



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal”

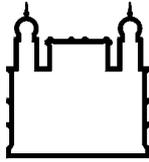
por

Marco Aurélio Pereira

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientador principal: Prof. Dr. Carlos Augusto Graboís Gadelha
Segundo orientador: Prof. Dr. José Manuel Santos de Varge Maldonado*

Rio de Janeiro, fevereiro de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal”

apresentada por

Marco Aurélio Pereira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Guacira Corrêa de Matos

Prof. Dr. Marco Antônio Vargas

Prof. Dr. Carlos Augusto Grabois Gadelha – Orientador principal

Dissertação defendida e aprovada em 01 de fevereiro de 2013.

*Aos meus queridos pais, Oreste (in memoriam) e Maria Vitória
Minha irmã Fernanda Letícia
Ao meu amor Silvia Amaral Pereira*

Agradecimentos

Meu agradecimento ao meu orientador Carlos Gadelha e ao coorientador José Maldonado pela atenção e paciência na orientação para o desenvolvimento deste trabalho.

Meu agradecimento ao Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica-DAF/SCTIE/MS, José Miguel do Nascimento Júnior, pela compreensão e pelo apoio para que pudesse participar deste mestrado.

Meu muito obrigado para a equipe de colaboradores da Coordenação Geral de Gestão do DAF/SCTIE/MS pelo auxílio e suporte dado, para que pudesse desenvolver as atividades que culminaram na elaboração deste trabalho.

Meu muito obrigado aos professores, que com profissionalismo e responsabilidade compartilharam seus conhecimentos.

Agradeço aos amigos de outras instituições que também foram alunos. Agradeço pela preocupação que tiveram em proporcionar momentos de lazer nos dias em que ficávamos no Rio de Janeiro, pela solidariedade e pelo empenho em nos receber da melhor maneira possível e pela amizade construída.

Meu agradecimento aos parceiros do Ministério da Saúde do DAF, DECIIS e DECIT que comigo fizeram este mestrado. Os dias de convivência, que começavam cedo no aeroporto de Brasília até a chegada ao Rio de Janeiro, bem como os dias de aulas e trabalhos realizados conjuntamente. Essa será uma amizade que perdurará.

Meu agradecimento aos funcionários da “Casa amarela” da FIOCRUZ, pelo carinho com que sempre nos acolheram e pela atenção com os que lá se hospedam.

Agradeço aos funcionários da ENSP/FIOCRUZ por cuidar de todos nós, antes, durante e depois das aulas.

Por fim, agradeço aos que acabaram por compartilhar deste momento comigo, contribuindo com opiniões, críticas, dicas e apoiando para que este trabalho pudesse ser realizado.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	v
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	vii
RESUMO	ix
ABSTRACT	x
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivos.....	5
1.1.1 Objetivo Geral.....	5
1.1.2 Objetivos específicos.....	5
1.2 Justificativa.....	5
1.3 Metodologia.....	8
2. REFERENCIAL TEÓRICO E NORMATIVO.....	10
2.1 O Complexo Econômico-Industrial da Saúde - CEIS	10
2.2 A Indústria farmacêutica no subsistema de base química e biotecnológica.	18
2.2.1 A indústria farmacêutica no Brasil – contexto histórico	22
2.3 O sistema de saúde brasileiro e a assistência farmacêutica	31
2.4 As redes de atenção à saúde - RAS	36
2.5 A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde.....	39
2.6 Decreto 7508/2011	42
2.7 Programa Farmácia Popular do Brasil.....	43
2.7.1 O papel estratégico e inovador do Programa Farmácia Popular do Brasil.	49
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES	53
CONCLUSÃO.....	74
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	82
BIBLIOGRAFIA	93

LISTA DE ABREVIATURAS

AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária em Saúde
CEIS	Complexo Econômico-Industrial da Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CGPLAN	Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
GATT	Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (General Agreement on Tariffs and Trade)
GEIFAR	Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica
FNS	Fundo Nacional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMC	Organização Mundial do Comércio
OPEP	Organização dos Países Exportadores de Petróleo
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM	Política Nacional de Medicamentos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SCTIE	Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
SUS	Sistema Único de Saúde
TRIPS	Acordo de Propriedade Intelectual Relacionado ao Comércio (Trade-related Aspcets of Intellectual Property Rights)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

- Figura 1. Complexo Industrial da Saúde - Morfologia.....12
- Figura 2. Percentual de participação dos medicamentos genéricos por Estado e no DF frente aos medicamentos comercializados.71

GRÁFICOS

- Gráfico 1. Evolução da balança comercial do setor de saúde em bilhões de US\$ (1996 a 2011).....15
- Gráfico 2. Participação das indústrias no déficit da balança comercial da saúde 2010 ..15
- Gráfico 3. Evolução do número de apresentações de medicamentos genéricos registrados no Brasil (2000 a 2011).....30
- Gráfico 4. Percentual de participação de medicamentos genéricos no Brasil, por ação geral do medicamento (acumulado até 2012).....30
- Gráfico 5. Participação dos medicamentos genéricos no Brasil (2010 a 2012).....31
- Gráfico 6 Despesas anuais do MS na aquisição e financiamento de medicamentos (2003 – 2012).....48
- Gráfico 7. Evolução dos gastos do MS assistência farmacêutica básica (1999 – 2010) .48
- Gráfico 8. Número de unidades da rede própria x Municípios atendidos54
- Gráfico 9. Número de estabelecimentos credenciados no “Aqui Tem Farmácia Popular” (2006 a 2012).....54
- Gráfico 10. Número de Municípios atendidos pelo “Aqui Tem Farmácia Popular” (2006 a 2012).....55
- Gráfico 11. Número de pacientes atendidos pelo “Aqui Tem Farmácia Popular”56
- Gráfico 12. Número de Municípios do “Plano Brasil Sem Miséria” atendidos pelo Programa Farmácia Popular (dez/2011 a out/2012)57
- Gráfico 13. Número de pacientes atendidos pelo “Aqui Tem Farmácia Popular” (2010 a 2011).....58
- Gráfico 14. Evolução do número de pacientes atendidos com medicamentos para hipertensão e diabetes no PFPB (jan/2011 a out/2012).....59
- Gráfico 15. Número de pacientes atendidos com medicamentos para asma no PFPB (jan/2011 e out/2012)59

Gráfico 16. Evolução do orçamento do Programa Farmácia Popular do Brasil “Aqui Tem Farmácia Popular” (2006 a 2011)	64
Gráfico 17. Participação por tipo de produto, em unidade farmacotécnica, no “Aqui Tem Farmácia Popular”, em percentual (2009 a 2012).....	66
Gráfico 18. Participação por tipo de produto, em unidade farmacotécnica, no “Aqui Tem Farmácia Popular” dos medicamentos dispensados gratuitamente, em percentual (2011 a 2012).....	67
Gráfico 19. Variação dos gastos do MS no subsídio dos medicamentos genéricos versus referências/similares, por região, entre 2010 a 2011.	72

TABELAS

Tabela 1. Os 10 maiores laboratórios no mercado farmacêutico – 2011.	25
Tabela 2. Atualização do elenco do “Aqui Tem Farmácia Popular”	45
Tabela 3. Número de pacientes atendidos no “Aqui Tem Farmácia Popular” (Janeiro/ 2011 a Janeiro/ 2012)	61
Tabela 4. Número de pacientes atendidos no “Aqui Tem Farmácia Popular” (Janeiro/ 2011 a Outubro/ 2012).....	61
Tabela 5. Número de pacientes atendidos no “Aqui Tem Farmácia Popular” por região do País (Janeiro/ 2011 a Setembro/ 2012).....	65
Tabela 6. Participação por medicamento no PFPB, desagregado por patologia, entre janeiro de 2011 e janeiro de 2012.....	68
Tabela 7. Medicamentos genéricos mais vendidos nos anos de 2010 e 2011.	69
Tabela 8. Crescimento percentual em volume de três medicamentos no PFPB, entre 2010 e 2011.	70
Tabela 9. Participação de medicamentos genéricos no mercado total em comparação com a participação de genéricos no PFPB, por região, em percentual (2012)	71
Tabela 10. Evolução do subsídio de medicamentos genéricos no PFPB em comparação com os demais medicamentos, por região, entre 2010 e 2011.	72

RESUMO

No Brasil, o direito de acesso à saúde é um preceito constitucional garantido enquanto dever do Estado, com base em princípios que preveem que este seja universal, integral, igualitário e com controle social. Desta forma, a saúde deve ser compreendida enquanto política pública que articule ações que compreendam os diferentes níveis de complexidade de atenção e a intersectorialidade inerente a este setor.

A assistência farmacêutica, prevista enquanto campo de atuação do SUS, está organizada com base em uma Política Nacional aprovada no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. As diversas ações que garantam o acesso aos medicamentos essenciais, de forma qualificada e racional, devem ser vistas enquanto parte integrante da Política Nacional de Saúde. Nesta lógica, em 2004, foi criado o Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB. Em caráter complementar às demais ações executadas no campo da assistência farmacêutica, o Programa foi concebido enquanto uma alternativa de acesso aos medicamentos, buscando atender àqueles que pudessem despende de um pequeno valor pelo seu medicamento, permitindo desta forma que os usuários de medicamentos não tivessem interrompido seu tratamento em virtude de dificuldades de acesso. Em 2006, além das parcerias com Estados e Municípios, o Programa foi ampliado através de parcerias com farmácias e drogarias, chamado de “Aqui Tem Farmácia Popular”.

Considerando a dimensão do Programa, este trabalho objetivou analisar o Programa Farmácia Popular do Brasil enquanto alternativa de acesso aos medicamentos e sua articulação com as demais ações estratégicas do MS, com base na Política Nacional de Medicamentos e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Além disso, analisar a relação entre Programa Farmácia Popular do Brasil e o Complexo Econômico- Industrial da Saúde - CEIS, com base na dimensão da dispensação e investimentos feitos pelo Ministério da Saúde, em especial no fortalecimento da oferta de medicamentos genéricos.

Ao considerarmos os resultados de capilaridade do Programa, ampliação do número de pessoas atendidas, os valores gastos pelo MS e estímulo aos medicamentos genéricos, é possível afirmar que estes apontam que o PFPB articula-se com o CEIS, na sua dimensão social e econômica, e com as demais ações estratégicas do Governo, fortalecendo o acesso os medicamentos.

ABSTRACT

In Brazil, the right of access to healthcare is a constitutional provision guaranteed while the duty of the State based on principles which predict it to be universal, comprehensive, equitable and with social control. Therefore, health should be understood as encompassing public policy actions that they understand the different levels of complexity and intersectoriality of attention inherent in this sector.

Pharmaceutical care provided while field for SUS is organized on the basis of a National Policy approved under the National Health Council. The various actions to ensure access to essential medicines, so qualified and rational, should be seen as part of National Health Policy. Following this logic, in 2004, created the Popular Pharmacy Program in Brazil - PFPB. In a complementary to other actions taken in the field of pharmaceutical care, the program was designed as an alternative for access to medicines, seeking to cater to those who could spend a small amount for your medicine, thus allowing users of medications had not stopped treatment because of difficulties of access. In 2006, in addition to partnerships with states and municipalities, the program was expanded through partnerships with pharmacies, called "Here You Have Popular Pharmacy".

Considering the size of the program, this study aimed to analyze the Popular Pharmacy Program in Brazil as an alternative access to medicines and their articulation with other strategic actions of MS, based on the National Drug Policy and the National Policy for Pharmaceutical Assistance. Furthermore, analyzing the relationship between Brazil's Popular Pharmacy Program and Economic-Industrial Complex Health - CEIS, based on the size of the dispensation and expenditures made by the Ministry of Health, especially in strengthening the supply of generic drugs.

In considering the results of capillary Program, increasing the number of people served, the amounts spent by MS and encouragement to generics, we can say that these point PFPB that articulates with the CEIS in its social and economic and with other strategic actions of the government, strengthening access medicines.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil de 1988 foi elaborada com importante participação dos movimentos sociais, com destaque para o movimento pela reforma sanitária. Este, com base na visão do “bem-estar social”, lutou e conseguiu garantir na Carta Magna brasileira um Capítulo sobre a seguridade social, vista como direito da população à assistência social, previdência e saúde. A Constituição Federal, base legal maior do Sistema Único de Saúde - SUS determina que a saúde seja garantida enquanto um direito universal dos cidadãos e dever do Estado. O acesso aos serviços de saúde, nos seus diferentes níveis de complexidade, deve ser garantido sob a responsabilidade de Municípios, Estados, Distrito Federal e União, tendo o setor privado um papel complementar.

A legislação que organiza o SUS prevê que a assistência farmacêutica – AF deva ser compreendida como parte integrante da política nacional de saúde. Segundo a legislação em vigor, a AF é definida enquanto um conjunto de ações envolvendo as diversas etapas da cadeia do medicamento, desde a pesquisa de novos insumos até a farmacovigilância.

A política de saúde brasileira, principalmente a partir da instituição do Sistema Único de Saúde, tem adotado medidas governamentais que garantam que a Política de Medicamentos e o acesso racional aos medicamentos essenciais não sejam vistas enquanto ações paralelas às da saúde e sim como preceitos fundamentais na garantia da população às ações de promoção, proteção e recuperação da mesma. Tendo como base a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF, o Ministério da Saúde- MS tem desenvolvido um conjunto de atividades com vistas à efetivação da AF enquanto direito social. Ações estratégicas como a ampliação dos recursos para a qualificação da AF, aumento do valor de repasse para os Municípios, centralização da aquisição de medicamentos e aprimoramento da gestão da AF foram algumas das prioridades adotadas pelo Governo Federal.

