

A Formulação da Política Pública de Assistência Farmacêutica: o Programa Farmácia Popular do Brasil

Eduardo Manhães¹

Valdir Santos²

Lia Hasenclever³

GT 2. Políticas públicas, pandemia e sociedade

Resumo

Esse trabalho visa apresentar o processo de construção da política pública de assistência farmacêutica (AF) dominada Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). **Metodologia:** pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais integrantes da equipe de formulação e implementação do referido programa. O foco das perguntas foi sobre conceitos da AF, impasses e adversidades percebidas no processo de formulação do PFPB. **Resultados:** os entrevistados consideram relevante resgatar o caráter público da AF por meio do Sistema Único de Saúde, mas apontam que o novo arranjo de assistência farmacêutica se propõe a reestruturar os instrumentos através dos quais se promove o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais. **Conclusão:** a vertente pública do programa, diante de dificuldades, foi extinta, apesar de ter promovido aperfeiçoamentos no processo de dispensação de medicamentos na rede de AF. Em seu lugar, a vertente derivada de uma parceria-público-privada hoje complementa, mas também concorre com os recursos da AF tradicional.

Palavras-chave: assistência farmacêutica; medicamentos básicos e essenciais; Sistema Único de Saúde; unidades básicas de saúde.

¹ Universidade Federal Fluminense/UFF - Campos dos Goytacazes/RJ– Brasil – ORCID: 0000-0002-4845-5480.

² Universidade Cândido Mendes - Campos dos Goytacazes/RJ

³ Instituto de Economia – Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ e Universidade Cândido Mendes - Campos dos Goytacazes/RJ – ORCID: 0000-0003-1384-6323.

Introdução

A Assistência Farmacêutica (AF) é responsável, entre outras coisas, pelo provisionamento de medicamentos básicos e essenciais e tem sido construída por meio de políticas públicas que se apresentam um constante processo de mudanças e novos instrumentos.

Desde a década de 1970, o Estado tem implementado ações voltadas à AF na perspectiva pública, e de maior abrangência universal com a criação, em 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS). A configuração do SUS se define em sua constituição como resultado de um processo evolutivo, no qual diversas ações foram realizadas de forma complementar (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

Em 2004, observou-se a construção de um novo arranjo de AF voltado ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, inicialmente baseado na estrutura governamental. A razão inicial para a criação desse novo arranjo era a existência de alguns problemas identificados no atendimento dos usuários, mesmo tendo a prestação do serviço abrangência territorial ampla, por intermédio do SUS.

A construção de uma política pública de AF, no Brasil, engloba vários aspectos importantes, tais como: (i) questões de ordem política, (ii) dimensão territorial a ser coberta, que se apresenta como um desafio logístico e (iii) escala do financiamento dessas ações. Esse conjunto de aspectos precisam ser atendidos para o pleno e correto atendimento das necessidades da população quanto a AF.

O objetivo do artigo é estudar o processo de construção do Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB e a sua formulação, no período entre 2004 e 2006, que introduziu importantes mudanças na AF no que tange à provisão de medicamentos básicos e essenciais. Nesse período o programa apresentou duas vertentes. A vertente pública, constituída por farmácias próprias, doravante denominado *Programa Farmácia Popular Rede Própria* (PFPB/RP). Essa vertente do PFPB foi implementada em 2004 e seu objetivo foi de provisionar medicamentos de forma igualitária a população, porém, agregando ao atendimento procedimentos de atendimento ainda não observados pela AF pública. Dois anos após a sua inauguração o Governo Federal implementa a segunda vertente do arranjo, estabelecida na rede de farmácias privadas, sendo denominada *Aqui tem Farmácia Popular* (ATFP).

Entre as principais mudanças observadas na formulação do PFPB tem-se a introdução da modalidade de financiamento conhecida como copagamento. Essa modalidade de financiamento é um instrumento no qual o usuário arca com parcela do valor do medicamento, sendo a outra parte subsidiada pelo Estado, com base em um Valor Referencial⁴ (VIANNA, PIOLA; REIS, 1998; BRASIL, 2006). Além disso, o Programa trouxe, na segunda vertente, o modelo de parceria pública-privada de distribuição dos medicamentos, desresponsabilizando o estado em parte dessa função.

Buscar-se-á, através desse trabalho, identificar: (i) a motivação para formulação do arranjo de AF do PFPB, partindo-se da premissa de que já existia outro modelo e com uma rede ampla e em funcionamento, (ii) perceber qual o entendimento dos formuladores do novo arranjo em relação a AF promovida pelo SUS, assim como do novo modelo e (iii) quais os objetivos iniciais se propunham alcançar com o PFPB/RP e porque os objetivos iniciais não foram alcançados, alterando-se a proposta inicial.

As principais hipóteses são: (i) o Estado buscou atender a uma demanda política de melhoria da AF e formular outro arranjo público que ampliasse o atendimento voltado ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais; (ii) as dificuldades para implementar a proposta inicial acabaram distorcendo os objetivos iniciais e enfraquecendo a AF pública.

Esse trabalho justifica-se pelo fato de que, a adequada percepção do contexto e dos motivos que levam a formulação de uma política pública são de suma importância para sua explicação e realização de análises posteriores quanto sua pertinência.

Além da Introdução, esse artigo está estruturado em três seções. A primeira seção apresenta a concepção teórica e a metodologia a ser utilizada. A terceira seção apresenta a síntese das entrevistas realizadas. Finalmente, na terceira seção são tecidas algumas considerações conclusivas.

Referencial teórico e metodologia

⁴ “Cap. I, Art. 2º, VIII - Valor de Referência (VR): preço referencial fixado pelo Ministério da Saúde para cada princípio ativo e correlato constante do Programa e definido para cada unidade de produto (UP).” (MS, Portaria nº 111, de 29 de janeiro de 2016).

