

# **Acesso a medicamentos básicos e essenciais: o Programa Farmácia Popular do Brasil<sup>1</sup>**

Eduardo Manhães<sup>2</sup>

Lia Hasenclever<sup>3</sup>

ST3. O Planejamento para além dos limites municipais: inovações na Governança Pública Local e Regional.

## **Resumo**

O acesso a medicamentos essenciais é um dos pilares na garantia do direito à saúde. O objetivo deste artigo é analisar a política pública brasileira de acesso a medicamentos voltados à atenção básica, no período de 2014 a 2017. A metodologia empregada busca contrapor as motivações oficiais das leis, normas e portarias dessas políticas às análises já realizadas sobre o tema em artigos científicos. Os resultados mostram que a política de assistência farmacêutica está em um momento de transição e ainda não alcançou os objetivos a que se propôs a partir da Constituição Cidadã, de maior acesso a um custo inferior e com uma melhor distribuição territorial.

Palavras-chave: Programa farmácia popular do Brasil. Políticas públicas. Atenção básica.

## **Abstract**

Access to essential medicines is one of the pillars to guarantee the right to health. The objective of this article is to analyze the Brazilian public policy of access to medicines for primary care, from 2014 to 2017. The methodology employed seeks to counter the official motivations of the laws, norms and regulations of these policies to the analysis already done about the subject in scientific articles. The results show that the policy of pharmaceutical assistance is at a moment of transition and has not yet achieved the objectives proposed by the Citizen Constitution: bigger access with lower costs and better territorial distribution.

---

<sup>1</sup> O resumo desse trabalho foi aprovado para apresentação no IV SEDRES - Seminário de Desenvolvimento Regional, Estado e Sociedade – Tocantins – setembro de 2018.

<sup>2</sup> Mestre em Economia Empresarial e Doutorando em Planejamento Regional e Gestão da Cidade pela UCAM. Professor Assistente no Departamento de Economia – UFF/Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional. *E-mail*: jedums@hotmail.com.

<sup>3</sup> Doutora em Engenharia da Produção pela COPPE-UFRJ. Professora Colaboradora Voluntária Instituto de Economia - UFRJ e Universidade Candido Mendes/Campos dos Goytacazes. *E-mail*: lia@ie.ufrj.br.

Keywords: Brazilian popular pharmacy program. Public policy. Primary health care.

## Introdução

Em 5 de outubro de 1988, foi promulgada pela Assembleia Nacional Constituinte a “*Constituição Cidadã*”, na qual estava presente a preocupação para com a dignidade da pessoa humana, incluindo a responsabilidade sobre a atenção para com saúde dos brasileiros, e delegava ao Estado o papel de promotor de ações voltadas a esse fim (Art. 196, STF, 2017, p. 153).

O entendimento quanto ao papel do Estado na atenção à saúde de seus cidadãos coaduna-se com as proposições da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo a qual: “*Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas.*” (OMS, 1946, p. 1). Porém, segundo Boing *et al.* (2013), até a data da publicação de seu artigo, uma em cada três pessoas da população mundial não tinha acesso regular a medicamentos relacionados à assistência básica.

Nesse sentido, o Governo Federal do Brasil, em 19 de setembro de 1990, promulgou a Lei nº 8.080, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) e ratificou os preceitos constitucionais<sup>4</sup> e sua determinação de formular políticas públicas com objetivo de viabilizar o acesso a recursos promotores da saúde a todos os cidadãos brasileiros.

O SUS organiza-se a partir de uma atuação contínua, articulada e integrada das três esferas Federal, Estadual e Municipal de gestão governamental. Os objetivos e responsabilidades definidas na lei e regulamentadas pelo Decreto nº 7.508/11 envolvem o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais de saúde e as secretarias municipais de saúde, podendo contar com participação complementar da iniciativa privada. Nessa complexa estrutura, está inserida a assistência básica. (MS, 2006a).

---

<sup>4</sup> Art.5º - São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do Art.2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (Lei nº 8080/90).

Inicialmente, o objetivo de provisão de medicamentos à atenção básica de saúde foi realizado pela dispensação nos postos de saúde, depois, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, finalmente, em 2004, criou-se, através da Lei nº 10.858/04, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), gerenciado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para dispensação de medicamentos.

O objetivo deste artigo é investigar as razões que levaram à formulação do PFPB e sua evolução até 2017. Espera-se detectar os seus principais resultados e desafios contribuindo para avaliar a política de assistência farmacêutica (AF) considerada de fundamental relevância para efetivação dos direitos à saúde prevista na Constituição Brasileira e nas organizações internacionais.

A pergunta da pesquisa é quais as razões para essa mudança de direcionamento e por que as alternativas de provisão anteriores não estavam funcionando em termos do acesso aos medicamentos, custos, distribuição territorial e população atendida?