Nesta lógica foi criado o Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB. O objetivo do Programa é ampliar o acesso da população a medicamentos considerados essenciais, garantindo a universalidade do acesso, com foco nos usuários do sistema privado de saúde que porventura não conseguissem adquirir seus medicamentos. Objetiva também diminuir o impacto causado pelos gastos com medicamentos no

orçamento familiar, os quais apareciam em quarto lugar (BRASIL, 2004d e BRASIL, 2005c).

A partir de 2006, com a Portaria GM 491, o Programa foi expandido ao setor privado, através das parcerias com as farmácias e drogarias legalmente instaladas. O credenciamento desses estabelecimentos se dá através da manifestação do interesse dos empresários do setor, sendo aprovadas aquelas empresas que cumpram as determinações previstas na Portaria que rege o Programa. Neste caso, não são considerados os mesmos critérios usados para a instalação da rede própria no que diz respeito à sua distribuição geográfica, podendo haver mais de uma farmácia ou drogaria credenciada no mesmo Município, sem distinção de sua localização e nem de densidade demográfica. A limitação para o credenciamento destes estabelecimentos se dá com o alcance das metas previstas para o ano, tanto física quanto orçamentária. Atingido o número estabelecido, as farmácias e drogarias somente poderão se credenciar no ano seguinte. Em 2011, com o lançamento do “Plano Brasil Sem Miséria” um novo critério foi estabelecido: a priorização de cadastro dos estabelecimentos que estivessem nos Municípios contemplados no plano de erradicação da extrema pobreza, segundo os critérios adotados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Algumas diferenças são encontradas entre os elencos da rede própria de farmácias e o “Aqui Tem Farmácia Popular”. A primeira diferença está no número de itens disponibilizados nas redes próprias do programa e o elenco subsidiado pelo Governo Federal nas farmácias e drogarias credenciadas ao Programa, sendo o primeiro maior. Também há diferença no valor pago pelo usuário do serviço. No caso da rede própria, os valores dos medicamentos e preservativos são estabelecidos pela FIOCRUZ, já embutidos nestes os custos de aquisição e logística de distribuição. No caso do “Aqui Tem Farmácia Popular”, o Governo Federal estabeleceu um valor de referência, sendo que o MS subsidiará 90% deste valor, ficando o usuário responsável pelos 10% restantes e a diferença que porventura houver entre o valor de referência e o valor de venda efetivamente praticado.

A partir de fevereiro de 2011, os medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e do diabetes constantes do elenco das duas versões do programa passaram a ser dispensados sem custos para o usuário. Essa ação foi denominada “Saúde não tem preço” e ampliou consideravelmente o número de atendimentos realizados no Programa, quando comparado com o ano anterior. Segundo os dados

apresentados pelo MS, o crescimento não se deu apenas para os medicamentos indicados para essas doenças tendo havido também aumento no número de dispensações dos outros itens do elenco. Este crescimento pode ser observado em todas as regiões do País, o qual pode ser atribuído tanto à ação “Saúde não tem preço”, mas também à capilaridade atingida pelo Programa.

Em seus mais de sete anos observa-se que, considerando a lógica com a qual foi concebido através das primeiras legislações que o instituíram e com base em seus números oficiais, o Programa pode cumprir um papel inovador e estratégico dentro do SUS (BRASIL, 2004c; SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE, 2012). Nesse aspecto, diversos pontos devem ser destacados. Inicialmente considera-se que o PFPB inseriu no âmbito da política de saúde o co-pagamento enquanto estratégia de acesso voltada para os que não conseguiam ter acesso a medicamentos nos serviços públicos de saúde ou que porventura tivessem descontinuidade em seu tratamento, fruto da sua não disponibilidade, mas que poderiam pagar por eles. Por outro lado, observa-se que as regras do programa para a dispensação dos medicamentos são rígidas constando, entre elas, a obrigatoriedade da apresentação da receita médica. Apesar de esta ser uma regra válida para todo o comércio de medicamentos, é sabido que a dispensação dos medicamentos sob prescrição médica, em geral, não é realizada apenas quando da apresentação de receita médica. Desta forma, os mecanismos adotados pelo Programa para que a dispensação seja feita apenas com o cumprimento integral da legislação em vigor, nos permite avaliar que este pode ser considerado um fato inovador. Do ponto de vista do seu papel estratégico, destaca-se sua relação com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT no Brasil - 2011-2022, principalmente com a ação “Saúde não tem preço”. A relação com os demais programas do Governo Federal também pode ser observada através da articulação do PFPB com o “Plano Brasil Sem Miséria”, programa do Governo Federal, de responsabilidade interministerial, que prevê a erradicação da extrema pobreza.

Considerando que o setor saúde tem papel estratégico no plano nacional de desenvolvimento, da mesma forma o programa farmácia popular tem a necessidade de estar articulado com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde - CEIS. Sua relação com o CEIS, tido como um conjunto de ações que visa a política de desenvolvimento de um país pode ser descrito inicialmente pela garantia proporcionada com a produção nacional desenvolvida ao longo do tempo, permitindo

desta forma a articulação com os setores produtivos de medicamentos, tanto públicos quanto privados. A aquisição de medicamentos do elenco da rede própria do programa, de forma centralizada por parte da FIOCRUZ, tem contribuído para o desenvolvimento e aplicação direta do poder de compra do Estado. Neste campo, com a adoção de um valor de referência a ser pago para os medicamentos componentes do elenco disponibilizado na rede privada de farmácias e drogarias nota-se que praticamente foi instituído um novo referencial de preço ao consumidor. Além disso, o Programa Farmácia Popular pode contribuir com o crescimento do mercado de medicamentos genéricos no Brasil, representando hoje o maior percentual de dispensação de medicamentos no âmbito do Programa, quando comparado com os medicamentos similares e os de referência dispensados.

A Constituição Federal determina que o SUS seja organizado em redes, porém não foi essa a conformação do sistema de saúde no Brasil. O processo de descentralização da gestão permitiu que diversos serviços de saúde fossem constituídos, considerando as unidades federativas. Porém, estes não estavam, na maioria das vezes, articulados em Redes de Atenção à Saúde – RAS, apesar de algumas experiências exitosas com o processo de regionalização da saúde. Maior ênfase para a estruturação de redes se deu a partir de normas e pactos firmados a partir de 2000. Em 2010, a Portaria 4.279, publicada pelo MS, apresentou as diretrizes para a estruturação da RAS (BRASIL, 2010b).

Em 28 de junho de 2011 foi assinado o Decreto 7508, regulamentando a Lei 8080/90 no que diz respeito à organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011c). A partir da identificação das regiões de saúde serão constituídas as Redes de Atenção à Saúde, tidas como o conjunto de ações e serviços articulados com a finalidade de garantir a atenção integral à saúde. O conjunto de ações e serviços do SUS deverá ser estruturado neste contexto, a partir da contratualização de ações e serviços entre os entes federativos. Insere-se neste processo a assistência farmacêutica, passando a ser desafio para os gestores do SUS inserir a Política Nacional de Assistência Farmacêutica nesta lógica, da mesma forma, o Programa Farmácia Popular do Brasil, que tem demonstrado ser mais do que uma alternativa de acesso, deve ser compreendido no contexto das redes de atenção à saúde.

Com os critérios adotados para a instalação das unidades do PFPB, tanto das unidades próprias quanto do credenciamento de farmácias e drogarias, nota-se que

diversas estratégias foram abarcadas. O fato é que a atual proposta de organização do SUS apresenta a necessidade de que outros critérios devam ser adotados para a extensão do Programa. Sendo assim, deve ser considerada também a articulação das unidades do Programa com os demais serviços de saúde, tanto do ponto de vista logístico quanto de apoio clínico.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

O objetivo desta pesquisa é analisar o Programa Farmácia Popular do Brasil através de sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde considerando sua evolução econômica e social, com vistas a apresentar elementos que subsidiem ações que visem o aperfeiçoamento das políticas de acesso a medicamentos.

1.1.2 Objetivos específicos

- Analisar o Programa Farmácia Popular do Brasil enquanto alternativa de acesso aos medicamentos e sua articulação com as demais ações estratégicas do MS, com base na Política Nacional de Medicamentos e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
- Analisar a relação entre Programa Farmácia Popular do Brasil e o Complexo Econômico- Industrial da Saúde, com base na dimensão da dispensação e investimentos feitos pelo Ministério da Saúde, em especial no fortalecimento da oferta de medicamentos genéricos.

1.2 Justificativa

Tendo sido criado enquanto alternativa de acesso aos medicamentos essenciais, os dados apontam que o Programa Farmácia Popular do Brasil pode ser uma importante estratégia na efetivação da integralidade na saúde. Mais do que uma alternativa, o programa pode estar contribuindo para a inclusão da parcela da

população que antes encontrava obstáculos para adquirir seus medicamentos. É bem verdade que o grande desafio do SUS está no atendimento universal aos cidadãos, independente de sua situação financeira, porém também devem ser incluídos aqueles que podem dispender de poucos recursos para que suas necessidades de tratamento farmacológico sejam atendidas. Na efetivação do Sistema Único de Saúde, a universalidade e a integralidade são princípios fundamentais, da mesma forma como a equidade, que prevê que quem precisa mais terá seus direitos garantidos da mesma forma como os que precisam menos, sendo que todos deverão ser atendidos pelas políticas públicas de saúde. A partir da avaliação de que as políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica não podem ser vistas como políticas paralelas às ações em saúde, todas as iniciativas de acesso racional aos medicamentos devem ser estimuladas.

O Programa Farmácia Popular do Brasil pode estar impulsionando o fortalecimento dos medicamentos genéricos no mercado brasileiro, quando se considera a evolução do percentual de vendas dessa categoria de medicamentos dentro do Programa. Sendo assim, uma análise do comportamento do mercado farmacêutico antes e depois da implantação do PFPB pode contribuir para o aperfeiçoamento da legislação em vigor, assim como para a efetivação de uma política de genéricos.

Os medicamentos, insumos essenciais na recuperação e manutenção da saúde, durante anos foram colocados à margem da preocupação de muitos gestores. Para alguns deles, os indicadores de acesso se baseavam no número de unidades farmacotécnicas distribuídas, sendo que esta etapa está superada, já que sem a devida adesão ao tratamento os resultados não serão fiéis à efetividade almejada. O uso racional de medicamentos se conforma a partir de conceitos que atribuem à toda a cadeia de medicamentos, um conjunto de ações que devem ser seguidas de forma a garantir que seus usuários alcancem os melhores resultados com a farmacoterapia proposta.

Neste sentido, não se pode desconsiderar a importância da inserção efetiva das farmácias e drogarias privadas no SUS. Esta sempre foi uma das bandeiras daqueles que buscavam que os estabelecimentos varejistas de medicamentos não cumprissem apenas um papel mercantilista, mas que fossem vistos enquanto estabelecimentos inseridos na lógica das políticas de saúde. Apesar de seu caráter comercial é necessário que as farmácias e drogarias estejam inseridas nas ações

relacionadas à AF. Isto posto é possível dizer que o Programa Farmácia Popular do Brasil pode contribuir para que, no âmbito da AF, o comércio varejista de medicamentos esteja sendo incluído como parte das ações que visam ampliar as ações de acesso aos medicamentos.

Para 2012, o PFPB teve um orçamento aprovado de R\$ 1,2 bilhão. Em 2013, será de cerca de R\$ 2 bilhões (BRASIL, 2011j; BRASIL, 2012e). Isto significa dizer que o Programa passa a representar parte significativa do financiamento da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. O desafio está em garantir que seu caráter complementar esteja relacionado com as demais ações de saúde, impedindo dessa forma que haja ações concorrenciais entre os serviços prestados pelos Estados e Municípios e o programa. O planejamento das ações em saúde, nas três esferas de governo, deve envolver o Programa Farmácia Popular do Brasil. Com isso, compreender o comportamento do mercado farmacêutico frente à implantação do PFPB se faz necessário para que a política de saúde considere a significância do Programa e seu impacto no CEIS.

Os mais de 25.000 estabelecimentos privados credenciados no programa, além das mais de 500 unidades próprias, possuem regras claras definidas em legislação para a dispensação de medicamentos, que buscam não apenas cumprir os preceitos legais, mas a racionalidade do uso dos medicamentos (SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE, 2012). Porém isso não é o suficiente para que seja alcançado o objetivo maior do SUS. A integração do PFPB com as demais ações desenvolvidas em saúde passa pela integração dos sistemas, permitindo assim o compartilhamento de informações. Os estabelecimentos do programa precisam estar articulados com os demais serviços e para isso, os critérios para credenciamento da rede privada, bem como a abertura de unidades próprias, precisam passar a adotar a construção das RAS enquanto principal estratégia. Por fim, enquanto estabelecimentos de saúde, as unidades do programa podem prestar serviços farmacêuticos que permitam a capilaridade geográfica, mas também a facilidade de acesso da população a outros serviços de saúde, além da dispensação dos medicamentos.

Desta forma, analisar o Programa Farmácia Popular é de suma importância, tendo por base o investimento feito no Programa, bem como os dados gerados pelo mesmo, através do sistema de vendas DATASUS.

1.3 Metodologia

Este estudo teve sua metodologia baseada no conceito apresentado por MINAYO (2011, p. 14), onde esta etapa do estudo:

Inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está referida a elas.

Também se baseou em SEVERINO (2002, p. 162) no que diz respeito ao entendimento do autor quanto aos métodos e técnicas:

Diretamente relacionados com o tipo de pesquisa serão os métodos e técnicas a serem adotados. Entende-se por métodos como os procedimentos mais amplos de raciocínio, enquanto técnicas são procedimentos mais restritos que operacionalizam os métodos, mediante emprego de instrumentos adequados.