O referencial teórico pauta-se no entendimento do conceito de políticas públicas e em breve histórico da política pública de AF brasileira. A partir destes dois componentes buscou-se compreender o funcionamento dos arranjos voltados a AF do SUS e do PFPB e as suas prováveis tensões entre programas públicos e universais e aqueles focalizados e com copagamento e parceria público privada.

Neste artigo entende-se políticas públicas como uma área de estudo voltada para a análise de situações e de tomada de decisões pelo Estado na sociedade capitalista, em regiões e realidades heterogêneas e complexas, através de ações corretivas que buscam modificar um contexto inadequado (SARAVIA, 2007; RUA; ROMANINI, 2013; RODRIGUES; SANTOS, 2017).

Uma política pública é construída por agentes através dos quais se constituem arranjos institucionais, podendo esses serem entendidos como “*o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma particular como se coordenam os atores e interesses na execução de uma Política Pública específica*” (FIANI, 2011, *apud* SILIANSKY, HASENCLEVER; PEIXOTO, 2018), podendo ter objetivos direcionados a determinados setores da sociedade, sendo esses demandantes de ações do Estado (TEIXEIRA, 2002; HEIDEMANN; SALM, 2009).

A partir desses referenciais teóricos pode-se concluir que a construção da política de AF no Brasil, ocorreu por meio de um processo evolutivo, com diferentes focos de preocupação e populações a serem atendidas por suas ações. Essas ações foram, inicialmente, voltadas aos trabalhadores formais (1971), passando, posteriormente, a ter um espectro mais abrangente, abarcando os trabalhadores rurais (1986), e partir da Constituição Federal de 1988, busca atender de forma universal, por meio dos canais públicos de atenção, evidenciando a construção da AF. Desta forma, a política de AF, voltada ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, a partir de 1990, foi organizada através do SUS e a partir de 2004 promovida pelo PFPB, com a manutenção dos dois arranjos (MANHÃES, 2019).

A gestão operacional do PFPB/RP foi realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e, inicialmente, ocorre através de unidades próprias, já com o formato de copagamento, tendo como fornecedores, os laboratórios públicos e, quando necessário, os laboratórios privados. A partir de 2006, outra ação é implementada, essa sob gestão direta do Ministério da Saúde - MS, sendo a segunda vertente do

PFPB, com provisionamento de medicamentos adquiridos nos laboratórios privados e distribuídos pela rede privada de estabelecimentos, sendo esses credenciados.

A título de informação a rede de AF no Brasil, em 2017, era composta por: (i) 37.690 Unidades Básicas de Saúde (UBS) organizações de dispensação de medicamentos do SUS, (ii) 497 unidades do PFPB/RP, já extinta⁵, e 31.108 estabelecimentos credenciados do ATFP (BRASIL, 2018).

A partir deste referencial e do breve histórico de construção da política de AF brasileira, a metodologia utilizada para o desenvolvimento desse artigo tem como base entrevistas com agentes relevantes do grupo de formulação e implementação do PFPB.

Quadro 1: Agentes entrevistados

Nome	Atuação
Prof. Norberto Rech Prof ^a . Jamaira Giora Prof. Dirceu Barbano	A partir de 2003, no Ministério da Saúde na Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e no Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF).
Prof. Hayne Felipe Sra. Cristiane Sendim	Fiocruz quando da formulação e operação do PFPB.

Fonte: Elaborado pelos autores

O quantitativo de entrevistados envolveu o maior número possível dos componentes do grupo que estiveram envolvidos na formulação, implementação e acompanhamento do PFPB e que se dispuseram a ser entrevistados. A adoção deste método de pesquisa justifica-se pela possibilidade de obter informações não disponíveis na literatura sobre o tema que é bastante vasta⁶, entendendo assim as intenções por trás da formulação do Programa.

Dentre as formas de entrevistas optou-se pelo formato de entrevistas semiestruturadas possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema a partir de um guia de entrevistas. Esse incluía uma descrição histórica retrospectiva do PFPB, partindo do momento de sua concepção, passando pelo processo de formulação e implantação da política pública e pelo entendimento de suas implicações para o contexto atual da AF no Brasil. As entrevistas foram realizadas no período de

⁵ Portaria do Ministério da Saúde nº 1.630/2017.

⁶ Inserir referências sobre o tema

maio/agosto de 2019, presencialmente, quando possível, ou virtualmente na impossibilidade, sendo todas elas gravadas.

Após a realização das entrevistas, essas foram transcritas, sendo a transcrição apresentada aos entrevistados para validação e ajustes pertinentes (DUARTE, 2004). Esse conjunto de entrevistas possibilitou a realização de uma análise do conteúdo viabilizando a interpretação do exposto diante do contexto social, econômico e histórico.

Resultados e discussão

Nessa seção será apresentada a narrativa dos entrevistados decorrente dos aspectos abordados nas entrevistas. É importante observar que os sujeitos de pesquisa detêm ampla experiência na área de pesquisa e assistência farmacêutica, tendo acompanhado, implementado e pesquisado sobre diversas outras ações relativas ao tema.

Inicialmente os entrevistados foram instados a explicitar os argumentos de diagnóstico que levaram à formulação do PFPB e a contextualizá-los nos momentos políticos vivenciados. Em 2002, durante o governo Fernando Henrique Cardoso, havia uma situação de desabastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito da atenção primária, com constantes faltas de produtos, apesar da estrutura bem organizada no MS⁷, justificando o diagnóstico de crise na AF básica provida através da Central de Medicamentos⁸.

