maior ele for, mais desigual ela será. Não se encontraram dados sobre Cuba posteriores ao ano 2000. O valor mais recente para o Brasil é 51,9 (2014).



títulos, os resumos e as metodologias empregadas nos mesmos. Após a seleção, os artigos foram lidos e analisados na íntegra, para a presente revisão.

## Resultados

O total de artigos encontrados referente ao tema deste estudo foi de: 48 artigos sobre Cuba; 171 Artigos sobre o Brasil. A partir dos critérios de inclusão estabelecidos, foram selecionados 5 artigos sobre Políticas de Assistência Farmacêutica em Cuba (Quadro 2) e 21 artigos sobre Política de Assistência Farmacêutica no Brasil (Quadro 3).

**Quadro 1.** Artigos sobre a Política de Assistência Farmacêutica em Cuba

Ano	Autor	Periódico
2014	LÓPEZ	Rev Cubana Farm
2007	LORENZO et al.	Rev Cubana Salud Pública
	MOREIRA et al.	Rev Cub Med Mil
2006	MANZANO et al.	Rev Cubana Farm
	MANZANO et al.	Rev Cubana Farm

Fonte: Produzido pelo autor

**Quadro 2.** Artigos sobre a Política de Assistência Farmacêutica no Brasil

Ano	Autor	Periódico
2016	SILVA et al.	Ciência & Saúde Coletiva
	MONTEIRO et al.	Rev. Bras. Epidemiol
2015	YAMAUTI; BARBERATO-FILHO; LOPES	Cad. Saúde Pública
2014	MAGARINOS-TORRES et al.	Ciência & Saúde Coletiva
2013	MACHADO	Rev. Adm. Pública
	VIEIRA; ZUCCHI	Saúde Soc.
2012	COSTA; NASCIMENTO Jr	Rev. Saúde Pública
2011	ALENCAR; NASCIMENTO	Ciência & Saúde Coletiva
2010	OLIVEIRA; ASSIS; BARDONI.	Rev B.S.Publica Miolo
	OLIVEIRA; ASSIS; BARDONI.	Ciência & Saúde Coletiva
	PEPE et al.	Ciência & Saúde Coletiva
	VIEIRA	Rev Panam Salud Publica
	BARRETO; GUIMARÃES	Ciência & Saúde Coletiva
	PORTELA et al.	Rev Ciênc Farm Básica Apl.
2009	CANABARRO; HAHN	Epidemiol. Serv. Saúde
	PAULA et al.	Physis Revista de Saúde Coletiva
2008	VIEIRA	Rev Panam Salud Publica



	ARAÚJO <i>et al.</i>	Ciência & Saúde Coletiva
	KORNS, <i>et al.</i>	Rev. APS
2006	ARAÚJO; FREITAS	Rev. Bras. Cienc. Farm.
2000	COSENDEY <i>et al.</i>	Cad. Saúde Pública

Fonte: Produzido pelo autor

Nas publicações sobre Assistência Farmacêutica em Cuba, os autores têm como objetivo fornecer uma visão geral dos serviços de assistência farmacêutica prestados nas províncias cubanas, sua estrutura de funcionamento, características relacionadas a cada província, acesso da população aos serviços e medicamentos, bem como a gestão do conhecimento para o desenvolvimento da assistência farmacêutica. Além disso, há uma heterogeneidade de serviços farmacêuticos disponíveis nas comunidades, porém se apresenta um déficit de farmácias em relação ao número de habitantes por província, como também baixa proporção de profissionais farmacêuticos em atuação.

Os objetivos das publicações sobre a Política de Assistência farmacêutica no Brasil envolveram os seguintes aspectos: Análise da Política Nacional de Medicamentos e a Assistência Farmacêutica, sua construção, gestão, os atores envolvidos em todo o processo, assim como o financiamento; o acesso e utilização de medicamentos; sistemas e programas; qualificação dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária a Saúde. Os autores frisam, em resumo, a ocorrência de um aumento significativo nos gastos da União, Estados e municípios para aquisição de medicamentos, nos investimentos no Programa Farmácia Popular e nos recursos destinados à estruturação de serviços. No entanto, há baixa disponibilidade de medicamentos e falta de profissionais capacitados a atuarem na AF, dificultando o acesso dos usuários. Destaca a fragilidade nos processos da Política Nacional de Medicamentos, associada à falta de um modelo norteador para as práticas da PNAF. Assim, torna-se necessária a formulação de estratégias e ações mais efetivas para a melhoria do acesso à saúde.

## Conclusões

Como vimos, embora Brasil e Cuba sejam países com diferenças profundas (geográficas, econômicas, políticas, etc.), ambos têm sistemas de saúde resultantes de reformas sanitárias relacionadas a mudanças políticas, com caráter nacional, e com



propostas e objetivos afins: acesso universal e gratuito à saúde – o que inclui acesso a medicamentos.