O presente estudo teve como proposta metodológica a análise sobre o instrumental teórico, através de pesquisa exploratória, acerca do principal tema deste projeto, o Programa Farmácia Popular do Brasil, com destaque para o “Aqui Tem Farmácia Popular”. Além disso, fez uso de dados secundários obtidos junto ao MS.

Numa primeira etapa, o estudo foi baseado em pesquisa bibliográfica para elaboração de um marco conceitual teórico no qual este trabalho se apoiou. Para tanto, foram avaliados os seguintes macro conceitos: o Complexo Econômico-Industrial da Saúde – CEIS e, em particular a indústria farmacêutica, o sistema de saúde brasileiro, a Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, as redes de atenção à saúde e a assistência farmacêutica e, por fim, o Programa Farmácia Popular do Brasil e sua relação com o CEIS.

Este levantamento bibliográfico, cujo conteúdo balizou o referencial teórico do projeto, permitiu a definição da linha de pesquisa adotada e propiciou a avaliação dos resultados obtidos na análise dos dados secundários. Esta etapa também propiciou que fosse atendido integralmente o primeiro objetivo específico deste estudo – analisar o Programa Farmácia Popular do Brasil enquanto alternativa de

acesso aos medicamentos, com base na Política Nacional de Medicamentos e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica – e parcialmente o segundo objetivo específico, no que diz respeito à conceituação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

A segunda etapa do estudo foi pautada em pesquisa documental de fontes secundárias, dividida em três partes. A primeira parte foi elaborada a partir da identificação e análise das normas legais que regulamentam os macro conceitos acima citados, considerando as que estão em vigor e as que foram revogadas, demonstrando assim o processo de construção do arcabouço jurídico envolvido. A segunda parte foi feita a partir do banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS do MS. A terceira parte foi efetivada através de levantamento de informações acerca do mercado brasileiro a partir de 1999, com ênfase nos anos posteriores a 2004, com foco no mercado de medicamentos genéricos. O recorte temporal se justifica em virtude dos temas abordados, considerando que a Lei de implantação dos medicamentos genéricos no Brasil surge em 1999 e o Programa Farmácia Popular do Brasil, em 2004. Há de se destacar ainda que a expansão do PFPB ocorre em 2006 e a gratuidade do acesso pelo Programa aos medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e diabetes em 2011.

Esses levantamentos contribuíram para que se atendesse, além do primeiro objetivo específico, o segundo objetivo específico, qual seja, “analisar a relação entre PFPB e o Complexo Econômico- Industrial da Saúde, com base na dimensão da dispensação e investimentos feitos pelo Ministério da Saúde, em especial no fortalecimento da oferta de medicamentos genéricos”, permitindo desta forma:

- Avaliar a participação dos medicamentos genéricos no Programa em relação às demais categorias de medicamentos, desde a implantação do PFPB.
- Identificar os princípios ativos mais adquiridos pelo PFPB na medida em que possibilita a identificação das doenças atendidas e classificação dos medicamentos de maior utilização (referência, similar e genérico).
- Identificar a distribuição dos estabelecimentos credenciados ao PFPB nos Municípios brasileiros.
- Fazer o cruzamento entre os Municípios atendidos PFPB.
- Observar o acesso aos medicamentos com base em critérios geográficos.

Quanto aos procedimentos de análise, este projeto considerou os dados obtidos através das informações disponíveis, tomando por base os estudos que apresentam o PFPB enquanto estratégia de acesso e sua relação com o Complexo Econômico- Industrial da Saúde.

A última etapa metodológica se deu com a redação final desse trabalho, ao se apresentar os resultados obtidos e com as recomendações sugeridas para o aperfeiçoamento do Programa.

2. REFERENCIAL TEÓRICO E NORMATIVO

2.1 O Complexo Econômico-Industrial da Saúde - CEIS

Nas últimas décadas, os aspectos mais marcantes da área de saúde foram a desmercantilização do acesso à saúde e a mercantilização da oferta, bem como a criação de um parque industrial ligado a essa área. A desmercantilização se deu com os sistemas de proteção social e da saúde, já que estes deveriam garantir a saúde da população em seus aspectos individuais e coletivos. A mercantilização se iniciou com o assalariamento dos profissionais de saúde, pela previdência social, pela conformação das empresas médicas de prestação de serviços assistenciais e por fim com as operadoras de seguros e planos de saúde. Essas operadoras passaram a intermediar a relação entre os usuários e os que prestavam os serviços de saúde (VIANA e ELIAS, 2007, p. 1766).

A mercantilização da saúde, citada acima, permitiu a constituição de um campo próprio de acumulação de capital, o qual, segundo VIANA e ELIAS (2007) pode ser observado:

Pela formação das grandes indústrias que atuam no setor, conformando o chamado complexo industrial da saúde, sendo processo recente, e altamente dependente da inovação tecnológica e do próprio avanço científico no campo biomédico.

Esses três aspectos (desmercantilização do acesso, mercantilização da oferta e a formação de um complexo industrial da saúde) não se deram em um mesmo momento, formando um processo desarticulado (VIANA e ELIAS, 2007, p. 1766).

Alguns autores defendem que a área da saúde deve ser vista como estratégica para o desenvolvimento nacional a partir da avaliação de que este seja sustentável e

economicamente inclusivo. Com isso, a saúde deve possuir relação direta com o desenvolvimento econômico e industrial de uma nação, tanto pelo seu aspecto de geração de conhecimento quanto pelo seu papel de impulsionador de inovação. Nesta perspectiva GADELHA (2006) afirma que a saúde constitui-se em uma importante frente para, além do incentivo à inovação, também para as atividades de ciência e tecnologia, geração de emprego e renda e, conseqüentemente, de desenvolvimento econômico. Para isso, o Estado deve (BRASIL, 2008a):

Ter papel destacado na promoção e na regulação do complexo produtivo da saúde, por intermédio de ações convergentes para apoio à competitividade, financiamento e incentivo à P&D nas empresas públicas.

Para CAMPOS e ALBUQUERQUE (1999, apud ALBUQUERQUE e CASSIOLATO, 2002) "o setor saúde possui uma característica distintiva de outros setores econômicos: ele está situado na interseção entre os sistemas de bem-estar social e os sistemas de inovação". Desta forma, a saúde não deve ser considerada apenas de forma setorial, devendo estar relacionada às condições gerais da garantia da vida e devendo possuir um tratamento multissetorial integrado, envolvendo a promoção ao padrão de desenvolvimento nacional (GADELHA, 2006).

A partir do momento em que esta relação não é considerada, o desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde ocorre sem que seja avaliado o seu caráter sistêmico, fazendo com que a capacidade de entrega de bens e serviços fique comprometida. Além disso, impede que o sistema produtivo da base deste complexo se dê com condições satisfatórias tanto do ponto de vista econômico quanto social (GADELHA et al., 2010).

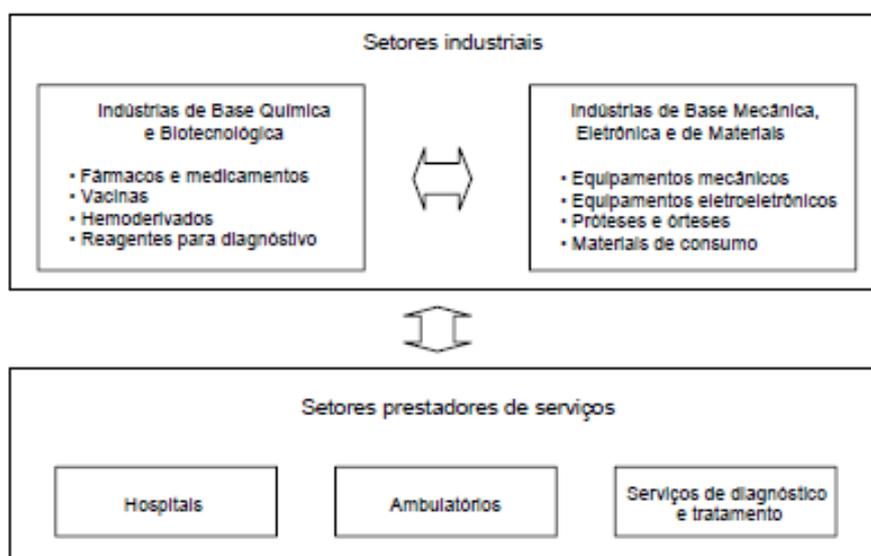
Neste sentido, GADELHA (2008/2009, p. 1), aponta que o CEIS:

Caracteriza-se por constituir uma das áreas de maior dinamismo, crítica para a economia do conhecimento, por envolver atividades de alta intensidade de inovação nos novos paradigmas tecnológicos, pela existência de uma base produtiva de bens e serviços bastante relevante, respondendo por parcela significativa do PIB nas economias emergentes e desenvolvidas, e por associar, inerentemente, a dimensão econômica e a social que definem o processo de desenvolvimento.

O CEIS pode ser conceituado como um conjunto de atividades que envolvem o setor produtivo da saúde, englobando as indústrias produtivas de base química, biotecnológica, de base mecânica, eletrônica e de materiais, além do setor de serviços

em saúde, conforme descrito na figura 1. O conceito acima demonstra que há uma relação de interdependência setorial, revelando ainda a relação existente entre inovações, estruturas produtivas e serviços de saúde, “cuja interdependência na evolução dos paradigmas e trajetórias tecnológicas aponta para o caráter sistêmico do complexo” (GADELHA, 2010). No subsistema de base química e biotecnológica estão envolvidos a produção de medicamentos, fármacos, vacinas, soros, hemoderivados e reagentes para diagnóstico, ficando demonstrado dessa forma sua relevância econômica. O subsistema de base mecânica, eletrônica e de materiais caracteriza-se pela “associação dos produtos aos serviços de saúde, no campo da prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças”. Por fim, o subsistema de serviços em saúde estrutura-se em sistemas de saúde regidos por princípios diversos, destacando-se os níveis de complexidade tecnológica e escala econômica (GADELHA, 2010, p.3-6).

Figura 1. Complexo Industrial da Saúde - Morfologia



Fonte: GADELHA et al., 2010

No subsistema de base química e tecnológica destaca-se o setor de medicamentos como o maior mercado, dominado por grandes empresas, intensivas em tecnologias, as quais dominam este mercado. No subsistema de base mecânica, eletrônica e de materiais o destaque está nas indústrias de equipamentos, fruto do seu potencial de inovação e pelo seu impacto nos serviços de saúde. Já no subsistema de serviços de saúde, os setores prestadores de serviços articulam os produtos de saúde com os espaços públicos e privados (VIANA e ELIAS, 2007, p. 1771).

O setor saúde deve ser tomado por duas dimensões interligadas: social e econômica. Na primeira dimensão, a saúde deve ser vista enquanto direito e valor do ser humano, a qual deve ser garantida através de ações políticas e sociais que permitam à população em geral o acesso aos bens e serviços de saúde. Além disso, tais ações devem impor limites à ação dos agentes que atuam neste setor. Na segunda dimensão, a econômica, os segmentos compartilham alto grau de inovação e apresentam algum grau de dinamismo no que diz respeito às taxas de crescimento e de competitividade, ao se considerar a relação existente entre desenvolvimento econômico e inovação (GADELHA, 2003).

Sobre as dimensões comportadas pelo CEIS, GADELHA (2006, p.15) aponta que:

Procura-se captar, simultaneamente, a dimensão sanitária e a econômica, numa perspectiva de pensar, no limite possível, a interação entre saúde e desenvolvimento. Tal relação vai além da concepção de um sistema de atenção adequado. Remete, em última instância, para sua inserção numa estratégia de desenvolvimento que privilegie, ao mesmo tempo, o dinamismo e atenuação da dependência econômica em áreas estratégicas no atual contexto histórico, a exemplo dos equipamentos eletrônicos, da biotecnologia e dos novos materiais. O grande desafio é a constituição de um modelo que permita uma reestruturação da base produtiva nacional na direção do dinamismo econômico e da superação do atraso em áreas críticas para a atenuação da desigualdade e da exclusão social, como é o caso de todos os segmentos que fazem parte do complexo da saúde.

Ao se analisar a dimensão social do CEIS, no que diz respeito à destinação da produção em saúde, fica claro o papel desempenhado pela sociedade civil organizada, já que esta, assim como as políticas públicas, incidem de modo acentuado. Nesse contexto, GADELHA (2003) destaca que ao Estado, com base no seu poder de compra, cumpre importante papel, considerando suas ações, explícitas ou implícitas, de promoção e regulação. Sobre o papel que o Estado deve cumprir, mediante suas ações de promoção e regulação, o autor afirma que, na saúde, tais ações adquirem (GADELHA, 2003):

Uma abrangência dificilmente encontrada em outro grupo ou cadeia produtiva, mediante a compra de bens e serviços, os repasses de recursos para os prestadores de serviços, os investimentos na indústria e na rede assistencial e um conjunto amplo de atividades regulatórias que delimitam as estratégias dos agentes econômicos.