Assim, a AF era identificada como tendo muitos problemas na prestação de serviços aos usuários, combinada a essa percepção, já se havia identificado que os pequenos municípios, mesmo com menos habitantes, não possuíam recursos financeiros e humanos para adquirir descentralizadamente os medicamentos básicos e essenciais. Ao contrário dos grandes municípios, que por muitas vezes, se desvincularam dos programas de AF centrais e implementaram suas próprias estruturas, fazendo suas próprias aquisições e dispensações⁹.

⁷ Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019),

⁸ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

⁹ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019), Norberto Rech (01/Agosto/2019) e Jamaira Giora (05/Agosto/2019).

Assim, nesse mesmo ano, durante a campanha eleitoral para o cargo de Presidente da República (2003/2006), o então candidato Luiz Ignácio Lula da Silva, propõe a criação de um novo arranjo de AF, semelhante ao existente no estado de Pernambuco¹⁰, sendo, porém, uma política pública a ser implementada por seu governo e operacionalizada pela estrutura pública federal, sem participação da iniciativa privada, e assim se tornar uma marca de sua administração¹¹.

Essa ação justificava-se, no campo político, pelo fato de que o seu principal opositor, o então Ministro da Saúde José Serra, tivera uma importante participação na implementação de ações no setor da saúde pública, tais como: (i) a implementação do programa de cuidados à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, (ii) a instituição da lei dos medicamentos genéricos, (iii) promoção da regulamentação flexibilizada da lei das patentes no setor farmacêutico e (iv) a promoção da organização do Sistema Nacional de Transplantes e da Central Nacional de Transplantes. Diante desse cenário, buscava-se a proposição de uma ação que se tornasse uma marca visível AF para o candidato Lula e que essa, fosse distinta do provisionamento de medicamentos do SUS¹².

Então, após a eleição do presidente Lula, foi constituída uma equipe de transição de governo, vindo alguns de seus componentes, posteriormente, a constituir o grupo responsável pela formulação e implementação do novo arranjo de AF. Nesse momento, foi realizado um mapeamento sobre as questões relacionadas a AF. Essa equipe, inicialmente, propôs a criação da Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), dentro do MS, entendendo que, as questões referentes aos medicamentos estavam estritamente relacionadas com Ciência e Tecnologia. Posteriormente, dentro dessa secretaria, também foi criada a Diretoria de Assistência Farmacêutica (DAF)¹³.

Inicialmente, foi realizado um levantamento no qual identificou-se a existência de vinte e três programas distintos de AF, em diferentes áreas da saúde, com sobreposições de uso de medicamentos e com diferentes dotações orçamentárias, significando a ausência de articulação na definição de estratégias quanto à aquisição

¹⁰ Operacionalizado pelo Laboratório Farmacêutico do estado de Pernambuco – LAFEPE.

¹¹ Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019), Jamaira Giora (05/Agosto/2019), Hayne Felipe (17/Maio/2019).

¹² Idem nota de rodapé 74.

¹³ Entrevista realizada com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

e/ou distribuição de medicamentos, fragmentando o cenário das ações voltadas para AF, sendo então, proposta a unificação desses programas¹⁴.

A segunda preocupação do grupo formulador da política pública do PFPB pautou-se, então, no entendimento sobre a necessidade de atender usuários que utilizassem serviços privados de saúde, serviços de atenção básica nas Santas Casas, setor filantrópico e de pequenas clínicas, quanto ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, devido, basicamente, as deficiências de dispensação no SUS. Porém, em nenhum momento os formuladores admitiam a possibilidade que a criação desse novo arranjo de distribuição de política pública pudesse vir a desestruturar o SUS, pois o objetivo era exatamente estruturar o processo da AF. Esse grupo estava preocupado com as características de intersectorialidade, com o desenvolvimento tecnológico, com utilizar a força e a capacidade produtiva dos laboratórios públicos e empenhados em discutir e formular uma política de AF, sem desestruturar o SUS ou privatizar o acesso aos medicamentos¹⁵.

Assim, a ideia inicial, da equipe formuladora, era de se construir uma farmácia em uma unidade de saúde, que iria se chamar de “Farmácia Popular”. Porém, o governo na época buscava outro tipo de acesso, que o modelo estivesse entre a compra na farmácia privada e a aquisição do medicamento na UBS. Chegou-se então ao entendimento de que esse espaço existia e que fazer uma mudança na AF do SUS, que seria o ideal, pela questão da gratuidade, pela questão da integralidade, demandaria uma grande mudança dentro do SUS¹⁶.

Esse processo foi intensamente discutido entre os membros do grupo formulador, composto por profissionais da AF e do MS, e a partir de um momento concluiu-se que seria uma evolução, uma saída para o próprio SUS, pois a proposta era de que o PFPB fosse um instrumento complementar ao já existente no SUS. No entanto, haviam opiniões discordantes no sentido de que o novo programa pudesse competir e tirar forças ou até mesmo acabar com AF do SUS.

Os entrevistados afirmaram ter buscado também, durante o período de formulação do Programa, um aperfeiçoamento da AF no SUS, via UBS. Foram desenvolvidas, no DAF/SECTIE/MS, ferramentas, como, por exemplo, a introdução do Sistema Nacional

¹⁴ Entrevista realizada com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

¹⁵ Entrevista realizada com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

¹⁶ Entrevista realizada com Jamaira Giora (05/Agosto/2019).

de Gestão da Assistência Farmacêutica, que visava acompanhar a aquisição e dispensação, que era colocado na ponta do atendimento para que o farmacêutico informasse quando ele comprou, o que ele dispensou, porque ele dispensou e com o acompanhamento de prazo de validade. Além disso, o MS promoveu seminários para formação de profissionais, desenvolveu um projeto para qualificar infraestrutura, pois verificava-se que por muitas vezes o município guardava de forma inadequada o medicamento, pois não tinha lugar com controle de temperatura e humidade, e assim não se garantia a qualidade¹⁷. Apesar desses esforços a eminência de cumprir uma promessa política de campanha parece ter sido mais importante na ideia de que era preciso construir um novo arranjo para provisão de medicamentos.