A metodologia do estudo é exploratória e descritiva e utiliza o método de leitura bibliográfica de documentos oficiais e outros artigos sobre o tema. A revisão bibliográfica a respeito da ação do Estado brasileiro na formulação e estabelecimento do atendimento às necessidades básicas e essenciais de medicamentos foi extraída dos sítios eletrônicos de órgãos governamentais e internacionais, a saber: Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (FNS/MS), da Fiocruz e da OMS. A revisão bibliográfica dos artigos foi realizada de forma não sistemática nas revistas de Planejamento e Políticas Públicas, Saúde e Sociedade, *The Lancet* e *Ciência & Saúde Coletiva*, assim como em livros sobre o tema. Como um dos objetivos da política é uma dispensação de medicamentos com equidade territorial, também foi utilizado o software QGIS<sup>5</sup>, um Sistema de Informação Geográfica que permite a criação de mapas com várias camadas, usando diferentes projeções, a fim de se viabilizar a visualização da distribuição das unidades do PFPB no território brasileiro.

---

<sup>5</sup> “O QGIS é um Sistema de Informação Geográfica (SIG) de Código Aberto licenciado segundo a Licença Pública Geral GNU.” (<http://www.qgis.org>).

Além dessa Introdução, esse artigo está estruturado em três seções. Na primeira seção, expõe-se uma breve síntese sobre a evolução das políticas públicas na AF à saúde no Brasil. Na segunda seção, apresenta-se a cronologia das políticas públicas de acesso aos medicamentos. Na terceira seção, será caracterizado e analisado o PFPB e, por fim, serão feitas as considerações finais do trabalho.

### **Evolução das políticas de saúde no Brasil voltadas à AF**

Os estágios de construção de uma política pública, segundo vários autores (FREY, 2000; SOUZA, 2006), ocorrem em, basicamente, cinco etapas, iniciando pela (i) assimilação do problema; seguida pela (ii) etapa de inserção do tema na agenda do governo; sendo então (iii) formuladas ações e programas voltados para solução das questões; posteriormente (iv) a tomada de decisão por parte do gestor público; sucedida pela (v) implementação; sendo posteriormente (vi) os resultados avaliados e, finalmente, (vii) tomadas medidas corretivas.

Nesse sentido, o problema do acesso a medicamentos, segundo Assis e Jesus (2012), requer uma atuação complexa, ampla e que demanda esforços significativos e depende da disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade existente entre a sua oferta e demanda distribuída desigualmente pelo território brasileiro:

As diferentes abordagens sobre acesso sugerem um quadro consolidado embasado na literatura, propondo que o acesso represente o “grau de ajuste” entre os serviços de saúde e a comunidade; “acesso é a liberdade de usar serviços de saúde” e é representado por três dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade. A disponibilidade caracteriza-se por todos os fatores de um serviço específico ao alcance do usuário. A acessibilidade refere-se aos custos diretos e indiretos dos cuidados em relação à capacidade de pagamento do usuário; e a aceitabilidade do serviço que abrange o subjetivo, o social e o cultural, tais como o grau que um determinado serviço é culturalmente seguro. (ASSIS e JESUS, 2012, p. 2.869).

Segundo o MS (2014), o tema da AF foi inserido na agenda do governo em 1971. O seu marco inicial se deu com a criação<sup>6</sup> da Central de Medicamentos (Ceme), cuja função principal era proporcionar o acesso à população de baixa renda aos medicamentos e regular a produção e distribuição estatais.

---

<sup>6</sup> A partir da aprovação do Decreto nº 68.806 de 25 de junho de 1971 (MS, 2014).

Em 1973, através do Decreto nº 72.552/73, foi criado o Plano Diretor de Medicamentos (PDM), considerado um dos pontos relevantes no contexto da Ceme. Suas diretrizes visaram integrar as ações do governo no processo de produção, distribuição e comercialização de medicamentos.

A criação do SUS, em 1988, e sua regulamentação, nos anos 1990, resultaram na ampliação da acessibilidade da população à saúde e, conseqüentemente, à AF. Em 1997, foi criado o Programa Farmácia Básica (PFB) instituído como um conjunto de medidas voltado inicialmente aos municípios mais carentes do País. Esse programa visava racionalizar “a distribuição de medicamentos essenciais e permite o tratamento eficaz e a menor custo das doenças mais comuns que afetam a população brasileira.” (MS, 1997, p.4).

Outras importantes ações de disponibilização de medicamentos, além da atenção básica, foram instituídas pela Lei nº. 9.313/96, que tornou obrigatório o fornecimento de medicamentos gratuitos a pessoas com Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, em inglês *acquired immunodeficiency syndrome*). Outra importante ação de política de saúde de maior acesso a medicamentos foi a instituição, através da Lei nº 9.787/99, denominada Lei dos Genéricos, vislumbrando a AF para a população de uma forma geral, não apenas para os cidadãos de baixa renda.

A extinção da Ceme<sup>7</sup>, em 1997, ocasionou a necessidade da formulação de uma nova política de medicamentos, que resultou na Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998<sup>8</sup>, com a finalidade de garantir a imprescindível segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e o acesso da população mais carente àqueles considerados essenciais.