Na mesma linha de raciocínio CASAS (2009) aponta que:

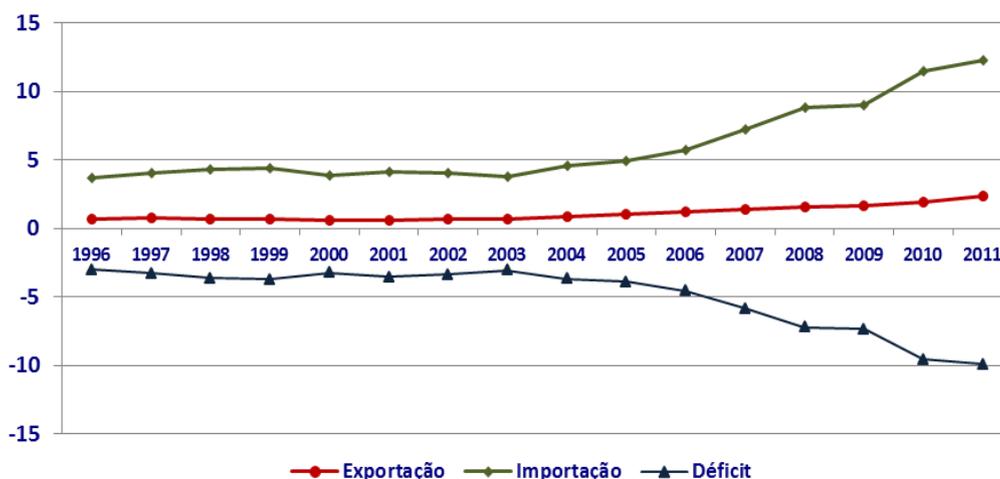
Dentro deste sistema, o Estado, na sua qualidade de principal instância de poder, no qual diferentes agentes procuram exercer sua influência, tem a atribuição de atuar na mediação entre a oferta e a demanda de bens e serviços, tendo como desafio conjugar as questões referentes à promoção da saúde e ao desenvolvimento industrial e tecnológico na área.

Ainda segundo GADELHA (2011, p. 13), a inclusão do CEIS na agenda estratégica brasileira traz a “necessidade de superação de fragilidades históricas, referentes à herança do padrão de desenvolvimento”. Entre as fragilidades a serem superadas estaria a baixa competitividade brasileira na perspectiva internacional. Há uma baixa densidade de pesquisa e desenvolvimento acarretando numa baixa geração de conhecimento.

Este fato pode ser evidenciado pelo déficit na balança comercial do setor de saúde, que em 2001 atingiu um patamar na ordem de US\$ 3,5 bilhões, passando para cerca de US\$ 10 bilhões em 2011, como pode ser observado no gráfico 1 (BRASIL, 2008a, p. 10; GADELHA, 2010).

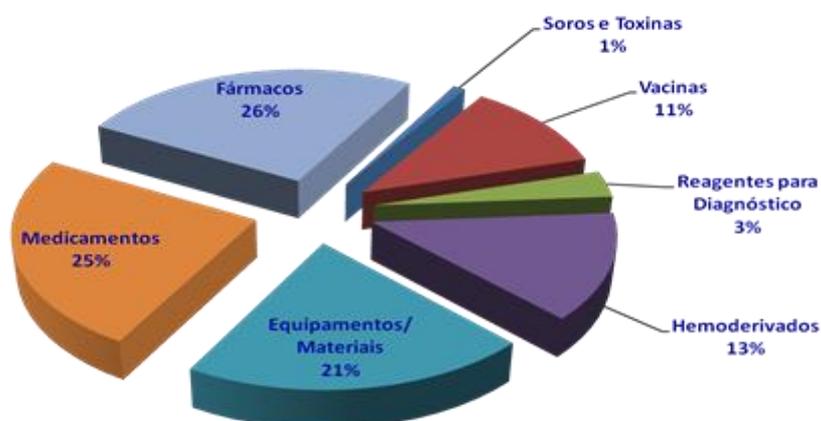
Segundo MAGALHÃES (2003, p.57), o déficit acumulado com a importação de medicamentos, entre 1990 e 2000, foi de US\$ 6,26 bilhões. GADELHA (2010, p. 5) demonstra que em 2010 o déficit comercial relacionado ao mercado farmacêutico girava em torno de US\$ 4 bilhões, representando cerca de 51% do déficit do setor de saúde e 70% do total do subsistema de base química e biotecnológica. Os medicamentos representaram 25% deste déficit e os fármacos 26%, conforme demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 1. Evolução da balança comercial do setor de saúde em bilhões de US\$ (1996 a 2011)



Fonte: GIS/ENSP– FIOCRUZ, 2012.

Gráfico 2. Participação das indústrias no déficit da balança comercial da saúde 2010



Fonte: GIS/ENSP– FIOCRUZ, 2011, a partir de dados da Rede Alice/MDIC, 2011

O CEIS relaciona o tema saúde e desenvolvimento no âmbito da economia política da saúde, ao trazer em sua definição “as relações e contradições entre o econômico e social, propondo superar a dicotomia entre a vertente produtiva e sanitária da saúde” (GADELHA et al., 2010).

Sobre isso, GADELHA (2003) afirma que:

Como decorrência da convergência de setores de atividades, empresas, instituições públicas, privadas e da sociedade civil para um determinado espaço econômico de geração de investimento, consumo, inovação, renda e emprego, conforma-se um complexo industrial (no sentido de atividades que seguem o padrão industrial mesmo que formalmente pertençam ao setor de serviços) como

uma base concreta e empírica para a delimitação de um *locus* analítico e normativo determinado.

A partir da avaliação de que as atividades econômicas no campo da saúde se dão na lógica da concorrência capitalista, as assimetrias são inevitáveis, com apropriação privada do progresso tecnológico, além da exclusão de pessoas e regiões do acesso à essas tecnologias. Tais características impõem que seja adotado um modelo de desenvolvimento nacional que permita sua inserção, de forma competitiva, num processo de globalização das economias. (GADELHA, 2006).

Para minimizar os efeitos de tais assimetrias, o Estado, assim como a sociedade, deve possuir forte presença para compensar as que são oriundas das ações empresariais e de mercado (GADELHA, 2003). O Estado possui papel estratégico para a garantia do desenvolvimento de um sistema nacional de inovação em saúde. Ao se tomar por base uma abordagem evolucionista e neo-schumpeteriana do sistema de inovação, este passa a ser visto como um processo político e social. Além disso, tem como conceito de sistema de inovação aquele que “inclui todas as partes e aspectos da estrutura econômica e do arcabouço institucional que afetam os processos de aprendizado, busca e exploração de inovações” (VARGAS e BURD, 2012).

Importante salientar que a relação direta entre crescimento econômico e saúde não é automática. É possível afirmar, de forma rudimentar, que crescimento econômico gera melhorias nas condições de saúde. Da mesma forma, o inverso também é possível de ser pensado, ao se considerar que melhorias na saúde de um país devem repercutir em crescimento econômico. Apesar disso, a relação entre saúde e crescimento econômico é mais complexa, multidimensional, mutuamente determinante e de efeito crescente (ALBUQUERQUE e CASSIOLATO, 2002, p. 143-144).

O Brasil, face ao novo cenário mundial onde há um maior protagonismo da área de ciência, tecnologia e inovação em saúde, compreendeu o papel inovador dessa área e inseriu o complexo produtivo da saúde na sua agenda estratégica de desenvolvimento (GADELHA, COSTA e VIANA, 2011, p. 11). Desta forma é essencial que o Estado seja o articulador entre o sistema nacional de inovação e o setor saúde, estimulando e coordenando investimentos para esta área, promovendo o desenvolvimento e fortalecimento do arcabouço regulatório, fomentando a pesquisa científica e tecnológica e distribuição regional dos financiamentos, garantindo assim

que as diversas regiões tenham capacidade de desenvolvimento. Neste sentido, destaca-se, entre outras iniciativas do Governo Federal, a criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE- no âmbito do Ministério da Saúde. Nesta Secretaria está o Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde, o qual tem como foco principal o Complexo Econômico da Saúde, o DECIIS (GADELHA, MALDONADO e VARGAS, 2008).

Nesta conformação de ideias, GADELHA et al. (2011) constata que:

No âmbito da saúde, a importância dos segmentos econômicos que compõem este complexo foi reconhecida, pela primeira vez, no “Mais Saúde”, o PAC da Saúde. Além do Ministério da Saúde, o CEIS foi reconhecido como área estratégica no Plano de Ação quadrienal do Ministério de Ciência e Tecnologia, na Política de Desenvolvimento Produtivo estabelecida no âmbito do Ministério do Desenvolvimento da Indústria e Comércio Exterior, além de em agências de fomento, como o BNDES e a FINEP. Esta priorização reflete a importância de um olhar diferenciado para o desenvolvimento industrial de setores cujo impacto afeta a capacidade de se prestar atendimento universal da saúde.

Uma das ações estratégicas ocorridas neste período foi a criação, no âmbito do MS, do Grupo Executivo do Complexo Industrial da saúde – GECIS, cujo objetivo é o de promover ações que visem a criação e implementação de marco regulatório referente à estratégia de desenvolvimento do Governo Federal para a área da saúde. Estas ações devem se dar com base nas diretrizes das políticas nacionais de fortalecimento do Complexo produtivo e de inovação em saúde. Em sua 3ª Reunião do Comitê Executivo e Conselho de Competitividade do Complexo Industrial da Saúde, 20 novas Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDPs) foram assinadas, contemplando a produção nacional de 19 medicamentos e duas vacinas, envolvendo 29 laboratórios, sendo 12 públicos e 17 privados. Desta forma, até o momento 55 PDPs estão em vigor, estimando-se que estas resultem em uma economia anual aproximada de R\$ 2,5 bilhões para os cofres públicos (BRASIL, 2012).

Neste contexto também se insere o PLANO BRASIL MAIOR, considerado como a política industrial, tecnológica e de comércio exterior do atual Governo. O Plano, lançado em agosto de 2011, apresenta como desafios a sustentação de um crescimento econômico inclusivo e a inserção do país na economia mundial, num contexto econômico de crise da economia global, tendo como foco “a inovação e o

adensamento produtivo do parque industrial brasileiro, objetivando ganhos sustentados da produtividade do trabalho” (BRASIL, 2011h).

O Projeto atua em duas dimensões: setorial e sistêmica. O Complexo Econômico Industrial da Saúde está presente na diretriz estruturante n.2, da dimensão setorial, a qual prevê a “ampliação e criação de novas competências tecnológicas e de negócios”. Esta diretriz se estrutura através do “incentivo a atividades e empresas com potencial para ingressar em mercados dinâmicos e com elevadas oportunidades tecnológicas e uso do poder de compra do setor público para criar negócios intensivos em conhecimento e escala” (BRASIL, 2011h).

Com base na consideração do CEIS enquanto área estratégica da Política Industrial do País, conforme previsto no PLANO BRASIL MAIOR, em março de 2012 foi instituído o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde – PROCIS. Criado através da Portaria 506, do MS, o PROCIS tem como objetivo fortalecer os produtores públicos e a infraestrutura de produção e inovação em saúde do setor público. O PROCIS deverá apoiar a modernização e estruturação produtiva e gerencial, fortalecer as parcerias para o desenvolvimento produtivo visando desenvolver e absorver produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde, apoiar a qualificação da gestão com vistas a promover maior eficiência e efetividade, manter o aproveitamento das complementariedades entre os laboratórios e respeitar as vocações e o perfil produtivo, entre outras ações (BRASIL, 2012b).

2.2 A Indústria farmacêutica no subsistema de base química e biotecnológica.

Conforme foi dito anteriormente, a indústria farmacêutica é parte fundamental do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, ao se considerar o subsistema de base química e biotecnológica e seu impacto direto na capacidade de prestação de serviços de saúde. Devido à produção de medicamentos e fármacos, vacinas e soros, hemoderivados e reagentes para diagnóstico, este subsistema caracteriza-se por sua relevância, tanto econômica quanto pelo domínio de tecnologias em áreas estratégicas. A indústria farmacêutica, responsável pela produção de medicamentos e fármacos, caracteriza-se enquanto um espaço competitivo o qual condiciona a dinâmica deste subsistema. Apesar de algumas particularidades existentes nas demais indústrias deste segmento, como as de produção de vacinas, de hemoderivados e de reagentes para diagnóstico, “as

empresas líderes farmacêuticas invadem e submetem os demais segmentos de base química e biotecnológica às suas estratégias de inovação” (GADELHA et al., 2010).

Até o início do século XX as boticas cumpriam o papel produtivo de acesso aos medicamentos, através da manipulação de substâncias de origem vegetal, animal ou mineral. Suas plantas industriais eram pequenas, atendendo apenas as demandas regionais. Com o reconhecimento dos quimioterápicos, a partir de 1908, produzidos via síntese orgânica, inicia-se um novo momento para a produção de medicamentos, saindo de uma característica artesanal para um processo industrial. Com o advento das sínteses químicas na década de 30 e dos antibióticos na década de 40 ficou caracterizada uma forte alteração da base tecnológica. Destaca-se ainda o papel impulsionador exercido pela 2ª Guerra Mundial (1939-1945) na produção em escala de medicamentos, fruto das demandas de atendimento farmacológico geradas pelo conflito (BURHALDE, 2005, p. 64-65).

De acordo com MELO, RIBEIRO e STORPIRTIS (2006, p. 476):

Após 1940, ocorreu a introdução maciça de novos fármacos, que trouxeram à população possibilidade de cura para enfermidades até então fatais, sobretudo no campo de doenças infecciosas. Os avanços nas pesquisas de novos fármacos, em conjunto com sua promoção comercial, criaram uma excessiva crença da sociedade em relação ao poder dos medicamentos.

Corroborando com esta ideia, LOYOLA salienta que (2008, p. 764):

De fato, desde a II Guerra Mundial, o crescimento das indústrias dos países centrais, principalmente as norte-americanas, juntamente com o aumento da produção de equipamentos médicos, permitiu às empresas e à cultura médica daquele país espalhar globalmente sua influência. Um fator decisivo para esse crescimento foi a exploração monopolística das inovações farmacêuticas mediante o registro de patentes de invenções, notadamente, dos antibióticos. Com altas taxas de rentabilidade, o setor farmacêutico internacional caminhou para a concentração, a oligopolização e, posteriormente, para a diversificação, expandindo-se para outros mercados, como os de produtos alimentícios, químicos, veterinários e cosméticos.