Decidido que deveria haver um novo arranjo, os entrevistados passaram a relatar a partir de que premissas haviam partido: primeiro, elencar quais eram as doenças de maior prevalência e que poderiam ser alvo de cobertura de medicamentos. Segundo, de que forma se daria o acesso às pessoas a esses medicamentos. Duas formas se apresentavam como possibilidades ou eles seriam vendidos ou eles seriam isentos de pagamento. E terceiro, quais seriam esses medicamentos e de que maneira o programa seria desenvolvido. Os dados epidemiológicos indicavam uma elevada prevalência das doenças crônicas, diabetes e hipertensão, e que essas, podendo estar associadas a outras comorbidades, que se não controladas, gerariam outros agravos e conseqüentemente maiores custos para o sistema de saúde, assim, a ineficácia no processo de controle das doenças poderia levar a danos as pessoas e obviamente custos mais elevados¹⁸.

Então foi realizada a seguinte simulação, partindo dos dados epidemiológicos de hipertensão, mensurou-se quanto de medicamentos seria necessário para ter 100% da cobertura de medicamentos no país, então foi identificado, naquele momento, que o DAF tinha uma dotação orçamentária para comprar o montante de medicamentos para 100% da cobertura das pessoas com hipertensão no Brasil. Mas concluiu-se que, a eficácia no controle da doença seria bastante reduzida, pois não se tinha estrutura física para armazenagem, distribuição e pessoal em número suficiente para o processo de diagnóstico e de monitoramento e controle da doença¹⁹.

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

¹⁸ Entrevista realizada com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

¹⁹ Entrevista realizada com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

Além disso, uma questão que foi enfatizada pelo grupo formulador do PFPB foi que não se admitia a ideia de formulação de uma política pública que desestruturasse o SUS ou simplesmente privatizasse a estrutura de provisionamento de medicamentos. Os entrevistados fizeram parte da construção do SUS e possuíam grande experiência no âmbito do SUS e ciência da importância de sua conquista para a saúde. Além disso, estavam preocupados com o desenvolvimento tecnológico local e estavam intencionados em utilizar a força e a capacidade produtiva de laboratórios públicos oficiais instalados no Brasil e empenhados em discutir e formular uma política de AF que fosse norteadora de outras políticas setoriais, entre elas, a própria política de medicamentos do SUS²⁰.

Enfim, o PFPB foi pensado como um programa com três pilares, sendo esses: (i) atuar junto ao governo para a reforma tributária houvesse uma maneira de eliminar tributos sobre medicamentos, principalmente o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), sendo essa uma bandeira da AF, principalmente para os medicamentos básicos e essenciais²¹, (ii) constituir farmácias populares próprias, para dispensação de medicamentos mais baratos, e (iii) com a rede de farmácia privada credenciada com reembolso se der pelo MS, tendo os dois canais de provisionamento uma coparticipação financeira mínima do usuário²².

Outro entendimento da equipe de formulação era de que, não bastava ter medicamentos nas unidades dispensadoras, esse medicamento, sendo apenas uma tecnologia para o processo de atenção à saúde necessita de um conjunto de ações intersetoriais, não só para a dispensação. Deveria ser acompanhado de orientação e serviços para o seu uso resolutivo e racionalizado, ser agregado a uma série de serviços voltados a mesma finalidade, com vistas ao correto uso do medicamento e consequente tratamento da enfermidade. Esse modelo de provisionamento deveria ser também um modelo a ser observado pela iniciativa privada²³.

Em uma primeira etapa da formulação do arranjo, com farmácias próprias, a Fiocruz, optando sempre por ter poucas unidades sob sua gestão, realizaria a dispensação de medicamentos gratuitamente, a partir de uma compra centralizada.

²⁰ Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019), Jamaira Giora (05/Agosto/2019) e Hayne Felipe (17/Maio/2019).

²¹ Até 2021, quase vinte anos depois do período da formulação do Programa, essa bandeira não foi alcançada.

²² Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

²³ Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019) e Hayne Felipe (17/Maio/2019).

Esse provisionamento ocorreria em um espaço de farmácia modelo voltada ao atendimento adequado, possuindo a atuação do farmacêutico, com uma atenção humanizada, dentro do conceito de uso racional dos medicamentos. Quando esse modelo estivesse pronto e validado, o projeto caminharia para uma segunda etapa na qual seriam constituídos convênios com estados, municípios e instituições filantrópicas, que assumiriam a administração dessas unidades que estariam distribuídas pelo país²⁴.

Então, nessa segunda etapa, as prefeituras assumiriam a responsabilidade pela construção, ou aluguel, da estrutura física, pela contratação e pagamento do pessoal e a Fiocruz somente repassaria uma verba para prefeitura e essa complementaria para manter a equipe mínima estabelecida, conforme exigências do Programa. A compra do medicamento seria realizada pela Fiocruz, que supriria as farmácias municipais²⁵.