Segundo Ferreira (2007), devido à necessidade de alinhamento às diretrizes da OMS, a PNM estabeleceu, em 2003, diretrizes e prioridades para promoção do setor de saúde, através da: (i) adoção de uma lista/relação de medicamentos essenciais (Rename)<sup>9</sup>; (ii) regulação sanitária de medicamentos; (iii) reorientação da

---

<sup>7</sup> Por meio do Decreto nº 2.283 de 24 de julho de 1997. (MS, 2014).

<sup>8</sup> Através da Portaria GM/MS nº 3.916/98.

<sup>9</sup> Em 2003, durante a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, é criada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, na qual é ratificada a utilização da Relação

AF; (iv) promoção do uso racional dos medicamentos; (v) estímulos ao desenvolvimento científico e tecnológico; (vi) promoção da produção de medicamentos; (vii) garantia da qualidade, eficácia e segurança; e (viii) treinamento e desenvolvimento de recursos humanos.

Também, em 2003, foi realizada a Pesquisa Mundial de Saúde pela OMS em 71 países, inclusive Brasil, onde com base na amostragem de 5.000 entrevistados, indivíduos maiores de idade, pôde-se constatar importantes dimensões quanto às despesas com saúde e sua representatividade no orçamento da família de baixa renda. Na média, 19% dos gastos médios mensais dos brasileiros são com rubricas relacionadas à saúde, o que, no orçamento do indivíduo de baixa renda, é uma parcela significativa, conforme resultados da pesquisa. Mas o ponto mais relevante observado foi que um percentual significativo da população se endivida para pagar despesas com saúde (de 7% a 11%, dos menos carentes aos mais carentes) e *“entre as pessoas que têm doença de longa duração ou incapacidade com limitação dela resultante, o percentual alcança 16%.”* (MS, 2016; GARCIA *et al.*, 2013; RADIS, 2004; MEDICI, 2003).

Essa pesquisa reforçou a importância da AF frente às dificuldades da população brasileira quanto à aquisição de medicamentos para seus respectivos tratamentos médicos. O Governo Federal, com o propósito de ofertar, com baixo custo, medicamentos para o tratamento de determinadas enfermidades promotoras de elevados níveis de mortalidade, criou o PFPB, como já informado. Esse Programa, segundo o MS (2005), tinha como um dos seus objetivos a atenção aos cidadãos de baixa renda, que, diante de dificuldades para realizar o trato adequado de enfermidades, acabavam por abandonar o tratamento. Sendo, também, uma alternativa para os usuários das redes privadas de saúde que passariam a ter acesso a medicamentos a um custo inferior aos praticados no mercado. Na etapa subsequente, em 2006, o Programa adota o credenciamento de farmácias e drogarias privadas visando, principalmente, ampliar a rede de atendimento, em uma

---

Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename, que possui atualizações periódicas, constituindo-se como parâmetro racionalizador das ações no âmbito da Assistência Farmacêutica.

escala varejista, e reduzir custos com a ação<sup>10</sup>. Esta nova fase do Programa é denominada Aqui Tem Farmácia Popular (PATFP).

O fornecimento dos medicamentos que constam da Rename, antes realizado pela rede de atendimento do SUS, passa também a ser realizado por uma rede de estabelecimentos denominada “farmácias populares”, fixada em todo território nacional e fomentada por convênios firmados, a princípio, com as esferas governamentais da Federação, com hospitais públicos e, a partir de 2006, com a rede de farmácias e drogarias privadas.

### **Cronologia das políticas públicas de acesso a medicamentos**

A atuação do Estado brasileiro, quanto aos seus esforços com o objetivo de eliminar, ou pelo menos atenuar distorções socioeconômicas, é percebida desde a década de 1930. Segundo Melo (2006, p.12), a evolução da agenda pública brasileira para formulação de políticas públicas passou por uma trajetória no século XX, composta por oito fases, a saber: (i) 1930/1945: Integração Social, (ii) 1945/1960: Ampliação da participação, (iii) 1960/1964: Redistribuição, (iv) 1964/1973: Modernização e Crescimento sem redistribuição, (v) 1974/1984: Redistributivismo conservador, (vi) 1985/1989: Reformismo Socialdemocrata, (vii) 1990/1992: Cesarismo Reformista, e (viii) 1995/2002: Boa Governança.

Além dos períodos propostos por Melo (2006), a partir dos anos 2000, percebem-se outras ações, dos governos Lula (2003/2010), Dilma Rousseff (2011/2016) e Michel Temer (2016/2017), relacionadas à AF. Cada um desses governos pode ser caracterizado por um princípio organizador, orientado pelos dogmas políticos econômicos vigentes em cada um dos períodos, conforme desenvolvido a seguir.

No período de 2003/2010, segundo Paim *et al.* (2011), importantes ações de políticas públicas foram desenvolvidas na área da saúde<sup>11</sup>, mas o que mais

---

<sup>10</sup> “Levar o benefício da aquisição de medicamentos e insumos essenciais a baixo custo ou gratuitamente a mais lugares e mais pessoas, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção - distribuição - varejo), por meio de parceria do Governo Federal com o setor privado varejista farmacêutico.” (MS, 2006, p. 2).