Entre as décadas de 50 e 60 ocorreu grande desenvolvimento na área das ciências biológicas, gerando forte expansão da produção na área farmacológica, a partir das conquistas tecnológicas e econômicas atribuídas à 2ª Guerra Mundial (MELO, RIBEIRO e STORPIRTIS, 2006, p. 477).

No final dos anos 70 e início dos anos 80 novas frentes de conhecimento tecnológico passaram a ser exploradas, como a engenharia genética, química combinatória, terapia gênica, terapia celular, entre outras. Hoje, estas frentes são difundidas como biotecnologia, alterando a trajetória tecnológica das indústrias farmacêuticas. Até então, a maioria das novas drogas originavam-se dos investimentos em P&D realizados pelos grandes laboratórios farmacêuticos (ALBUQUERQUE e CASSIOLATO, 2002; CAPANEMA e PALMEIRA FILHO, 2007).

Para GADELHA, MALDONADO e VARGAS (2008):

A revolução molecular permitiu o desenvolvimento de toda uma nova classe de medicamentos baseados em conhecimentos e tecnologias no campo da biologia molecular e da engenharia genética. Estes aspectos permitiram a diminuição de barreiras no que se refere à descoberta de novos medicamentos e o surgimento de uma série de empresas de biotecnologia.

Durante a década de 90, os gastos com saúde, por parte dos países desenvolvidos, aumentaram consideravelmente. O impacto nos respectivos Produtos Interno Bruto – PIB foi considerável, fazendo com que os governos adotassem medidas que reduzissem os preços de custos da aquisição de medicamentos já que estes eram os itens de maior impacto no orçamento das famílias (CAPANEMA e PALMEIRA FILHO, 2007).

Sobre isso, GADELHA, MALDONADO e VARGAS (2008) disseram que a:

Pressão pelo controle dos gastos públicos com a saúde em virtude da crescente demanda por serviços de saúde, pressionando as despesas públicas e privadas. Este questionamento político em relação aos altos orçamentos públicos de saúde, levava em conta, ademais, as altas margens de lucro das empresas da indústria. Este movimento, que se inicia nos EUA durante o governo Clinton, se propaga à Europa e Japão em meados da década, tendo como resultado a discussão e adoção de políticas públicas na área, nomeadamente, intervenções que permitissem a redução dos preços dos medicamentos.

Nas últimas décadas, a indústria farmacêutica teve considerável crescimento, caracterizado por alta concentração industrial, grandes lucros e aumento no consumo de medicamentos, acompanhado do aumento dos preços destes produtos. Este processo se conforma por alguns aspectos. Inicialmente pelos novos caminhos científicos e tecnológicos adotados, os quais favoreceram a gerações de inovações,

depois da estagnação gerada pelo esgotamento do paradigma tecnológico que perdurou depois da 2ª Guerra Mundial até a década de 60. Também se destacam enquanto outros aspectos, as iniciativas ocorridas no âmbito das políticas públicas de Ciência e Tecnologia – C&T, as quais favoreceram as indústrias farmacêuticas, além do reconhecimento das patentes farmacêuticas a partir da entrada em vigor do Acordo de Propriedade Intelectual Relacionado ao Comércio - TRIPS, o qual é abordado posteriormente. Além disso, outro aspecto a ser considerado foi a forte pressão dos medicamentos genéricos, principalmente com a expiração de patentes de medicamentos líderes de vendas. Ressaltam-se também as pressões sobre os gastos públicos ocorridas durante a década de 90 e o impacto da biotecnologia, conforme citado anteriormente. Por fim, a utilização do poder de compra por parte das organizações de saúde como forma de redução dos gastos oriundos da cobertura com saúde e com os medicamentos (CAPANEMA e PALMEIRA FILHO, 2007; GADELHA, MALDONADO e VARGAS, 2008).

Segundo CAPANEMA e PALMEIRA FILHO (2007), esta posição conquistada tem sido defendida através da manutenção ou criação de barreiras de entrada. Como exemplo destas barreiras, os autores destacam:

Principalmente pelo uso extensivo dos direitos de monopólio do período de patente, do processo de reestruturação empresarial, mediante fusões e aquisições, e do crescente rigor, referendado pelos órgãos regulatórios nacionais ou supranacionais, nas exigências sanitárias, na qualidade das instalações e na confiabilidade dos produtos.

A indústria farmacêutica caracteriza-se enquanto um oligopólio diferenciado, sendo a diferenciação de produtos pautada em P&D e nas estratégias de marketing. As empresas líderes de mercado são de grande porte e atuam de forma globalizada, havendo interdependência entre as ações desempenhadas pelos diferentes grupos nos distintos mercados nacionais (GADELHA, MALDONADO e VARGAS, 2008).

De acordo com CAPANEMA e PALMEIRA FILHO (2007):

As grandes líderes do setor concentram, em seus países de origem, as etapas iniciais do processo produtivo, que demandam maior esforço tecnológico, e distribuem em outros países unidades de manufatura e comércio dos medicamentos.

Nos últimos anos é possível observar uma intensificação do processo de fusões de aquisições entre as indústrias farmacêuticas, envolvendo empresas de diferentes países, motivadas pela necessidade de enfrentar os altos gastos com pesquisa e desenvolvimento de novos produtos. Esta situação se agrava ao se considerar a expiração de diversas patentes mundiais, conforme descrito acima, responsáveis por grande parte das receitas dos maiores laboratórios mundiais. Estes processos tendem a potencializar a concentração já existente no mercado farmacêutico (CUNHA et al., 2009).

Para ROSENBERG, FONSECA e D'ÁVILA (2010), a indústria farmacêutica internacional apresenta as seguintes características principais:

- Grande integração vertical em direção à produção dos princípios ativos.
- Aumento das economias de escala por meio da construção de plantas de maior complexidade tecnológica.
- Desenvolvimento de novas moléculas em parceria com empresas intensivas em P&D na área de biotecnologia.
- Intensificação do processo de diferenciação de produto através do lançamento de novos medicamentos em classes terapêuticas mais comercializadas.

2.2.1 A indústria farmacêutica no Brasil – contexto histórico

No início do século XX, a indústria farmacêutica brasileira não se diferenciava da indústria farmacêutica mundial, no que diz respeito à limitação da produção de medicamentos estar ligada ao que era manipulado pelas boticas. A diferenciação entre o processo artesanal e a produção em escala se dá a partir da implantação dos laboratórios farmacêuticos oficiais, no final do século XIX e início do século XX, cujo objetivo era a pesquisa e a produção de soros e vacinas, com vistas ao combate aos surtos epidêmicos. O Instituto Butantã e o Instituto Oswaldo Cruz são exemplos dessas instituições. Ao final da 2ª Guerra Mundial o mercado farmacêutico brasileiro foi submetido à lógica de expansão das empresas multinacionais, passando a ocorrer a associação destas com as empresas nacionais e em alguns casos, as multinacionais passaram a ter o controle acionário das empresas brasileiras (BURHALDE, 2005, p. 65).

Apesar de algumas iniciativas que visavam o fortalecimento do parque industrial farmacêutico no Brasil, o fato é que os laboratórios farmacêuticos brasileiros, ao invés de funcionarem como fontes de P&D, “surgiram associados ao atendimento à assistência farmacêutica à população e à cobertura das lacunas existentes na produção nacional de vacinas e medicamentos essenciais” (VIANA e ELIAS, 2007, p. 1768).

O fato é que o esforço tecnológico da indústria brasileira foi concentrado na engenharia reversa, em consonância com o modelo de substituição de importações para o abastecimento do mercado interno. Na estratégia brasileira não estava previsto o desenvolvimento de fármacos inovadores (AVILA, 2004).

A década de 50 ficou marcada pela aquisição de laboratórios nacionais por multinacionais e pelo início da desnacionalização da indústria farmacêutica brasileira. Durante a década de 60, o mercado farmacêutico brasileiro baseou-se na produção de formas farmacêuticas finais. Nesta década também foi criado o Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica – GEIFAR, cuja finalidade era o de regular as ações das subsidiárias instaladas no Brasil, das indústrias multinacionais, além de estimular o desenvolvimento nacional, reformar a Lei de Propriedade Intelectual e de investimento em pesquisa químico-farmacêutica. Durante a década de 70 buscou-se a implantação de indústrias farmoquímicas, não se obtendo o devido êxito em virtude de sua desarticulação com a cadeia produtiva. Em 1971 é criada a Central de Medicamentos – CEME, cuja finalidade principal era a garantia de acesso aos medicamentos pela parcela da população com menor poder aquisitivo, além de realizar o levantamento da capacidade produtiva dos laboratórios oficiais e laboratórios nacionais, bem como coordenar a distribuição e venda dos medicamentos em todo o território nacional. Durante a década de 80 normas foram apresentadas com o intuito de incentivar a produção de insumos no Brasil, mas a ausência de uma política de desenvolvimento tecnológico contribuiu para que não esta não se efetivasse. Na década de 90 a situação se agravou em virtude das concessões feitas no que diz respeito à facilitação de importações de insumos farmacêuticos. O Presidente Collor promoveu ampla abertura da economia, extinguindo regras como as que protegiam a indústria nacional de medicamentos, que impediam a importação de medicamentos que fossem produzidos no Brasil, a não ser que ficasse comprovado que seus custos fossem abusivos. Fruto da política neoliberal implantada, o Brasil sofreu forte ataque na tentativa de implantação de

uma política nacional de desenvolvimento, pois se adotou um modelo contrário ao de “substituição de importações”, descaracterizando dessa forma o papel indutor e coordenador do Estado (BERMUDEZ, 1994, p. 370; GADELHA 2002, apud CASAS, 2009; GADELHA, 2006; LOYOLA, 2008; OLIVEIRA et al., 2010, p. 3563).

O Brasil, em 1994, participava do mercado farmacêutico global com mais de US\$ 3 bilhões, colocando-se como 9º colocado (BERMUDEZ, 1994). Em 2011, o mercado de medicamentos no Brasil atingiu a cifra de R\$ 38 bilhões em vendas, devendo chegar em 2017, com base no crescimento atualmente apresentado, a R\$ 87 bilhões (IMS, 2012). Hoje o Brasil encontra-se em 6º no ranking mundial, com perspectiva para chegar a 5º nos próximos anos. Considerando a expansão das classes C e D, melhor distribuição de renda e o aumento da população na terceira idade, o aumento do consumo de medicamentos torna-se natural, atraindo desta forma o investimento de empresas internacionais (ALBUQUERQUE, 2012).

Apresentando-se como um dos maiores e mais atrativos mercados mundiais, o mercado brasileiro é dominado pelas grandes indústrias transnacionais, com destaque para algumas empresas nacionais. Entretanto, a indústria farmacêutica nacional é caracterizada como uma indústria basicamente de transformação, entendida como a de modificação do princípio ativo em medicamento final (CALIXTO E SIQUEIRA JR, 2008 apud TORRES e SOUZA, 2010). “Por não ter desenvolvido sua indústria de farmoquímicos, não sendo produtor de matéria-prima (farmoquímicos e adjuvantes), o setor depende intensamente da importação de outros países” (TORRES e SOUZA, 2010). A indústria brasileira tem suas ações concentradas basicamente nas atividades de produção de medicamentos e marketing, sendo tímido o investimento em P&D (PALMEIRA FILHO, 2010).

Cabe destacar que o Brasil apresenta um dos mais baixos custos de produção de medicamentos quando comparado com o cenário mundial. Além disso, possui alta complexidade regulatória e “uma infraestrutura inerte que não acompanha as mudanças com a velocidade necessária” Esse baixo custo de produção tem atraído grandes competidores internacionais, também pela proximidade do País com áreas de grandes populações como a América do Norte, América Central e América do Sul (OLIVEIRA PORTELLA, 2011).

Importante ressaltar que em termos de participação de mercado, as empresas farmacêuticas nacionais vêm apresentando crescimento significativo, fruto em

grande medida da consolidação dos medicamentos genéricos no Brasil. De maneira geral, as maiores empresas estrangeiras continuam dominando o mercado brasileiro e exercendo suas lideranças no nível das classes terapêuticas, porém em 2006, das 15 maiores indústrias farmacêuticas, quatro eram de capital nacional - Aché, EMS Sigma Pharma, Medley e Eurofarma, sendo que no passado, uma ou duas empresas brasileiras apareciam neste ranking (GADELHA, MALDONADO e VARGAS, 2008; PALMEIRA FILHO e CAPANEMA, 2010).

Em 2011, conforme se observa na tabela 1, das 10 maiores empresas farmacêuticas do mercado brasileiro, quatro eram de controle brasileiro – EMS Pharma, Aché, Eurofarma e Neo Química (CILO, 2012). Em grande parte, este crescimento deve ser atribuído à produção e ampliação dos medicamentos genéricos no Brasil.

Tabela 1. Os 10 maiores laboratórios no mercado farmacêutico – 2011.

POSICÃO	LABORATÓRIO	VENDAS (em US\$ milhões)	PARTICIPAÇÃO (%)
1o.	EMS Pharma	2.004	7,77
2o.	MEDLEY	1.832	7,11
3o.	ACHÉ	1.350	5,24
4o.	SANOFI-AVENTIS	1.193	4,63
5o.	EUROFARMA	1.068	4,14
6o.	NEO QUÍMICA	956	3,71
7o.	NOVARTIS	912	3,54
8o.	MSD	660	2,56
9o.	PFIZER	627	2,43
10o.	BAYER PHARMA	557	2,16

Fonte: IMS Health/INTERFARMA – Tabela elaborada a partir de matéria publicada na Revista Isto é Dinheiro em agosto/2012

Sobre o impulso gerado pelos medicamentos genéricos, PALMEIRA FILHO e CAPANEMA (2010) afirmam que:

A Lei 9.787/99, mais conhecida como a Lei dos Genéricos, possibilitou uma interessante e, até agora, duradoura inserção da indústria farmacêutica de capital nacional. Algumas empresas de capital nacional experimentaram expressivo crescimento com a exploração do segmento de medicamentos genéricos, ou seja,

aqueles comercializados sem marca, pelo nome do princípio ativo, e bioequivalentes ao produto original ou de referência.