A Fiocruz sempre optou, devido ao formato proposto, por ter poucas unidades com administração própria. A ideia era que essas serviriam como validação do modelo e convênios seriam estabelecidos com estados, municípios e instituições filantrópicas e a rede seria ampliada. Inicialmente, havia uma meta de se implantar 60 unidades, sem critério de escolha de sua localização. Em princípio, eram instaladas em pontos onde se tinha maior facilidade para estabelecer o convênio com o município ou em locais onde iríamos conseguir maior facilidade para firmar contratos de aluguel. Devido a circunstâncias políticas, as dificuldades começaram a surgir. Os municípios de gestão opositora ao governo federal, normalmente, não queriam implementar o Programa, e prefeituras que eram da base de apoio do governo, também não aderiam por não aceitarem o formato de coparticipação dos usuários. Aos poucos, porém, diversas prefeituras aderiram ao Programa, elevando o quantitativo de farmácias até 600 unidades. Assim que um município se manifestasse interessado pelo Programa, uma assessoria técnica para implantação da unidade era disponibilizada pela Fiocruz, isso com a modelagem na qual a prefeitura era a responsável pela montagem da estrutura física, ela alugava o espaço, ela era responsável pelo pagamento de pessoal e a

²⁴ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

²⁵ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

Fiocruz somente repassava uma verba e a prefeitura complementava para manter a equipe estabelecida, sendo a compra do medicamento feita pela Fiocruz²⁶.

As unidades de Salvador e de São Paulo foram repassadas para os municípios, com um elenco de medicamentos definido pela Fiocruz. O objetivo era dirigir essas demandas para os laboratórios oficiais (Farmanguinhos, Instituto Vital Brasil, laboratórios do Exército, da Marinha, da Aeronáutica, de Pernambuco, da Fundação para o Remédio Popular, etc.), contudo, a proposta inviabilizou-se, pois esses laboratórios estavam, naquele momento, sem condição de atender a demanda no volume necessário, cabendo então aos laboratórios privados proverem, via de regra, medicamentos genéricos e/ou similares a partir de licitações realizadas pela Fiocruz²⁷. Nesse contexto, havia o obstáculo de que o MS não poderia comprar medicamentos e vender os medicamentos, assim, buscou-se discutir a forma jurídica para que isso acontecesse levando à formulação de um projeto de lei que alterou uma das funções da Fiocruz entendendo que, naquele momento, seria necessário observar toda a possibilidade de usar o termo ressarcimento pelo custo ou parte do custo do medicamento, possibilitando que a Fiocruz recebesse do MS o valor pago na aquisição de medicamentos pelos seus preços de custo. Assim, a Fiocruz passou a ser a responsável pelo processo de abastecimento dos medicamentos considerando o ressarcimento pelas unidades implantadas junto às instituições conveniadas. Nesse momento, também se discutiu, dentro do MS, todo o processo de redefinição da sistemática de disponibilização de medicamentos no âmbito do SUS²⁸.

A operação do Programa ocorria da seguinte forma: o MS direcionava recursos para a instalação e manutenção das unidades e a aquisição de medicamentos, porém, havendo o ressarcimento de parte do valor do medicamento pelo usuário. Assim para o funcionamento das farmácias da rede própria, o financiamento baseava-se em uma prestação de contas realizada anualmente pela Fiocruz, na qual era informado o montante de gastos com medicamentos e mais o gasto com pessoal e aluguel de loja e etc.. Todavia, a Fiocruz tinha o ressarcimento, conforme tabela de preços determinada pela Coordenação do PFPB na DAF/SCTIE/MS, então, o montante repassado pelo MS para a Fiocruz derivava-se do somatório dos gastos com

²⁶ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

²⁷ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

²⁸ Entrevista realizada com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

medicamentos, acrescido do gasto com manutenção e deduzido o montante ressarcido pela população²⁹.

Porém, como o objetivo era de atender uma demanda nacional, surgiram barreiras quanto à estrutura física para estocagem e de logística de distribuição territorial. O PFPB/RP promoveu alternativas, porém, de baixa resolutividade, exatamente devido à complexidade da questão que a dispensação de medicamentos exige³⁰.

Passados aproximadamente dois anos da implementação do PFPB/RP a equipe da Fiocruz formulou um modelo onde as compras eram, ainda, centralizadas no Rio de Janeiro, mas com o armazenamento e distribuição realizada por dois centros de distribuição, um em São Paulo e outro na Bahia. Porém, esse modelo mostrou-se mais dispendioso, devido à necessidade de manterem-se mais dois armazéns, e, também, não melhorou a eficiência do processo de distribuição, sem diminuir o tempo de entrega para as farmácias populares, assim o modelo de estocagem e distribuição retornou ao formato centralizado no Rio de Janeiro³¹.

O PFPB/RP também apresentava problemas com o acompanhamento e uso das relações de medicamentos básicos e essenciais dos estados e municípios, pois a prescrição médica, não necessariamente obedecia ao indicado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). O resultado foi um desencontro entre a compra de itens que não faziam parte da Rename e que haviam sido prescritos, criando assim um conflito entre o direcionamento da Política Nacional de Medicamentos e a operação do Programa³².

Os entrevistados referiram-se ainda a um importante aspecto na construção do PFPB que se refere à questão legal sobre o recebimento de recursos financeiros em contrapartida à dispensação dos medicamentos. Segundo a legislação vigente o Estado não pode realizar a comercialização de produtos. Dessa forma, foi preciso alterar a legislação e para tanto foram consultados diversos órgãos de controle, tais como: Conselho Nacional Fazendário, Tribunal de Contas da União e o Ministério do Planejamento. O entendimento por parte dos formuladores da política era que a

²⁹ Entrevista realizada com Cristiane Sendim (13/Agosto/2019).

³⁰ Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019) e Cristiane Sendim (13/Agosto/2019).

³¹ Entrevista realizada com Cristiane Sendim (13/Agosto/2019).

³² Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

cobrança acabou por se mostrar a solução satisfatória diante da perspectiva da não disponibilização dos medicamentos³³.

A cobrança de uma parcela do medicamento ao usuário foi um ponto de amplo debate na formulação do programa, pois para a base política do governo empossado, essa questão contrariava o princípio básico da gratuidade da AF do SUS. Aceitava-se, à época, no máximo a distribuição com custo simbólico aos moldes de programas sociais vigentes à época, como o “*restaurante a R\$ 1,00*”. O pleito dos grupos de defesa dos direitos sociais era que também a AF seguisse o mesmo modelo, cobrando valores irrisórios. Porém, havia a justificativa de que o pagamento parcial pelo usuário viabilizaria o Programa, já que o Estado não suportaria realizar o financiamento total do programa, argumento esse complementado pela defesa quanto à viabilização do acesso ao medicamento³⁴.