<sup>11</sup> Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu (2003); Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006); Política Nacional de Atenção Básica (2006); Política

impactou a AF foi a criação do já mencionado PFPB, em 2004, que, posteriormente, teve expandida sua atuação com o programa ATFP, em 2006<sup>12</sup>, passando a utilizar-se da rede privada de farmácias e drogarias.

Esta ampliação do PFPB com a instituição do ATFP, como recurso para aumentar a rede de atendimento farmacêutica, agora

368/ utilizando-se de estabelecimentos privados conveniados, possui critérios muito soltos para a organização da rede, conforme informado por Silva e Caetano (2015):

O credenciamento dos estabelecimentos comerciais ocorre por manifestação do interesse do empresariado, solicitando seu cadastro, desde que cumpridas as regras de entrada previstas, comprovadas por meio de documentos de caráter fiscal e sanitário, sem exigência de qualquer ordenação geográfica ou populacional. (SILVA e CAETANO, 2015, p. 2.946).

Esse Programa em suas duas modalidades – redes próprias e redes em parceria com farmácias privadas - inaugurou uma estrutura paralela à dispensação de medicamentos gratuita, já realizada pelo SUS por meio de postos de saúde e UBS. Segundo Costa (2013), o governo “Lula” buscou reordenar e reorganizar o sistema de atenção básica do MS e fomentou, inicialmente, de modo significativo, a política de AF, procurando corrigir as deficiências detectadas nos serviços de saúde. Logo, o princípio organizador desse período foi o de expandir a AF, mas não apoiando o SUS constitucional (BAHIA, 2017), o que pode estar denotando certo populismo de atendimento direto às necessidades da população.

Nos anos 2011/2016, os programas criados foram mantidos e foi ampliada a disponibilidade dos serviços médicos através do Programa Mais Médicos. Em outras palavras, as ações tiveram continuidade no governo Dilma Rousseff, porém, como também indicado por Costa (2013), com foco na reorganização das políticas públicas já existentes. Nesse período, percebe-se também a redução da dotação orçamentária já iniciada no governo Lula (2010). O princípio organizador, nesse

---

Nacional de Promoção da Saúde (2006); Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente, 2006); Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações >100.000 (2008); Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008). (Paim *et al*, 2011, p. 17).

<sup>12</sup> Portaria do Ministério da Saúde, nº 491, de 9 de março de 2006.



período, segue o mesmo direcionamento do período anterior de não apoio ao SUS constitucional e a forma direta de atendimento da população sem uso dos canais institucionalizados pela Constituição, agora expandido para o atendimento médico.

Nos anos 2016/2017, foram realizadas duas ações que marcaram a AF. A primeira foi a extinção do PFPB, em 2017, operado por redes próprias de farmácias, e a segunda, ainda em curso, a renegociação das regras de credenciamento com as farmácias privadas. Ainda é cedo para classificar o princípio organizador desse período, mas parece que as ações caminham para uma maior racionalidade do uso dos recursos orçamentários, obtida com a redução dos custos fixos da manutenção das redes próprias de farmácias e estabelecimento de critérios quanto ao valor de ressarcimento dos medicamentos às farmácias privadas, conforme desenvolvido na seção seguinte.

Desta forma, segundo Luiza *et al.* (2018), no Brasil, vigoram hoje três mecanismos de provisão de medicamentos, a saber: (i) a compra direta pelo consumidor na rede privada de farmácias, (ii) a dispensação gratuita pelo SUS, e (iii) através do PFPB, subsidiado ou pelo sistema de copagamento, sendo possível que os usuários utilizem quaisquer dessas formas simultaneamente. O provisionamento pela rede privada de farmácias e drogarias é majoritário, mesmo antes da extinção das farmácias redes próprias, e seu escopo, pulverizado em todo o território nacional.

Tendo em vista que expressiva parcela da população brasileira é atendida pelo serviço público de saúde e que esse público caracteriza-se pela baixa renda, a continuidade de qualquer tratamento médico, que demande aquisição de medicamentos, obstaculiza-se quando a obtenção deste não for gratuita ou com preço subsidiado.

A barreira de acesso ao medicamento, para a população menos favorecida, coloca-se contra a liberdade de acesso e uso dos serviços de saúde, propostos pela OMS e garantidos pela Constituição de 1988 (ASSIS E JESUS, 2012). Entretanto, apesar de o acesso a medicamentos básicos e essenciais constituir-se em um problema de ordem pública e demandar a ação do Estado, no sentido de sanar essa imperfeição social, constata-se uma desorganização na estrutura atual de dispensação oferecida à população.

## Características e análise do Programa Farmácia Popular do Brasil

Como visto, o PFPB foi implementado, em 2004<sup>13</sup>, somente com unidades próprias sob gerenciamento direto da Fiocruz. A partir de 2006, o Programa foi ampliado com a inclusão dos Estados e Municípios, também sob a supervisão da Fiocruz, e com o credenciamento de farmácias e drogarias privadas, através do PATFP<sup>14</sup>, utilizando-se o sistema de copagamento<sup>15</sup> e gerenciado diretamente pelo MS (2015)<sup>16</sup>. O Programa, portanto, ramificou-se com a interação dos Estados, Municípios e estabelecimentos privados de venda em todo território nacional com vista a obter maior abrangência de atendimento, tendo como parâmetro de implementação a relação unidade por população do município, conforme exposto pelo MS (2005).