Cabe salientar que, sobre os medicamentos genéricos, um marco importante para ser analisado foi a adesão do Brasil ao TRIPS¹, já que a assinatura deste acordo impôs uma séria restrição para a continuidade da estratégia de cópia para as empresas nacionais (PALMEIRA FILHO e CAPANEMA, 2010).

Após o reconhecimento das patentes, uma das promessas feitas era que as filiais brasileiras de empresas multinacionais passariam a deslocar para o Brasil atividades de maior valor agregado. Ocorre que, de forma antagônica ao que se previa, após a abertura comercial do início dos anos 1990, além das empresas multinacionais não deslocarem atividades relacionadas à inovação para o Brasil, diversas plantas de produção foram fechadas no país. Com a regulamentação da Lei dos Genéricos, “o desinteresse de grande parte das empresas multinacionais instaladas no país, associado à rápida resposta das empresas nacionais, resultou na predominância do capital nacional no mercado brasileiro de genéricos” (PALMEIRA FILHO e CAPANEMA, 2010).

O acordo TRIPS não possuía regras que privilegiavam os países em desenvolvimento, quando comparados aos países desenvolvidos. Nele estavam previstas diferenciações apenas no campo do período de transição para a maioria dos aspectos contidos no Acordo, na assistência técnica e financeira aos países menos desenvolvidos em termos mutuamente acordados entre estes e os países desenvolvidos, além da transferência de tecnologia “a ser encorajada” aos países menos desenvolvidos. Ocorre que TRIPS é “assimétrico” no que diz respeito aos direitos dos países envolvidos, apesar da necessidade de um tratamento diferenciado aos países menos desenvolvidos, conforme previsto no Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (GATT) e estendido para a Organização Mundial do Comércio – OMC (FIANI, 2009, p. 182-183).

Há de se destacar as diferenças em relação ao grau de desenvolvimento tecnológico e econômico entre os países signatários do Acordo TRIPS. O estabelecimento de uma regra padronizada para países em condições diferenciadas de absorção e difusão de tecnologias pode representar retrocessos para os países menos

¹ O tema propriedade intelectual foi incluído na Rodada Uruguia do GATT, iniciada em 1986 em Punta del Este (Uruguai) e concluída em abril de 1994, em Marrocos, gerando a assinatura de diversos acordos internacionais, dentre eles o TRIPS (CHAVES, 2007, p. 259-271).

desenvolvidos. O ideal seria que o Acordo apresentasse um conjunto de regras ou princípios que permitissem a alocação e distribuição dos benefícios da inovação por parte dos países periféricos, dentro de um ambiente cooperativo (MASCARENHAS, 2004, p. 397-401).

Neste contexto, sobre o período concedido para a adoção da Lei de Patentes, FIANI (2009, p. 183) destaca que:

Vale a pena notar que TRIPS uniformizou a duração mínima das patentes em 20 anos, superando os 17 anos que eram norma nos EUA no momento da adoção de TRIPS, e não permite aos governos excluir setores industriais das patentes (exceto certa flexibilidade para variedades de plantas). O ponto importante a ser percebido aqui é a perda significativa de flexibilidade do emprego de propriedade intelectual como instrumento de política de desenvolvimento. Isso, juntamente com uma proteção mais severa de propriedade intelectual, pode gerar significativas transferências de renda dos países em desenvolvimento para os países desenvolvidos.

Num breve levantamento histórico, em 1971 o Brasil deixa de reconhecer o patenteamento de medicamentos. Em 1976 as indústrias farmacêuticas são permitidas a registrarem produtos similares aos medicamentos de referência. Em 1983 passa a ser obrigatória a utilização do nome genérico, conforme previsto na Denominação Comum Brasileira – DCB nas embalagens dos medicamentos, além do nome comercial. Em 1993, o Presidente Itamar Franco, tendo como Ministro da Saúde Jamil Haddad, assina o Decreto 793, prevendo que as embalagens de medicamentos passassem a ser comercializadas com destaque para o seu nome genérico, conforme a DCB, três vezes maior do que o nome comercial. A justificativa apresentada para a assinatura do Decreto era a de que existia uma grande quantidade de medicamentos similares, com grande variação de preço, podendo a população escolher os de melhor preço desde que conhecessem de quais eram equivalentes. Em 1991 é encaminhado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 824, de autoria da presidência da República, prevendo patentes para produtos e processos farmacêuticos. Fruto desse Projeto, em 1996, através da aprovação da Lei 9.279/96, que “regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial”, o Brasil passa a reconhecer a patente de medicamentos. Cabe destacar que TRIPS, do qual o País era signatário, previa cinco anos de transição para os países em desenvolvimento, com mais cinco anos para estes países, cuja proteção patentária para os campos

tecnológicos previstos no Acordo não fossem contemplados anteriormente. Neste caso, o Brasil poderia aderir ao reconhecimento de proteção patentária em 2005, sendo que acabou por reconhecer patentes de medicamentos oito anos antes do previsto. Como comparação, a Índia utilizou todo o período de transição e países como Argentina, Costa Rica, Honduras, Paraguai e Uruguai utilizaram parcialmente este período (BRASIL, 1996; CHAVES, 2007, p. 260; CYTRYNOWICZ, 2007, p. 159, 170; ROSENBERG, FONSECA e D'ÁVILA, 2010).

Para a indústria produtora de medicamentos de referência, a avaliação foi de que o reconhecimento de patentes para medicamentos é condição fundamental para que haja pesquisa e inovação, assim como ocorre em outros setores de alta tecnologia. Segundo a INTERFARMA – ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA - a aprovação da referida Lei foi de fundamental importância, pois o maior custo dessas empresas está na pesquisa e geração de informações sobre novos fármacos. Além disso, contribuiu para que fossem estimulados os processos de transferência de tecnologia, permitindo assim o acesso a novos medicamentos e às parcerias da indústria com universidades e instituições de pesquisa no Brasil. Por outro lado, os que se posicionaram contrários à Lei, ou que defendiam regras mais brandas, manifestaram que seria necessária uma política de fortalecimento da indústria nacional, de forma a torná-la mais competitiva, impedindo desta forma os monopólios inerentes à aprovação da referida Lei. Da mesma forma como ocorrera em outros países, como o Canadá, que exigiram a instalação de empresas de P&D, como contrapartida ao reconhecimento de patentes de medicamentos, empresas nacionais brasileiras defendiam que fosse estimulado o “amadurecimento tecnológico” em fármacos no País (CYTRYNOWICZ, 2007, 161-163).

A partir de 1999 o Estado Brasileiro passa a reconhecer os medicamentos genéricos. Com a aprovação da Lei 9.787/99, esta categoria de medicamentos passara a ser conceituada como (BRASIL, 1999):

Medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI.

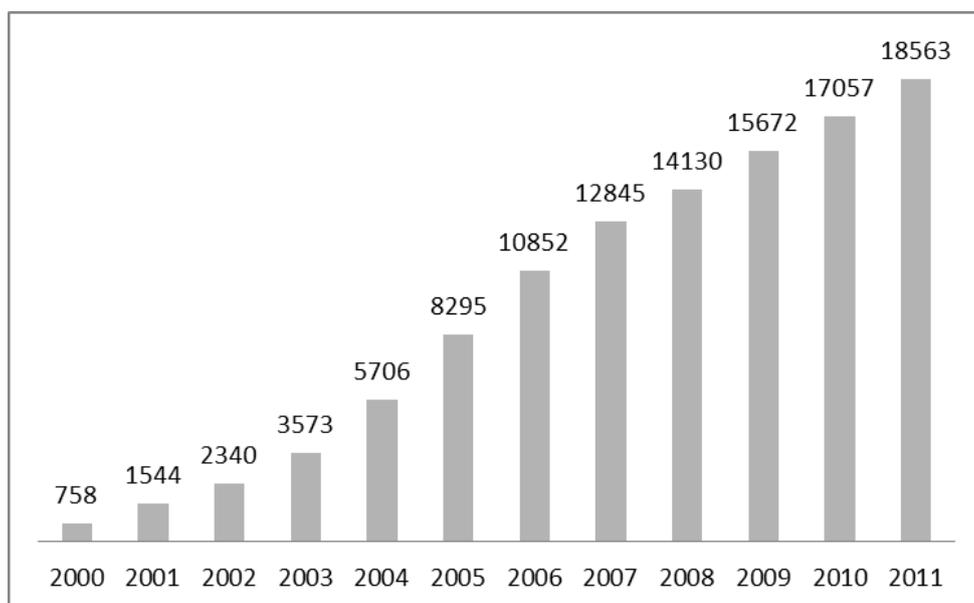
Em 1999, o Brasil possuía um consumo de medicamentos *per capita* de pouco mais de US\$ 50 por ano, sendo que 48% dos medicamentos eram adquiridos por 15% da população, a qual possuía uma renda acima de 10 salários mínimos. Para os que possuíam renda menor do que quatro salários mínimos, o consumo era de 16% dos medicamentos vendidos. Neste contexto, cerca de 40% da população não tinha acesso aos medicamentos, sendo o SUS a única alternativa para obterem seus medicamentos (CALLEGARI, 2000).

Antes da aprovação da Lei de Genéricos, BEMUDEZ (1994, p. 376) apontava que: “Uma proposta de política de medicamentos genéricos tem que se constituir em uma ação setorial, envolvendo outros ministérios e outras esferas de governo, além da sociedade”. Até a sua aprovação, o Brasil possuía duas categorias de medicamentos. A primeira categoria era caracterizada pelos medicamentos lançados originalmente pelas empresas líderes do mercado mundial, denominados no Brasil como “medicamentos inovadores”. A segunda categoria era descrita como “medicamentos similares”, caracterizando-se como cópias dos medicamentos inovadores, possuindo o mesmo princípio ativo, a mesma concentração e mesma forma farmacêutica que eles. Com a aprovação da Lei 9787/99 as três categorias de medicamentos passam a existir conjuntamente, sendo caracterizadas como medicamentos similares, medicamentos genéricos e medicamentos de referência (BRASIL, 1999; QUENTAL et al., 2008, p. 620).

O número de medicamentos genéricos registrados no Brasil aumentou consideravelmente, desde sua implantação. Em 2000 eram 762 apresentações registradas na ANVISA, subindo para 18.563 em 2011, conforme se observa no gráfico 3 (ANVISA, 2012).

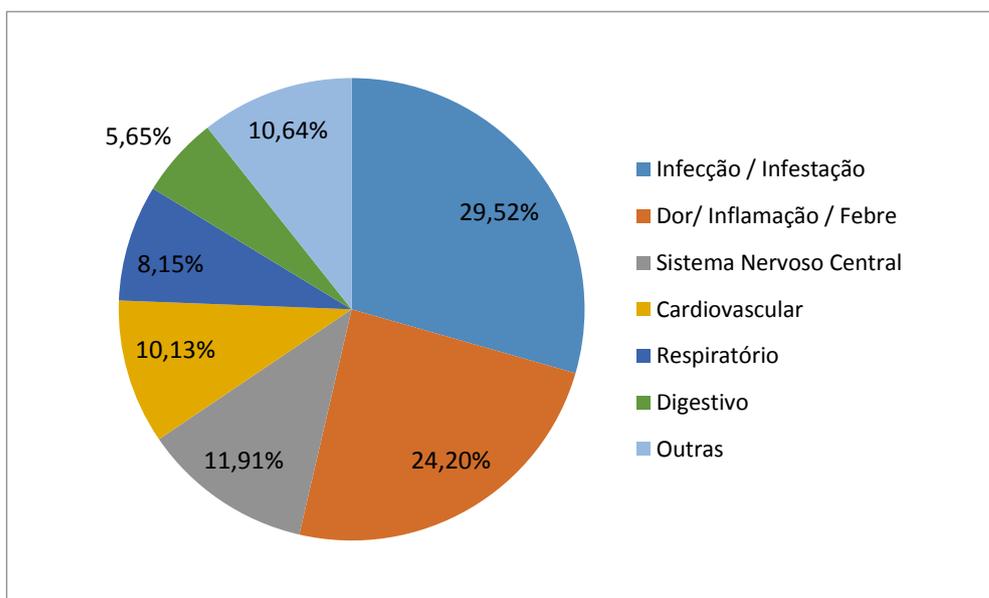
De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2012) atualmente 3331 medicamentos genéricos estão registrados no Brasil, sendo 391 substâncias ativas representando 120 classes terapêuticas. Os medicamentos indicados para infecções e infestações são os que possuem maior número de medicamentos genéricos registrados, representando 29,5% do total. Em segundo lugar encontram-se os medicamentos indicados para o tratamento da dor, inflamação ou febre, representando 24,2% do total, conforme se observa no gráfico 4.

Gráfico 3. Evolução do número de apresentações de medicamentos genéricos registrados no Brasil (2000 a 2011)



Fonte: GGMed/Anvisa – Atualizado até dezembro/2011

Gráfico 4. Percentual de participação de medicamentos genéricos no Brasil, por ação geral do medicamento (acumulado até 2012).