Assim o PFPB, composto pelas unidades próprias (2004) foi implementada com a cobrança ao usuário de um valor definido pelo DAF, denominado “coparticipação”, e na segunda fase, com as farmácias privadas credenciadas (2006), com o desembolso de parcela (10%) do preço de referência do medicamento definido como copagamento³⁵.

A partir de 2005, dado o primeiro impacto decorrente da implementação do PFPB/RP, fez-se necessária a ampliação do Programa. A ideia era viabilizar a redução das demandas para os gestores dos municípios com a operação do PFPB/RP, que muitas vezes estavam acima das possibilidades de financiamento desses entes. A partir daí se deu sequência ao estudo, que já havia sido feito em 2003, de que poderia ser implementada a uma nova vertente do Programa por meio de uma parceria com as farmácias privadas, que seriam credenciadas. Dessa forma o programa foi renomeado para Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP). Estabeleceu-se um elenco de medicamentos que pudesse ser gradativamente ampliado, formado a partir dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das principais doenças que afetavam o país. Avaliou-se aspectos tais como a existência de compatibilidade entre a apresentação dos medicamentos, e a relação dessas apresentações com os preços praticados no mercado farmacêutico nacional e foi definido o que se chamou de “preço

³³ Entrevistas realizadas com Jamaira Giora (05/Agosto/2019) e Vera Lucia Luiza (25/Julho/2019).

³⁴ Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

³⁵ Entrevista realizada com Vera Lucia Luiza (25/Julho/2019).

de referência”. O MS publicou a lista de medicamentos, com as substâncias ativas e as apresentações definidas, que teriam dispensação subsidiadas com base no preço de referência³⁶.

As farmácias privadas, que atendessem as exigências estipuladas pelo MS, seriam credenciadas para realizar a dispensação de medicamentos básicos e essenciais, e o MS ressarcia, aos estabelecimentos, a diferença entre o preço estipulado e o valor que a população pagava no balcão. Esse procedimento conhecido como copagamento era o mesmo estipulado no balcão do PFPB/RP, enquanto esse vigorou³⁷.

Com o funcionamento do ATFP percebeu-se nos municípios a existência de um público que não adquiria medicamentos na UBS e nem nos estabelecimentos do PFPB/RP e que passou a ir à farmácia privada credenciada, o que significou um alívio de pressão do ponto de vista da aquisição desses medicamentos sobre as secretarias municipais de saúde³⁸.

Em 2011 foi instituído o programa “saúde não tem preço” na AF e nesse houve um acordo com a rede privada varejista de maneira que os 10% que a população pagava pelos medicamentos para hipertensão, diabetes e asma seriam absorvidos pela rede credenciada e passariam a ser dispensados gratuitamente para os usuários. O ATFP estava crescendo muito, tanto que no final do governo Dilma o PFPB era o maior gasto em medicamento do MS, estava, inclusive, ultrapassando os gastos com a AIDS, que sempre representaram importante parcela de gasto do orçamento, devido a que grande parte dos medicamentos serem patenteados³⁹.

A sensação atual dos entrevistados referente ao ATFP é de que, de alguma forma, o Programa está em crise, devido a ausência de informações oficiais referente a rede, aos processos, a possíveis ajustes. Essa indefinição vai impactar diretamente no consumidor. Na opinião dos entrevistados, o programa ainda não parou porque o setor privado, empresas e instituições ligadas a rede de distribuição, tem interesse em manter o seu funcionamento⁴⁰.

³⁶ Entrevista realizada com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

³⁷ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

³⁸ Entrevista realizada com Dirceu Barbano (16/Agosto/2019).

³⁹ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

⁴⁰ Entrevistas realizadas com Jamaira Giora (05/Agosto/2019).

No ATFP o não credenciamento de novos estabelecimentos e a não viabilização de estruturação dos pequenos estabelecimentos privados com recursos de comunicação e tecnológicos limitados são problemas importantes, pois na medida em que não existem estímulos para que ocorram novos credenciamentos das farmácias privadas e, por via de consequência, também não se tenha nenhum tipo de incentivo para sua adaptação tecnológica para compor a rede adequadamente, as possibilidades serão reduzidas com o decorrer do tempo, resultando um processo de exclusão social importante indo contra os objetivos da política pública⁴¹.

Finalmente, os entrevistados foram instados a avaliar os benefícios e os problemas do PFPB em suas duas vertentes. A Fiocruz, principal gestora do PFPB/RP, fez uma pesquisa a respeito dos seus impactos e o que se verificou foi que: (i) esse interferiu positivamente na organização do sistema de dispensação de medicamentos, principalmente, na rede privada, (ii) esse ampliou a presença de profissionais farmacêuticos nas unidades farmacêuticas do SUS e das farmácias privadas, (iii) não desestruturou a AF no SUS, (iv) os usuários apropriaram-se de um conjunto de informações, inclusive sobre ponto de vista da sua interface com os prescritores no sistema privado, e isso gerou modificação das condutas de prescrição e (v) muitas indústrias que tinham diversas apresentações diferentes do mesmo medicamento, que não atendiam aos consensos de tratamentos de algumas doenças incluídas na cobertura do PFPB passaram a produzir medicamentos em apresentações compatíveis aos consensos de tratamentos, gerando uma maior racionalidade, reduzindo perdas com sobras dos medicamentos por parte dos usuários⁴².