Primeiramente, em relação à análise comparativa entre os dois países, distinguem-se a administração e a governança dos dois sistemas: conquanto haja participação da população através das Assembleias do Poder Popular, o sistema cubano é predominantemente centralizado. Isso decorre do fato de se tratar de um país relativamente pequeno com governo centralizado unitário. Já o SUS, tem administração descentralizada e regionalizada à repartição de competências entre os entes federativos autônomos.

Em segundo lugar, pode-se atentar para as diferenças político-econômicas dos dois sistemas. Cuba é uma das últimas repúblicas socialistas do mundo, com uma história de tensões diplomáticas em relação aos Estados Unidos da América, decorrentes da Guerra Fria o que lhe rendeu um longo embargo econômico com redução na capacidade de investimento e aquisição, especialmente no mercado internacional. Assim, em Cuba, as decisões econômicas são definidas por um planejamento estatal, que busca (dentro do possível) a autossuficiência, primando por investimentos em educação, formação profissional, pesquisa em biotecnologia, prevenção a doenças e saúde básica.

Já o Brasil, ainda que com alto grau de intervenção do estado na economia e reconhecimento de direitos sociais, é um país de sistema econômico capitalista. Isso se reflete na organização mais fundamental do sistema de saúde; por um lado, a Constituição dispõe que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”, sendo que “as ações e serviços públicos de (...) constituem um sistema único” (art. 198; de outro, ela prevê que “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (art. 199), que pode complementar o sistema único, ainda que com preferência a entidades sem fins lucrativos). Ainda, a despeito de uns poucos laboratórios públicos, o setor privado sobressai na produção e comercialização de medicamentos<sup>28</sup>. Isso permite inferir que, no Brasil, além da influência das decisões estatais, a saúde (e, principalmente, o mercado farmacêutico) é sensível a fatores de mercado – às decisões econômicas de particulares (empresas e consumidores) sobre investimento e consumo.

Essas diferenças são particularmente observáveis nas políticas de acesso a medicamentos dos diferentes sistemas. Em Cuba, o Estado é o protagonista na produção, na aquisição e na distribuição de medicamentos, conforme sua Política Nacional. No Brasil,



os medicamentos podem ser fornecidos diretamente, nos termos da respectiva Política Nacional de Medicamentos e da Política de Assistência Farmacêutica, ou adquiridos em farmácias particulares – nesse caso, eles podem ser subsidiados por programas como a Farmácia Popular. Dessa forma, o sistema brasileiro é suscetível não apenas a falhas de governança, mas também a falhas de mercado.

## Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Séries, 2011 Disponível em: <<http://www.ammabarbacena.com.br/files/2e9d93b8abf8ae74b148b4f04fdb3701.pdf>> [Acesso em 10 mar 2016].
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília. CONASS, 2011.
3. Menicucci TMG. A Política de Saúde no Governo Lula. Saúde Soc. 2011; 20(2): 522-532.
4. Brasil. Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (Ceme). Diário Oficial da União. Brasília, 1971.
5. Brasil. Constituição Federal de 1988 Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. [Acesso em 10 dez 2015].
6. Brasil. Lei Federal n. 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Poder Executivo. Brasília, 20 set. 1990.
7. Oliveira LCF, Assis MMA, Bardoni RA. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2010; 15(3): 3561-3567.
8. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Organização Mundial de Saúde. Avaliação da assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília, 2005.
9. Portela AS, Leal AAS, Werner RPB, Simões MOS, Medeiros ACD. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2010; 31(1): 09-14.



10. Petersen LL. Políticas sociais no SUS e a gestão da assistência farmacêutica na rede local/regional: o caso da judicialização na 17ª coordenadoria regional de saúde-RS [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, 2014 [acessado 2016 Mar 10]. Disponível em < btd.unisc.br/Teses/LeticiaPetersen.pdf >.
11. Instituto de Ciência Tecnologia e Qualidade (ICTQ). Censo Demográfico Farmacêutico, 2014 [acessado 2016 Mar 12]. Disponível em: < <http://ictq.com.br/portal/estatisticas-do-setor-farmacaceutico/censo-demografico-farmacaceutico> >
12. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica- QUALIFICAR-SUS. Portaria n.º 1.214 de 2012 Disponível em: <[www.saude.gov.br/qualifarsu](http://www.saude.gov.br/qualifarsu)>[Acesso em 10 dez 2015].
13. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultados. Brasília, 2005.
14. Ferreira PAA. Efeitos do co-pagamento de medicamentos sobre saúde no Brasil: Evidências do programa aqui tem farmácia popular [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Economia da Indústria e Tecnologia, Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro Disponível em:< [http://www.ie.ufrj.br/images/pos-graduacao/ppge/Pedro\\_Americo.pdf](http://www.ie.ufrj.br/images/pos-graduacao/ppge/Pedro_Americo.pdf) > [Acesso em 10 mar 2016].
15. Rocha CMF, Roese A, Mello VRC, Mesquita MO, Pasini VL. Sistema Nacional de Saúde Cubano: vivências de uma equipe multiprofissional. Interagir: pensando a extensão 2015; 1(20): 124-134.
16. Madureira PSP. Sistema de Saúde Cubano. 2010 Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/19944/1/Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20Cubano%20-%20final.pdf>>[Acesso em 10 dez 2015].
17. Cuba. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Formulario Nacional de Medicamentos. 2016 Disponível em:<<http://fnmedicamentos.sld.cu/index.php?P=Home>>[Acesso em 10 mar 2016].
18. Domínguez-Alonso E.; Zacca E. Sistema de salud de Cuba. Salud pública de México. 2011; 53(2): 168-176.
19. Feitosa EC. As Assembleias do Poder Popular e as Tradições de Luta Democrática e de Participação Popular em Cuba [Dissertação]. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2011.
20. Cuba. Republica de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Medicamentos, 2007 Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19824es/s19824es.pdf>. [Acesso em 10 dez 2015].