Esse programa tem viabilizado o acesso gratuito a medicamentos básicos e essenciais para cerca de metade dos brasileiros, contribuindo para a diminuição do impacto dos gastos das famílias mais pobres. Porém, esse modelo ainda convive com um sério entrave, que é a baixa disponibilidade de medicamentos nas farmácias do setor público, dificultando o acesso dos usuários aos medicamentos prescritos. (LUIZA *et al.*, 2018).

De fato, em 2017, segundo Gama (2017), 409 municípios (7,34%) possuíam 504 unidades do PFPB da rede própria e 4.463 municípios (80,01%) possuíam 34.543 unidades da rede de farmácias credenciadas<sup>17</sup>. Percebe-se que a distribuição geográfica das unidades do PFPB no território brasileiro é concentrada e

---

<sup>13</sup> Portaria nº 2.587, de 06 de dezembro de 2004.

<sup>14</sup> Portaria nº 491, de 09 de março de 2006.

<sup>15</sup> “Adotando o sistema de copagamento, o usuário paga até 10% do valor de referência estabelecido pelo Ministério da Saúde para cada um dos princípios ativos dos medicamentos que fazem parte do elenco do Programa, além da possível diferença entre este valor e o valor de venda praticado pelo estabelecimento.” (SUS, 2015).

<sup>16</sup> “O Governo Federal criou o Programa Farmácia Popular do Brasil para ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos. O Programa possui duas modalidades: uma Rede Própria de Farmácias Populares e a parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de “Aqui tem Farmácia Popular”.” (SUS, 2015).

<sup>17</sup> Cabe, porém, ressaltar a discrepância de algumas informações fornecidas pelos órgãos governamentais e, assim, dirimir qualquer dúvida a respeito da informação constante nesse trabalho. Existe a divergência quanto à quantidade de estabelecimentos do “Aqui Tem Farmácia Popular”. O PBDA (2017) informa a existência de 4.036 unidades, quantitativo considerado nesse trabalho, enquanto que, no Portal da Saúde (2017), verifica-se a informação de 4.463 unidades.

desproporcional ao contingente da população atendida. Na Região Sudeste, localizam-se 45,0% dos estabelecimentos, voltados para 41,9% da população brasileira; seguido pela Região Sul, com 27,4% das unidades do PFPB, sendo que a região possui 14,3% do contingente populacional; no Nordeste, estão 13,6% dos estabelecimentos atendendo 27,6% da população ali estabelecida; no Centro-Oeste, 10,7% de estabelecimentos para 7,6% dos brasileiros; e, na Região Norte, 3,2% atendendo 8,6% da população. Essa distribuição pode ser observada na Figura 1.