No entanto o PFPB não resolveu todos os problemas. A rede própria teve uma limitação por conta do ancoramento no gestor público, nos hospitais filantrópicos, o que resultou no posterior envolvimento das farmácias privadas no Programa. Por outro lado, observa-se que nas cidades onde há baixo número de habitantes e de nível de renda não interessa às farmácias privadas atuarem como credenciadas do Programa. A cobertura integral dos usuários daquela cidade ficará prejudicada e a sua solução vai demandar do gestor público um grande esforço no sentido de fazer com que o

⁴¹ Entrevista realizada com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

⁴² Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019), Hayne Felipe (17/Maio/2019) e Jamaira Giora (05/Agosto/2019).

próprio SUS tenha capacidade e condições financeiras de fazer frente à demanda. Em geral, os pequenos municípios precisam de amparo nesse processo, por sua baixa capacidade de investimento nas UBS⁴³.

O Programa também não conseguiu ser mais equitativo, pois não disponibilizou medicamentos de forma gratuita para todas as faixas da população, inclusive aquelas que poderiam pagar mais. Não foi construído um planejamento, cujo atendimento da demanda de medicamentos estivesse relacionado a renda da pessoa. Não foi possível definir um método que pudesse fazer um fracionamento da demanda por faixa de renda para o pagamento⁴⁴.

Também poderia ter havido maior acompanhamento posterior do Programa. Nos primeiros dois, três anos o foco foi somente em fazê-lo funcionar, em ter um funcionamento padronizado, em ter um acesso diferenciado. Até mesmo pela questão operacional, a proposta era complexa e envolvia diversas dimensões como de logística e de financiamento⁴⁵.

Na visão dos entrevistados, existe a necessidade de constante debate político a respeito da manutenção do financiamento e da organização do SUS para ter em suas prioridades o processo de atenção à saúde das pessoas que utilizam medicamentos, o que significa dizer, não só disponibilizar o medicamento, mas, disponibilizar as ações de saúde que são inerentes ou necessárias ao uso resolutivo dessa tecnologia⁴⁶.

Os entrevistados acreditam que a decisão de encerramento do PFPB/RP, em 2017, foi mais política do que técnica, apesar de que o Programa já estivesse sofrendo certo declínio, porque a entrada das farmácias privadas gerou uma capilaridade enorme e com baixos custos para o MS, mesmo considerando que inicialmente não se pretendia atingir uma ampla territorialidade através do PFPB/RP⁴⁷, a rede privada se mostrou muito mais resolutiva. De fato, o PFPB/RP tinha uma reduzida capilaridade e volume de dispensação, quando comparado com a rede credenciada. Não se pode

⁴³ Entrevista realizada com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

⁴⁴ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

⁴⁵ Entrevista realizada com Jamaira Giora (05/Agosto/2019).

⁴⁶ Entrevista realizada com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

⁴⁷ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

deixar de ventilar, entretanto, a possibilidade de que tenha sido uma ação política do governo Temer, pois o programa carregava uma marca fortíssima do governo Lula⁴⁸.

Segundo os entrevistados, a extinção do PFPB/RP pode ter tido ainda como justificativas a questão do financiamento do programa, principalmente após a instituição do teto de limitação dos gastos⁴⁹; a ausência de melhoramentos contínuos como, por exemplo, na atualização de lista de itens, na atualização de seus preços, na busca de outros serviços que poderiam ser agregados ao programa, e a ausência de atendimento de acordo com as demandas regionais e, assim, por diante.

Em resumo, o fechamento justificava-se, pois, o PFPB/RP possuía altos custos de manutenção e de estocagem e funcionavam por 8 horas por dia útil da semana, enquanto que um estabelecimento credenciado da rede privada não representaria custos fixos, pois esses já eram cobertos pela atividade privada, já funcionavam por 24 horas, devido os plantões, além do fato que, as farmácias privadas, já mantem estoques de medicamentos e possuem maior dispersão de unidades no território nacional. Dessa forma, o encerramento da vertente pública do PFPB foi decidido e frente a esta decisão, a Fiocruz formulou um plano de fechamento, encerrando inicialmente, as unidades que dispensavam menos medicamentos, ficando as unidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia como as últimas a serem fechadas em 2017⁵⁰.

Em síntese o esforço de formulação de um novo arranjo de provisionamento de medicamentos, denominado PFPB, buscou organizar a AF e reforçar seu caráter público, sem extinguir a AF existente no SUS, pelo contrário, buscou complementá-la. Entretanto, essa iniciativa foi abortada, passando a vigorar somente a AF via o ATFP, quando a AF passa a ser um arranjo de parceria público-privada, passando a apresentar um significativo espraiamento territorial, porém, o PFPB/RP promoveu mudanças na estrutura produtiva, na operação e no atendimento da AF, até então promovida⁵¹.

Dessa forma, pode-se sintetizar que, a construção do novo arranjo decorreu do fato de que a AF tinha problemas no provisionamento de medicamentos básicos e

⁴⁸ Entrevistas realizadas com Norberto Rech (01/Agosto/2019), Hayne Felipe (17/Maio/2019) e Jamaira Giora (05/Agosto/2019).

⁴⁹ Instituído pela PEC 241.

⁵⁰ Entrevista realizada com Cristiane Sendim (13/Agosto/2019).

⁵¹ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

essenciais no SUS, mas também, derivou de uma demanda política. Sendo que o PFPB foi construído com um novo modelo de financiamento, o copagamento⁵².

Além disso, um ponto positivo, foi a ampliação da presença de profissionais farmacêuticos nas unidades de dispensação de medicamentos em estabelecimentos privados e no âmbito do SUS, houve a apropriação de um conjunto de informações que alteraram a relação do usuário com os prescritores, modificando as condutas dessa relação e promoveu a mudança na produção das apresentações dos medicamentos, passando a estarem de acordo com os consensos de tratamentos das doenças incluídas na cobertura da farmácia popular⁵³.