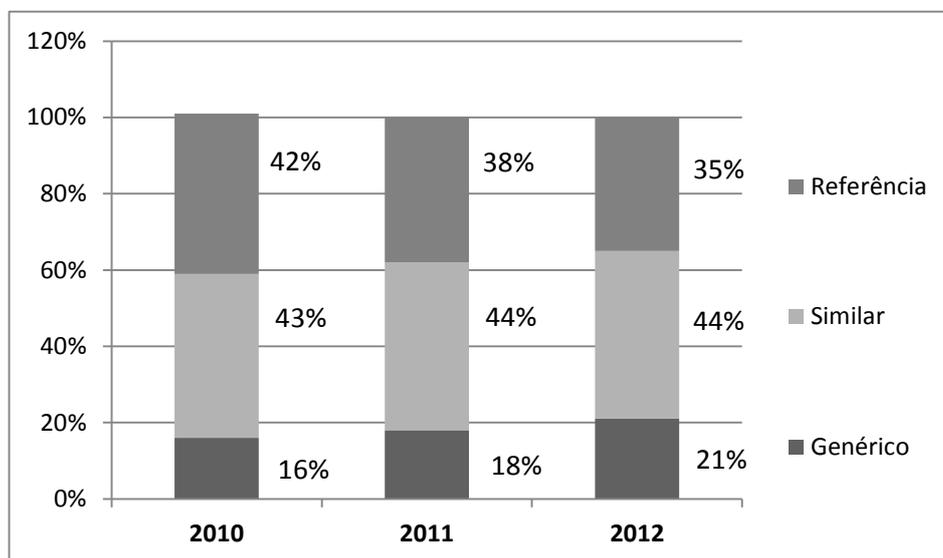


Fonte: GGMed/Anvisa (atualizado até abril/2012)

Os medicamentos genéricos têm ampliado sua participação no mercado farmacêutico conforme se observa no gráfico 5. Em junho de 2012, as vendas desses

medicamentos cresceram 21,7% em volume. Em valor, representou R\$ 5,8 bilhões, contra R\$ 3,8 bilhões quando comparado com o mesmo período do ano de 2011.

Gráfico 5. Participação dos medicamentos genéricos no Brasil (2010 a 2012)



Fonte: IMS Health, 2012

O grupo EMS, laboratório nacional e líder de fabricação e venda de medicamentos genéricos, em 2011 teve um faturamento, com os genéricos, 45% maior do que o ano de 2010. Em unidades vendidas, em 2011 foram mais de 196 milhões de comprimidos – 27% maior do que o ano anterior (MENEZES, 2012).

Segundo a Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos – PRÓ-GENÉRICOS, o mercado de genéricos no Brasil, considerando o número de unidades vendidas, corresponde a 25,6% do mercado farmacêutico (PRÓ-GENÉRICOS, 2012b).

Em 2011, o número de unidades comercializadas de medicamentos genéricos saltou de 21,7% do mercado nacional (janeiro/2011) para 27,17% (dezembro/2011). Em termos de faturamento em dólares, o crescimento foi de cerca de 18% do mercado, referente a janeiro de 2011, para mais de 21% em dezembro do mesmo ano (PRÓ-GENÉRICOS, 2012).

2.3 O sistema de saúde brasileiro e a assistência farmacêutica

A Lei Federal 8080/90 trata a saúde enquanto um direito fundamental da sociedade, tendo como um dos seus objetivos “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”. Estas ações devem ser garantidas com base em alguns princípios, como o da universalidade de acesso à saúde, a integralidade de assistência, a igualdade da assistência à saúde, a descentralização político-administrativa e com a participação da comunidade, exercendo o controle social. Esta mesma Lei prevê, em seu artigo 6º, que a assistência farmacêutica - AF é uma das ações inseridas no campo de atuação do SUS (BRASIL, 1990).

Com base na nova legislação, a assistência farmacêutica deveria ser articulada como parte da política de saúde. Desta forma, em 1998 foi assinada a Portaria GM 3.916/98, criando a Política Nacional de Medicamentos – PNM (BRASIL, 1998). Esta política se propõe a atuar de forma a “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais no Brasil”. Inicialmente apresenta, em suas diretrizes, a necessidade de reorientação da assistência farmacêutica, “de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos”.

A Política Nacional de Medicamentos define que a assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde, englobará (BRASIL, 1998):

As atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação -, o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.

Para que os medicamentos sejam assegurados à população com eficácia, qualidade e baixo custo, os gestores do SUS devem concentrar seus esforços, conforme previsto na Portaria 3918/98, com base nas seguintes diretrizes (BRASIL, 1998):

- Adoção de relação de medicamentos essenciais.
- Regulamentação sanitária de medicamentos.
- 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.

Tais diretrizes, segundo a PNM, para que possam atender ao propósito desta Política, devem comportar um conjunto de prioridades:

- Revisão permanente da RENAME.
- Assistência farmacêutica.
- Promoção do uso racional de medicamentos.
- Organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos.

Em 2004 foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF no Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução CNS 338/04, que define a assistência farmacêutica como (BRASIL, 2004a):

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

A PNAF, em seus princípios, situa essa política enquanto parte integrante da Política Nacional de Saúde e norteadora das demais políticas setoriais, com destaque para as políticas de medicamentos, de desenvolvimento industrial, ciência e tecnologia e de formação de recursos humanos.

A Resolução 338/04 também prevê que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica deva englobar um conjunto de eixos estratégicos. Entre eles, a PNAF determina que a assistência farmacêutica esteja incluída no campo das ações de saúde. Os serviços de assistência farmacêutica – AF- devem ser mantidos e qualificados na rede pública de saúde, com descentralização das ações, considerando os diferentes níveis de atenção bem como sua articulação com as instâncias gestoras do SUS, tendo a RENAME como instrumento racionalizador da prescrição. A modernização dos Laboratórios Oficiais também está presente nos eixos estratégicos, assim como o desenvolvimento, valorização, formação fixação e capacitação dos

recursos humanos envolvidos com a AF. A implementação de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico deve ser tratada como prioridade, com o estabelecimento de ações que visem à internalização do desenvolvimento de tecnologias que atendam às demandas do sistema de saúde. Além disso, a PNAF destaca como estratégica a construção de uma política de vigilância sanitária, bem como o estabelecimento de mecanismos para a regulação e monitoramento do mercado devem ser considerados como fundamentais (BRASIL, 2004a).

A assistência farmacêutica, considerando a definição apresentada na Resolução 338/04, relaciona-se com o CEIS através dos setores industriais e dos prestadores de serviço. Sendo o medicamento insumo essencial das ações que envolvem a AF, sua interface com o subsistema de base química e biotecnológica fica mais evidente. Neste contexto também se insere a Lei de Propriedade Intelectual, com sua relação direta no atual mercado de medicamentos genéricos, bem como o mercado futuro, com base nas próximas patentes que expirarão e que trarão novo impulso ao mercado de genéricos no Brasil (BRASIL, 2004a; GADELHA, 2010).

Com base nos conceitos expostos, o acesso a medicamentos, além de um direito previsto no conjunto das legislações existentes, deve ser garantido enquanto política pública. Para BERMUDEZ & BONFIM (1999, apud JUNGES, 2006, p.22):

Acesso, no caso de medicamentos, significa ter o produto adequado, para uma finalidade específica, na dosagem correta, pelo tempo que for necessário, no momento e no lugar requerido pelo usuário, com garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado, tendo como consequência a resolutividade das ações de saúde.

Na história da saúde pública brasileira, a assistência farmacêutica passou por considerações diferenciadas. Durante a década de 70, o acesso aos medicamentos se confundiu com a história da Central de Medicamentos – CEME, cuja preocupação era focada na população com baixo poder aquisitivo. Neste momento, a organização das atividades de AF tinha como objetivo atender esse público. Com a aprovação da Lei 8080/90, a assistência farmacêutica precisou ser organizada de forma a atender aos princípios do novo sistema de saúde implantado no Brasil (OLIVEIRA et.al., 2010, p. 3563).

Na atual estrutura do Ministério da Saúde, a gestão da política nacional de medicamentos e da política nacional de assistência farmacêutica está sob

responsabilidade da Secretaria Nacional de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos- SCTIE, além dos órgãos relacionados com a assistência farmacêutica nos Estados e Municípios. O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – DAF é o departamento da SCTIE responsável por essa gestão (BRASIL, 2005a).

Conforme previsto no Decreto 7.530/2011, em seu artigo 28, compete ao DAF, entre outras ações, subsidiar a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos na formulação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos, necessários à implementação da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições. Também compete ao DAF normatizar, promover e coordenar a organização da assistência farmacêutica, nos diferentes níveis da atenção à saúde, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, além de elaborar e acompanhar a execução de programas e projetos relacionados à produção, à aquisição, à distribuição, à dispensação e ao uso de medicamentos no âmbito do SUS. A orientação, capacitação e promoção de suporte aos agentes envolvidos no processo de assistência farmacêutica e insumos estratégicos, com vistas à sustentabilidade dos programas e projetos em sua área de atuação também está colocada como uma das ações de competência do Departamento (BRASIL, 2011d).

Com base na Legislação que organiza o Sistema Único de Saúde e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, o DAF tem coordenado as seguintes ações, entre outras (BRASIL, 2010, p. 23-24):

- a) Revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME e do Formulário Terapêutico Nacional – FTN.
- b) Desenvolvimento e implementação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus).
- c) Capacitação de recursos humanos para a qualificação da assistência farmacêutica.
- d) Coordenação da revisão permanente dos marcos regulatórios que definem as formas de acesso a medicamentos e insumos a saúde em nível ambulatorial.
- e) Acompanhamento da revisão dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do MS.

2.4 As redes de atenção à saúde - RAS

As redes de organizações têm sido implementadas num período recente, em diversas áreas, sob a forma de redes de empresas, de políticas, de movimentos sociais, de apoio sociopsicológico, entre outros. Na área econômica, as redes permitem a diminuição de custos e a crescente penetração nos mercados, tendo como objetivos melhores resultados econômicos. Em comum, as diversas áreas organizam suas redes mediante a necessidade de que modelos gerenciais sejam implantados de forma a viabilizarem os objetivos pretendidos. A globalização econômica, que alterou os processos produtivos e administrativos, as transformações recentes no papel do Estado e suas relações com a sociedade, assim como a tecnologia da informação iniciada no final do século XX são alguns dos elementos determinantes para a constituição das referidas redes (FLEURY; OUVENEY, 2007, p. 9; SILVA, 2011, p. 29-30).

A proposta sobre as Redes de Atenção à Saúde foi apresentada inicialmente no Relatório Dawson, publicado em 1920, cujos pontos essenciais estariam na integração da medicina preventiva e curativa, no papel central do médico generalista, na Atenção Primária em Saúde - APS como porta de entrada, na atenção secundária atendida em unidades ambulatoriais e na terciária em hospitais. Porém, a sua implantação é recente, considerando alguns países como Itália, Alemanha, Inglaterra e Canadá. A descentralização das políticas de saúde nestes países se deu de forma articulada com a regionalização através da organização de redes de serviços e com a criação de autoridades sanitárias locais (VIANA; LIMA, 2011; MENDES, 2011, p. 61, 64).

No Brasil, a regionalização e a descentralização da saúde estão previstas na Constituição Federal. O artigo 198 define que as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada com base em algumas diretrizes, entre elas, a descentralização, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1998).

A Lei Federal 8080/90, em seu artigo 7º, determina que as ações de saúde e serviços públicos de saúde, bem como os serviços privados contratados ou conveniados serão desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal. Além disso, essas ações devem ser desenvolvidas de acordo com os princípios definidos nesta Lei, entre eles o da descentralização político-

administrativo, com ênfase na descentralização dos serviços para os Municípios e da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

A partir da Lei 8080/90, a edição de normas de regulamentação complementou o processo de descentralização e fixação de novos fluxos de gestão, financiamento e provisão da assistência à saúde. As primeiras normatizações foram as Normas Operacionais Básicas (NOBs). A NOB de 1991 regulamentou o convênio do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS com os Estados e Municípios habilitados, dando continuidade ao modelo já instituído de repasse para estes. A NOB de 1993, publicada após a IX Conferência Nacional de Saúde, apresentou avanços ao criar as comissões intergestoras bipartite e tripartite, além de institucionalizar os mecanismos de repasse fundo-a-fundo. Já a NOB de 1996 consolidou o processo de descentralização, ao ampliar a autonomia dos Municípios no uso dos recursos recebidos, pelos novos mecanismos de gestão e redefinição das atribuições dos entes da Federação (FLEURY e OUVÉRY, 2007, p. 113; FADEL et al. 2009, p. 448).

Em 2006, a Portaria n. 399 do MS institucionalizou o Pacto pela Saúde, que divergia das normas anteriores por manifestar a intenção de romper com a visão normativa e prescritiva das normatizações anteriores. O Pacto pela Saúde tinha como diretrizes: a) a regionalização e gestão compartilhada; b) atendimento às necessidades assistenciais; c) modelo de atenção com ênfase na qualificação da atenção básica, integralidade e construção de redes; d) financiamento com base em compromissos e responsabilidades compartilhadas entre as esferas de governo (SILVA, 2011, p. 108).

Fruto da pactuação feita na Comissão Intergestora Tripartite – CIT, em 2010 foi publicada, pelo MS, a Portaria 4.279, estabelecendo as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde – RAS, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa normatização surge com o objetivo de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, apesar de todos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos. Essa fragmentação de serviços, ações, programas, práticas clínicas pode ser observada através de alguns indicadores: a existência de lacunas assistenciais importantes, financiamento público insuficiente, configuração inadequada de modelos de atenção, pulverização dos serviços nos Municípios e a pouca inserção da vigilância e promoção da saúde, especialmente na Atenção Primária em Saúde. Neste sentido, a Portaria justifica a necessidade de que o processo de organização do

sistema de saúde seja inovado, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde. A RAS é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010b).