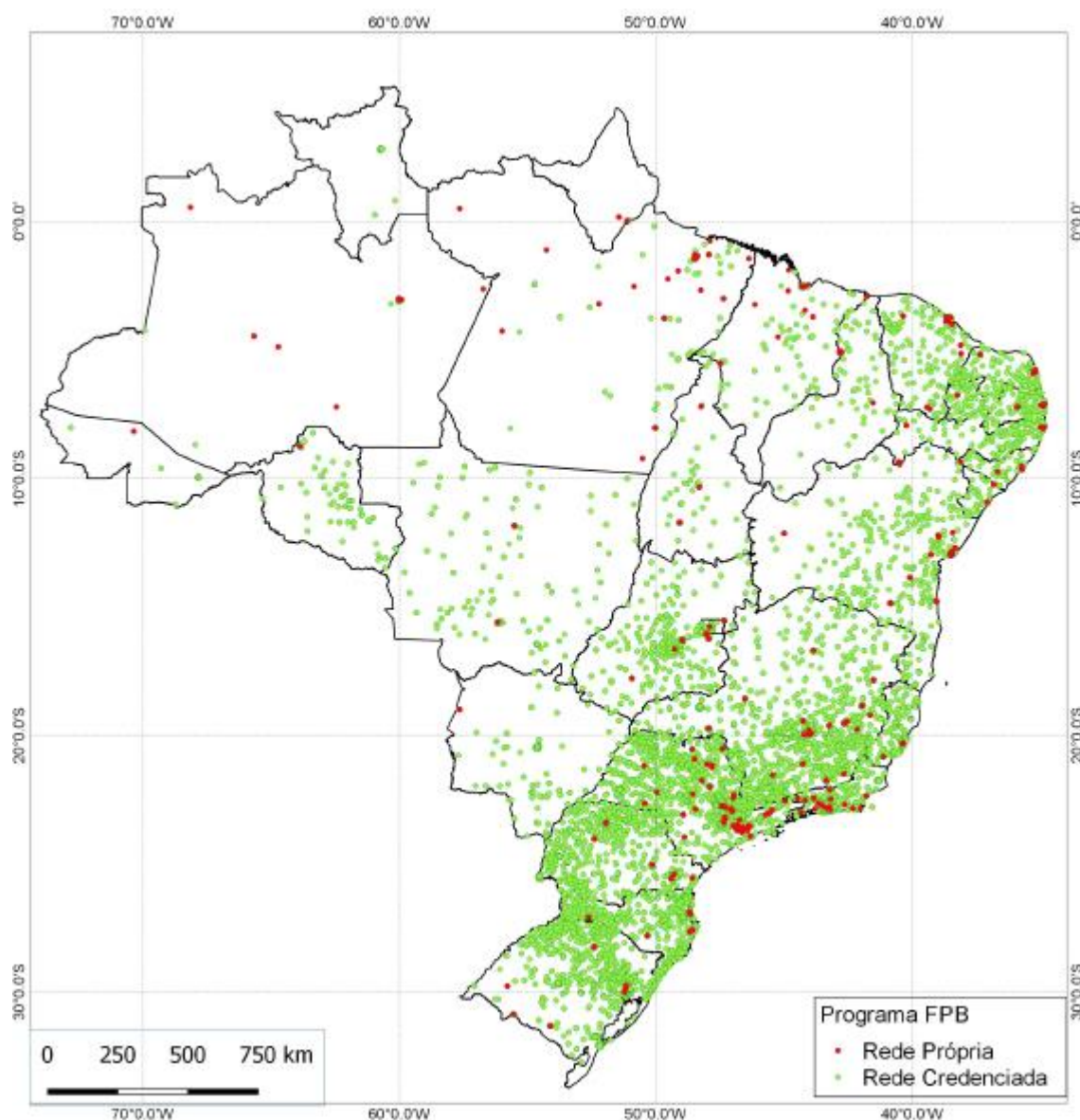


Figura 1: Mapa cartográfico da distribuição no território nacional das unidades do PFPB – 2017.  
Fonte: PBDA – Elaboração própria.

Essa configuração evidencia a distribuição concentrada do PFPB, apesar de, também, demonstrar a precária disseminação no território brasileiro. Becker (2007) também constata esse problema ao referir-se ao SUS:

Mesmo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988, significando um marco na política pública brasileira, o acesso aos serviços permanece distante da universalização almejada. No que se refere à difusão de atendimentos e interconexões, há uma distribuição menos desigual do conjunto de serviços de uso mais frequente, configurando-se uma malha facilitadora do acesso. (BECKER, 2007, p. 148).

A disseminação dos estabelecimentos do PFPB, durante o período 2004/2017, foi expressiva, tanto que a proposta inicial de relação estabelecimento/população, que para os municípios de São Paulo propunha ser de 1:100.000 habitantes, em 2017, nos municípios nos quais são identificadas farmácias e drogarias credenciadas é de, na média, 1:9.219 habitantes, ou seja, um pouco mais de dez vezes o planejado. Nos demais Estados do Brasil, onde a relação seria de 1:70.000, na média, atualmente, nos municípios contemplados, a relação é de 1:14.120 habitantes, o que significa sete vezes e meia mais do que o planejado. Mas, no geral, não atingiu o teto da meta estabelecida no início do programa, de 35.000 unidades.

Outras três importantes variáveis da análise sobre a trajetória do PFPB são relativas: (i) ao volume de fomento realizado pelo Estado à AF, (ii) à quantidade de usuários atendidos pelo PFPB; e (iii) ao custo unitário do atendimento. Porém, as informações encontradas pertinentes aos atendimentos realizados na fase denominada ATFP não são fragmentadas anualmente impossibilitando assim sua análise evolutiva de forma precisa<sup>18</sup>.

No dia 30 de junho de 2017, foi publicada no Diário Oficial da União, a portaria nº 1.630 do Ministério da Saúde, determinando a desativação de todas as unidades, que ainda estivessem em funcionamento, do PFPB, constituídas pela Lei nº 10.858/04, também conhecidas como unidades da “rede própria”, essas

---

<sup>18</sup> “O programa Farmácia Popular – Aqui tem Farmácia Popular, parceria do Ministério da Saúde com farmácias privadas, continua funcionando normalmente. Desde a criação do programa, já atendeu mais de 43 milhões de brasileiros.” (MS, 2018).

componentes do formato embrionário do PFPB, ainda estavam vigentes na fase ATFP.

Mas qual seria a justificativa para essa ação de redução no PFPB? Teria a população brasileira atingido um nível de renda per capita que lhe possibilitasse assumir, adequada e plenamente, as despesas com saúde, sem onerar significativamente seu orçamento familiar? E, assim, desobrigar o Estado de suprir essa importante demanda?

Seria o PFPB uma política pública avaliada como ineficaz, não tendo assistido a parcela de brasileiros desprovidos de condições de manter seus tratamentos medicamentosos? Ou será que o problema da AF e sua característica redistributiva<sup>19</sup> perderam progressivamente a importância no cenário nacional?