O PFPB visava ser uma ação complementar ao SUS, conforme já mencionado, de maneira a proporcionar maior atendimento à população de classe média e a suprir falhas da AF pública. Muitas vezes o paciente era atendido na rede pública e saía com uma receita na mão e não conseguia obter o medicamento na UBS. Por sua vez o paciente atendido na rede privada não tinha como comprar todos os medicamentos na farmácia porque não tinha dinheiro, muitas vezes tinha de fazer escolhas entre quais medicamentos comprar. Em ambos os casos se observava a falta de seguir adequadamente o tratamento. Os entrevistados afirmaram que a implementação do Programa reduziu esse tipo de problema, pois foi possível ampliar a oferta dos medicamentos. Entretanto, reconhecem que não foi conseguido atribuir ao Programa um funcionamento mais equitativo, sem fazer distinção, por exemplo, no atendimento por faixa de renda⁵⁴. O resultado é que os maiores beneficiários foram as pessoas de classe média, mais informados sobre seus direitos.

Considerações Finais

Verifica-se que a construção do PFPB, mesmo justificada pelas falhas observadas no modelo de dispensação de medicamentos básicos e essenciais pelas UBS no SUS, teve forte influência de uma proposta de campanha política de atendimento ampliado da AF não só para os usuários do SUS, como também para a classe média que dispunha de plano de saúde, que cobria os serviços médicos, mas que não cobria o

⁵² Entrevistas realizadas com Jamaira Giora (05/Agosto/2019).

⁵³ Entrevista realizada com Norberto Rech (01/Agosto/2019).

⁵⁴ Entrevista realizada com Hayne Felipe (17/Maio/2019).

alto custo dos medicamentos de doenças crônicas que envolvem o seu tratamento contínuo.

A primeira etapa do PFPB (PFPB/RP) proporcionou uma ampliação na oferta de medicamentos básicos e essenciais com abrangência territorial limitada com altos custos de manutenção e de estocagem. Porém, implementou a proposta de prestação de serviços que extrapolasse a etapa de dispensação de medicamentos, sendo essa orientada por um atendimento humanizado, contendo, obrigatoriamente, profissionais farmacêuticos, mas também o sistema de copagamento, encargo financeiro parcial para os usuários.

A segunda vertente dessa política pública viabilizou o financiamento do setor privado pelo setor público e manteve-se o copagamento para aquisição do medicamento. Nesse formato, destaca-se a maior abrangência territorial alcançada e o direcionamento de significativa parcela do orçamento público destinado a AF, fragilizando assim a prestação do serviço de dispensação de medicamentos básicos e essenciais pelo SUS, principalmente junto aos menores municípios e com menor nível de renda.

Referências

BARBANO, Dirceu. Programa Farmácia Popular do Brasil. Entrevista concedida a Eduardo Manhães, Rio de Janeiro, 16 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília, DF: Círculo de Brasília, 2006. 100p.

BRASIL. PEC nº 241, 16 de dezembro de 2016. Teto dos Gastos Públicos Federais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 2, col. 2. 2016.

BRASIL. Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 104. 2016.

BRASIL. Portaria nº 1.630, de 30 de junho de 2017. Desabilita municípios e estados da manutenção de unidades do Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União: Edição: 125, Seção: 1, Página: 20, Brasília, DF, p. 4839, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/component/tags/tag/daf>. Acesso em: 25 abr. 2018.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*, Curitiba, v. 24, p. 213-225, 2004.

GIORA, Jamaira. Programa Farmácia Popular do Brasil. Audiconferência. Entrevista concedida a Eduardo Manhães, Rio de Janeiro, 05 de agosto de 2019.

HAYNE Felipe. Programa Farmácia Popular do Brasil. Audiconferência. Entrevista concedida a Eduardo Manhães, Rio de Janeiro, 17 de agosto de 2019.

HEIDEMANN, Francisco; SALM, José Francisco. Políticas Públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: Unb, 2009. 340 p. ISBN: 9788523009069.

MANHÃES, Eduardo. Arranjos de Provisão de Medicamentos Básicos e Essenciais: análise do Programa Farmácia Popular do Brasil. 2019. 180 f. Tese (Doutorado) - Curso de Planejamento Regional e Gestão da Cidade, Universidade Cândido Mendes, Campos dos Goytacazes, 2019.

RECH, Norberto. Programa Farmácia Popular do Brasil. Audiconferência. Entrevista concedida a Eduardo Manhães, Rio de Janeiro, 01 de agosto de 2019.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. São Paulo: UNASUS-UNIFESP, 2012, 18 p.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares (Org.). Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. 224 p.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. Para aprender Políticas Públicas. Brasília: Instituto de Gestão, Economia e Políticas Públicas, 2013.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. *In*: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (org.). Políticas públicas. Brasília: Enap, 2007. p. 21-42.

SENDIM, Cristiane. Programa Farmácia Popular do Brasil. Audiconferência., Entrevista concedida a Eduardo Manhães, Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019.

SILIANSKY, Maria de Fátima; HASENCLEVER, Lia; PEIXOTO, André Luis Almeida. Arranjos institucionais em serviços dependentes de equipamentos para diagnóstico e terapêutica de doenças cardiovasculares: um estudo sobre as regiões Norte e Noroeste do estado do Rio de Janeiro. *In*: HASENCLEVER, Lia *et al.* Vulnerabilidades do Complexo Industrial da Saúde. Rio de Janeiro: E-papers, 2018. p. 253-276.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade. 2002. Disponível em: www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf. Acesso em: 18 fev. 2018.

VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; REIS, Carlos Octávio Ocké. Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do copagamento. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, v. 1, n. 17, p. 106-171, 1998.