21. Lorenzo SM. et al. La diferenciación territorial en los servicios farmacéuticos comunitarios en Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007; 33(1).
22. Rossel-Mozon A. Centro de Información del Medicamento: la información para la Red Nacional de Farmacoepidemiología de Cuba. ACIMED. Ciudad de La Habana. 2005; 13(2).
23. Manzano EF, Sol AFM, Víctor FP, Giselle MCQ, Luisa IR, Ruth DHR. Indicadores vinculados a las funciones asistenciales de los servicios farmacéuticos comunitarios en las regiones Central y Oriental de Cuba. *Rev Cubana Far* 2006; 40(1).
24. Mantovani N, Crispim S. Centrais de Compras e Serviços no Setor de Farmácias do Brasil: Alternativa para a Sobrevivência das Farmácias Independentes Enfrentando Grandes Redes. *Gestão & Regionalidade*. 2013; 29(86).
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Países 2016 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>>. [Acesso em 12 mar 2016].
26. Rossetti-Ferreira MC, Ramon F, Silva APS. Políticas de atendimento à criança pequena nos países em desenvolvimento. *Cadernos de Pesquisa*. 2002; 1(115).
27. Cooper RS. Health in Cuba. *International Journal of Epidemiology*. 2015; 1(35): 817–824.
28. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Castro CGS. Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
29. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório de Desenvolvimento Humano de 2014. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>> [Acesso em 12 mar 2016]
30. The World Bank. World Development Indicators 2016. 2016 Disponível em: <<data.worldbank.org>> [Acesso em 3 out 2016]
31. López LM. La gestión del conocimiento en los servicios farmacêuticos. *Rev Cubana Farm*. 2014; 48(4): 701-708.
32. Moreira GVC, Castillo LIR, Fernández HL, Hernández TS, Rodríguez JMP. Los medicamentos en el mundo asimétrico actual: del no acceso al acceso. *Rev Cub Med Mil*. 2007; 36(3).
33. Silva MR, Pereira CN, Mendes LVP, Luiza VL. Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(5): 1421-1432.



34. Monteiro et al. Acesso a medicamentos pelo Sistema Único de Saúde e equidade: inquéritos de base populacional em São Paulo, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2016; 19(1): 26-37.
35. Yamauti SM, Barberato-Filho S, Lopes LC. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política de Nacional Assistência Farmacêutica. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(8):1648-1662.
36. Magarinos-Torres R, Pepe VLE, Oliveira MA, Osorio-de-Castro CGS. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014; 19(9):3859-3868.
37. Machado SHS . O uso da teoria de stakeholders em uma análise da etapa de formulação da Política Nacional de Medicamentos. *Rev. Adm. Pública.* 2013; 47(3):543-565.
38. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saúde soc.* 2013; 22(1):73-84.
39. Costa KS, Nascimento Jr JM. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2012; 46.
40. Alencar TOS, Nascimento MAA. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(9).
41. Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(5):2405-2414.
42. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2010; 27(2): 149–56.
43. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(6).
44. Canabarro IM, Hahn S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. *Epidemiol. serv. saúde.* 2009; 18(4):345-355.
45. Paula PAB, Alve TNP, Vieira RCPA, Souza AIS. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. *Physis.* 2009; 19(4).
46. Vieira F.S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2008; 24(2): 91-100.





47. Araujo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(supl):611-617.
48. Kornis GEM, Braga MH, Zaire CEF. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). *Revista de Atenção Primária em Saúde*. 2008; 11(1): 85-99.
49. Araujo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* 2006;42(1).
50. Cosendey MAE, Bermudez JAZ, Reis ALA, Silva HF, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(1): 171-182.

---

*Recebido em: 5.6.2017*  
*Aprovado em: 17.6.2017*

*Como citar este artigo:*

Paladini SV, Rocha CMF, Petersen LL. Análise comparativa das políticas de assistência farmacêutica entre Brasil e Cuba: uma revisão integrativa. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2017 jul./set, 6(3):144-160.