Segundo informação constante no Portal da Saúde (2017), a ação de fechamento das unidades próprias do PFPB deve-se a um redirecionamento visando à redução de custos fixos do Programa direcionados à manutenção das farmácias, pois, do total orçamentário repassado às unidades próprias do PFPB, somente 20% eram para a compra e distribuição de medicamentos aos pacientes. O fechamento da rede própria resultaria em uma economia de custo de R\$ 80 milhões por ano.

Esse fato, por si, indica uma inadequação da criação do Programa e uma deficiência na gestão do PFPB em relação ao primeiro problema, porque ele duplica custos fixos de dispensação com a manutenção das farmácias rede próprias. Em relação ao segundo problema, porque, somente treze anos depois de sua implementação, foi identificada essa anomalia. Ou seja, 80% dos recursos destinados ao Programa se dispendiam em rubricas, muito provavelmente de despesas de custos das unidades próprias e financiamento da logística e gerenciamento da Fiocruz, e não nas finalidades para as quais a política pública foi constituída: compra e distribuição gratuita de medicamentos básicos e essenciais.

Ainda nesse sentido, se a cada ano do PFPB foram dispendidos R\$ 80 milhões em outras despesas que não fossem na compra e distribuição de

---

<sup>19</sup> Essa política pública é redistributiva devido à sua característica fundamental de deslocar recursos públicos oriundos da arrecadação de tributos e reposicioná-los concedendo direitos ou outros valores para camadas sociais economicamente carentes.

medicamentos, em seus 13 anos de existência, pode-se concluir que algo em torno de R\$ 1,040 bilhões deixou de ser disponibilizado para aquisição de medicamentos para a população menos favorecida.

O *incremento* orçamentário decorrente da extinção das unidades próprias do PFPB, em torno de 8% do fomento realizado em 2016, após ter-se efetivada uma redução orçamentária média, desde 2010, da ordem de 23,6%, está distante de compensar ou repor a perda dos últimos sete anos. A grande perdedora foi a população brasileira de baixa renda, que deixou de obter o benefício e viu os poucos recursos orçamentários serem consumidos pela gestão do Programa.

Outras três importantes variáveis da análise sobre a trajetória do PFPB são relativas: (i) ao volume de fomento realizado pelo Estado à AF, (ii) à quantidade de usuários atendidos pelo PFPB; e (iii) ao custo unitário do atendimento. No período de 2003 a 2009<sup>20</sup>, o montante orçamentário direcionado a rubrica AF cresceu em 172,4%. A partir de 2010, inclusive, os valores destinados foram diminuindo até 2015, com uma redução na ordem de 86,7%, percebendo-se uma pequena recuperação (3,0%) em 2016.

Quanto aos custos do atendimento de necessidades de medicamentos essenciais para o SUS, os resultados de dois estudos já realizados mostraram diferenças de custos vantajosas à AF pública. De fato, nesses dois trabalhos, um a nível municipal (SILVA e CAETANO, 2015) e outro a nível nacional (CARRARO e MENGUE, 2013) constatou-se vantagem de custos no provisionamento através das unidades do SUS.

### **Considerações finais**

Notadamente, a mudança no formato da AF no Brasil foi justificada, pelo gestor federal, como uma tentativa de redução de custos do Programa. Porém, com base nos estudos destacados anteriormente, o formato da AF, por intermédio das unidades privadas credenciadas, é financeiramente desvantajoso quando comparado com o provisionamento realizado em unidades do SUS, ou seja, pelas UBS.

---

<sup>20</sup> Primeiro (2003/2006) e segundo (2007/2010) Governo Lula.

No que tange à distribuição territorial, o PFPB rede credenciada mostrou maior amplitude do que o PFPB rede própria. Porém não abarcando todo território nacional e caracterizando-se por sua concentração em regiões nas quais a lógica comercial impõe sua instalação, o que pode colocar-se como obstáculo logístico aos indivíduos de baixa renda, que, notoriamente, não residem nessas áreas urbanas mais atraentes à iniciativa privada.

Além disso, a dotação orçamentária tem se mostrado declinante, indicando que a manutenção do PFPB rede credenciada pode não perdurar no médio ou longo prazo, fragilizando, assim, a referida política pública de expansão da provisão de medicamentos, ainda que a distribuição territorial dessa rede não atenda aos objetivos de atender a população mais carente das Regiões Norte e Nordeste.

Estudos mais aprofundados acerca da cobertura dos atendimentos, população incluída e custo para o governo do uso das farmácias privadas, em comparação com a rede de dispensação do SUS, precisam ser realizados para que a política de AF seja aperfeiçoada com base em diagnósticos.

## Referências

ASSIS, Marluce Maria Araújo de; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de Saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BAHIA, L. A Saúde nos Governos Petistas: políticas públicas antagônicas. In: MARINGONI, G.; MEDEIROS, J. (Org). **Cinco Mil Dias: o Brasil na era do lulismo**. São Paulo: Boitempo/Fundação Lauro Campos, 2017. p. 223-228.

BECKER, Bertha Koiffmann. Logística e nova configuração do território brasileiro: que geopolítica será possível? In: DINIZ, Clélio Campolina. **Políticas de desenvolvimento regional: desafios e perspectivas à luz das experiências da União Europeia e do Brasil**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2007. p. 136-177.

BOING, Alexandra Crispim et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 691-701, abr. 2013.

BRASIL. **Portal Brasileiro de Dados Abertos**. 2017. Disponível em: <<http://dados.gov.br/>>. Acesso em: 25 set. 2017.

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Consulta - Fundo Nacional de Saúde**. 2017. Disponível em: <<https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>>. Acesso em: 17 set. 2017.

BRASIL. Constituição (1990). Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Lei 8080/90. Brasília, DF.

CARRARO, W. B. W. H.; MENGUE, S. S. Mensuração dos custos totais do fornecimento de medicamentos pela rede básica no Brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE CUSTOS, 13., 2013, Portugal. **Anais...** Portugal, Alfândega do Porto, 2013. p. 16-19.

COSTA, Ana Maria. Saúde é Desenvolvimento. In: SADER, Emir (Org.). **10 Anos de Governos Pós-Neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 69-102.

FERREIRA, Rogério Luiz. **Análise de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos**.



2007. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

FIO CRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **Farmácia Popular do Brasil**. 2017. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br>>. Acesso em: 02 out. 2017.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, Campinas, SP, n. 21, p. 211-259, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.preac.unicamp.br>>. Acesso em: 22 out. 2017.

GAMA, Cleonice. Modalidades de Acesso a Medicamentos no Brasil: Desafios e Perspectivas para Agenda Atual do SUS. In: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SAÚDE, 33., 2017. Brasília: Daf/sctie/ms, 2017. 58 slides, color.

GARCIA, L. P. et al. **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil**: perfil e desigualdades dos gastos das famílias segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Textos para discussão, 1.839).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros 2017**. 2017. Disponível em: <[https://downloads.ibge.gov.br/downloads\\_estatisticas.htm](https://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm)>. Acesso em: 22 set. 2017.

LUIZA, V. L. et al. Fortaleza e desafios dos modelos de provisão e financiamento de medicamentos. In: HASENCLEVER, Lia et al. (Org.). **Vulnerabilidades do Complexo Industrial da Saúde**: reflexos das políticas industrial e tecnológica na produção local e assistência farmacêutica. Rio de Janeiro: E-papers, 2018 (No prelo). p. 205-244.

MEDICI, A. **Family spending on health in Brazil**: some indirect evidence of the regressive nature of public spending in health. [s. l.]: Inter-American Development Bank, 2003. Disponível em: <<https://publications.iadb.org/handle/11319/4687>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

MELO, Marcus André. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: Elizabeth Rico (org.). **Avaliação de Políticas sociais**: Uma questão de Debate. 4. ed. São Paulo: Cortex, 2006. p. 11-28.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Farmacêutica**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/component/tags/tag/farmacia-popular>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Componente populacional: resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 52 p. (PNAUM).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Farmacêutica**. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/470-sctie-ra>>. Acesso em: 29 set. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS: (PlanejaSUS)**. Brasília: MS, 2006a. 51 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Orientações às Farmácias e Drogarias Credenciadas**. Brasília: MS, 2006. 18 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Farmácia Popular do Brasil**. Brasília: MS, 2005. 102 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). **Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus**. 7. ed. Brasília: MS, 2001. 96 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Farmácia Básica Programa 1997/98**. 1997. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_07.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_07.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Farmácia Básica Programa 1997/98**. 1997. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

MOTTA, Glaucia Possas da et al. **Uma análise dos impactos econômicos do Programa Farmácia Popular do Brasil**. 2013. Disponível em: <[http://www.anpec.org.br/encontro/2013/files\\_l/i12-e75ad295e5f96a014e11b00bd2226ab7.pdf](http://www.anpec.org.br/encontro/2013/files_l/i12-e75ad295e5f96a014e11b00bd2226ab7.pdf)>. Acesso em: 19 set. 2017.

NEGRI, Barjas. **Política Federal de Assistência Farmacêutica: 1990 a 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 44 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>>. Acesso em: 22 set. 2017.

PAIM, Jaimilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, p.11-31, 2011.

RADIS: Especial: A saúde em números. Rio de Janeiro: Radis, v. 1, n. 23, 15 jul. 2004. Mensal. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/23>>. Acesso em: 20 set. 2017.

SILVA, Rondineli Mendes da; CAETANO, Rosangela. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 20, p. 2943-2956, out. 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO GEOGRÁFICA – QGIS. 2017. Disponível em: <[https://www.qgis.org/pt\\_BR/site/forusers/download.html](https://www.qgis.org/pt_BR/site/forusers/download.html)>. Acesso em: 28 set. 2017.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil: Manual de informações às unidades credenciadas. 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/farmacia\\_popular\\_manual\\_sistema\\_copagamento\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/farmacia_popular_manual_sistema_copagamento_2ed.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2017.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL - STF. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, 2017. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.