A mesma Portaria determina que a operacionalização da RAS se dê pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

Segundo MENDES (2011, p.85), a população é ponto essencial da RAS, sendo esta a sua principal razão de existência. Na concepção de RAS:

Cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias.

O segundo elemento constitutivo da RAS é a estrutura operacional, “constituída pelos nós da rede e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós”. A estrutura operacional é composta de cinco elementos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2010):

- Centro de comunicação, a atenção primária à saúde.
- Pontos de atenção secundários e terciários (atenção ambulatorial ou hospitalar secundária e terciária).
- Sistemas de apoio (sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de teleassistência).
- Sistemas logísticos (o registro eletrônico em saúde, os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde).
- Sistema de governança da rede de atenção à saúde.

O terceiro elemento constitutivo da rede é o modelo de atenção, definido como (BRASIL, 2010b):

Um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas sub populações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em

determinada sociedade. Para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas.

2.5 A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde

A assistência farmacêutica - AF está presente na RAS como um dos sistemas de apoio. A importância de que a AF seja contemplada na rede de atenção à saúde pode ser explicitada pela importância do medicamento, tanto do ponto de vista econômico quanto sanitário. Os gastos com medicamentos pelas famílias brasileiras, bem como o uso inadequado destes são algumas das situações que já demonstrariam a necessidade de que as RAS “organizem o sistema de assistência farmacêutica, como um dos seus sistemas transversais de apoio” (MENDES, 2011, p. 122-123).

O sistema de assistência farmacêutica engloba a logística de medicamentos e a farmácia clínica. A logística de medicamentos, enquanto primeiro componente do sistema de AF engloba as ações de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição. Já a farmácia clínica, fundamental na assistência farmacêutica, envolve o Formulário Terapêutico Nacional, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância (MENDES, 2011, 124-127).

No campo da logística de medicamentos, a seleção de medicamentos é considerada o eixo do ciclo da assistência farmacêutica. As demais atividades desenvolvidas no ciclo se dão com base na correta seleção dos medicamentos. Neste sentido é fundamental que haja uma seleção racional de medicamentos, devendo estes estarem baseados na RENAME e no Formulário Terapêutico Nacional, considerando, principalmente a necessidade, a eficácia, o benefício/risco e o benefício/custo. A programação dos medicamentos é vista como atividade fundamental, já que é ela quem garante a disponibilidade dos medicamentos selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades da população. Apesar de ser vista por alguns enquanto uma atividade meramente administrativa, a programação de medicamentos envolve aspectos técnicos, pois a falta destes pode comprometer o processo de programação (DUPIM, 1999, p. 20-29; MARIN, 2003, p. 133-157).

A aquisição de medicamentos se constitui de um conjunto de procedimentos articulados que visam selecionar o melhor fornecedor, dentro das regras estabelecidas. Ela objetiva contribuir com o abastecimento adequado dos

medicamentos, na quantidade correta e qualidade assegurada, ao menor custo possível. É necessário seguir os aspectos legais para sua aquisição, sendo que estes não se bastam isoladamente. Outros critérios devem ser adicionados, como a seleção de um conjunto de fornecedores que garantam a entrega dos medicamentos e um efetivo sistema de acompanhamento de preços (DUPIM, 1999, p.36; MARIN, 2003, p. 175-178).

O armazenamento de medicamentos, segundo COSENDEY (2000, apud MARIN, 2003, p. 197), junto com a sua distribuição, visa “assegurar a qualidade dos medicamentos através de condições de armazenamento e de um controle de estoque eficaz, bem como a garantir a disponibilidade dos medicamentos em todos os locais de atendimento ao usuário”.

A distribuição de medicamentos, segundo DUPIM (1999, p.52) “é a etapa da assistência farmacêutica em que são definidos os procedimentos que se formalizam à saída do medicamento do local de armazenamento, seu transporte e sua entrega no local de dispensação”.

No que diz respeito à Farmácia Clínica, o primeiro componente é o Formulário Terapêutico Nacional - FTN. Este tem como objetivo orientar prescritores e os demais profissionais de saúde quanto ao uso racional de medicamentos, tendo como base a RENAME. O FTN contém informações sobre indicações terapêuticas, contraindicações, precauções, efeitos adversos, interações, esquemas e cuidados de administração, orientação ao paciente, formas e apresentações disponíveis comercialmente, além de aspectos farmacêuticos dos medicamentos selecionados. O material bibliográfico utilizado para sua elaboração “baseia-se em informações atuais, independentes e cientificamente fidedignas e foi selecionado com isenção de conflitos de interesse” (BRASIL, 2010c).

O segundo componente da Farmácia Clínica é a dispensação de medicamento, que tem como objetivo a garantia da entrega do medicamento correto, na dosagem e quantidade prescrita, com as devidas informações para o seu uso correto e seu acondicionamento, de forma a assegurar a qualidade do produto. Este componente visa propiciar ao usuário o entendimento necessário para que o medicamento seja utilizado de forma correta, evitando que não haja problemas no seu uso, que comprometam a terapêutica (DUPIM, 1999, p. 55-56; MENDES, 2011, p. 127).

Neste momento, a interação entre o paciente e o farmacêutico é definida pela PNAF como “Atenção Farmacêutica” a ser desenvolvida no contexto da assistência

farmacêutica e sendo definida como um modelo de prática farmacêutica (BRASIL, 2004a):

Compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

Sobre o tema, HEPLER e STRAND (1990, apud RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011, p. 62) conceituaram a Atenção Farmacêutica enquanto: “a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes”.

Para ARIAS (1999, apud MARIN, 2003, p. 242):

A dispensação é o ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes desta orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento do regime de dosificação, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do produto.

O terceiro componente da Farmácia Clínica é a adesão ao tratamento, vista como um ponto crítico da assistência farmacêutica. Ela pode ser definida como a medida em que se comporta uma pessoa ao tomar uma medicação, por exemplo, de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde. O quarto componente é a conciliação de medicamentos, vista como a racionalização da utilização dos medicamentos e tem como objetivo diminuir a ocorrência de erros de medicação, quando o usuário muda de nível de atenção (MENDES, 2011, p. 128-129).

O último componente da Farmácia Clínica é a Farmacovigilância, tida como um conjunto de atividades que visa identificar e avaliar os efeitos indesejáveis, agudos ou crônicos dos tratamentos farmacológicos nos sujeitos a que estão submetidos (LAPORTE e TOGNONI, 1995 apud MARIN, 2003, p. 299).

A Política Nacional de Medicamentos define que as ações de Farmacovigilância (BRASIL, 2004a):

Além de tratar dos efeitos adversos, serão utilizadas, também, para assegurar o uso racional dos medicamentos. Para tanto, deverão ser desenvolvidos estudos, análises e avaliações decorrentes dessas ações, de modo a reorientar procedimentos relativos a registros, formas de comercialização, prescrição e dispensação dos produtos.

2.6 Decreto 7508/2011

Em 28 de junho de 2011 foi assinado o Decreto 7508, regulamentando a Lei 8080/90. O Decreto dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, além do planejamento e assistência à saúde e a articulação interfederativa, orientando que (BRASIL, 2011c):

O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

O Decreto apresenta as Regiões de Saúde como referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, devendo estas ser estabelecidas pelos Estados em articulação com os Municípios. As Regiões deverão servir como base para a concretização das Redes de Atenção à Saúde, devendo conter ações e serviços mínimos como: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

Segundo MENDES (2011, p. 172), o processo de regionalização está baseado na região de saúde, definida como:

Recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas do território. Essas regiões de saúde devem organizar as RAS a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. A organização de saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.

Cabe destacar ainda que o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, de forma cumulativa, que o usuário deva ser assistido por ações e serviços do SUS, que o medicamento deve ser prescrito por profissional no

seu exercício de suas funções no SUS, devendo esta prescrição estar em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, além das listas complementares elaboradas por Estados e Municípios. Pressupõe ainda que a dispensação deva ter ocorrido nas unidades indicadas pela direção do SUS (BRASIL, 2011c). Sobre este tema, a Portaria 2929/11 do Ministério da Saúde regulamentou que o acesso aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica pode ter regras diferenciadas estabelecidas pelo MS. Determina também que podem ser aceitas as documentações oriundas do setor privado, devendo ser respeitadas as regulamentações das Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB). No que diz respeito ao Programa Farmácia Popular do Brasil, poderão ser aceitas as receitas oriundas do setor privado (BRASIL, 2011e).

2.7 O Programa Farmácia Popular do Brasil

Dentre as ações desenvolvidas pelo DAF está a coordenação do Programa Farmácia Popular do Brasil. Criado através da Lei Federal 10.858/2004 e pelo Decreto Federal 5.090/2004, o Programa foi lançado em 07 de junho de 2004, com a inauguração das primeiras unidades próprias simultaneamente, nas cidades de Salvador, Rio de Janeiro, São Paulo e Goiânia.

O programa foi constituído inicialmente por farmácias denominadas rede própria modelo 1, com dispensação dos medicamentos a custos reduzidos para os usuários, já que o valor final do produto é subsidiado pelo Governo Federal. Os medicamentos são adquiridos de forma centralizada pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, que também se responsabiliza pela distribuição dos medicamentos e gerenciamento das unidades. Nesta fase do Programa foram selecionados Municípios núcleos de regiões metropolitanas, definidos pelo IBGE (2012) como: “constituídas por agrupamentos de Municípios limítrofes, instituídas por legislação estadual, com vistas ao planejamento e execução de funções públicas e de interesse comum”. Também foi considerado o perfil socioeconômico da população desses Municípios.

Após a publicação da Portaria n. 2.587, em 06 de dezembro de 2004 e com base no Decreto 5090/2004, as unidades próprias passaram a ser instaladas através de parcerias com Estados, Municípios, Instituições da área de saúde e Instituições de Ensino Superior- IES sem fins lucrativos, ampliando desta forma o número de

farmácias populares. Esta etapa foi denominada de modelo 2 e atendeu aos mesmos critérios da primeira (BRASIL, 2004e). Nesta fase foram selecionados os Municípios núcleos dos aglomerados urbanos, segundo classificação do IBGE, bem como hospitais filantrópicos com mais de 100 leitos presentes nestas regiões. Numa etapa posterior foram adotados critérios populacionais, sendo aberta a possibilidade de credenciamento aos Municípios com mais de 100.000 habitantes para o Estado de São Paulo e mais de 70.000 habitantes para os demais Estados, além dos hospitais filantrópicos presentes nos mesmos (JUNGES, 2006; SANTOS-PINTO, OSORIO DE CASTRO e COSTA, 2011, p. 2966).

A última etapa do PFPB buscou ampliar sua presença nos territórios da cidadania, programa lançado pelo Governo Federal em 2008, que objetivava “promover o desenvolvimento econômico e universalizar programas básicos de cidadania por meio de uma estratégia de desenvolvimento territorial sustentável” (BRASIL, 2008g). A instalação das demais unidades da rede própria se deu através da manifestação dos gestores, sendo que estes deveriam preencher um termo de adesão manifestando sua intenção e declarando a previsão de pessoas a serem atendidas, considerando a região onde a unidade seria instalada. As medidas adotadas permitiram a ampliação do número de unidades próprias, bem como dos Municípios atendidos.

O elenco do PFPB- rede própria teve como critério, além dos aspectos epidemiológicos, a inclusão de medicamentos constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME vigente na época, “considerando as principais doenças que atingem a população brasileira e cujos tratamentos geram maior impacto no orçamento familiar” (JUNGES, 2006, p. 108).

A Portaria GM 491, de 9 de março de 2006, expandiu o Programa Farmácia Popular, aproveitando a rede instalada do comércio varejista de produtos farmacêuticos, bem como a cadeia do medicamento. A proposta era garantir a ampliação de acesso aos medicamentos essenciais, favorecendo assim a aquisição de medicamentos indicados no tratamento de doenças com maior prevalência na população. Desta forma, foi criada a segunda versão do Programa, o “Aqui Tem Farmácia Popular”. A Portaria também apresentava os valores de referência a serem aplicados para as unidades farmacotécnicas de cinco princípios ativos indicados para o tratamento da hipertensão e quatro para o tratamento do diabetes, definidos com base na RENAME. Adotando o sistema de co-pagamento, o usuário paga 10% do

valor de referência estabelecido pelo MS para cada um dos princípios ativos que fazem parte do elenco do Programa, além da possível diferença entre este valor e o valor de venda praticado pelo estabelecimento (BRASIL, 2006).

Em junho de 2007 o elenco de medicamentos do “Aqui Tem Farmácia Popular” foi ampliado, sendo incluídos os contraceptivos. Em fevereiro de 2010, um conjunto de medidas de combate à Gripe A (H1N1) foi adotado pelo Ministério da Saúde, entre eles, a inclusão do fosfato de oseltamivir no elenco do Programa. Em abril do mesmo ano houve a inclusão da insulina regular, ampliando o elenco de medicamentos indicados para o diabetes, bem como o atendimento da dislipidemia, com a incorporação da sinvastatina.

Em outubro de 2010 o programa ampliou o elenco de medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e passou a atender novas doenças, tendo sido incluídos medicamentos para o tratamento da osteoporose, rinite, asma, Parkinson e glaucoma. A incontinência urinária para idosos passou a ser atendida com a inclusão das fraldas geriátricas, como pode ser observado na tabela 2 (INOCENCIO, M.; DE VIVO, B., 2011, p.11,13; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Tabela 2. Atualização do elenco do “Aqui Tem Farmácia Popular” (2006 a 2010)

ANO	MEDICAMENTOS
MARÇO 2006	DIABETES E HIPERTENSÃO
JUNHO 2007	CONTRACEPTIVOS
FEVEREIRO 2010	INFLUENZA AH1N1
ABRIL 2010	DIABETES E DISLIPIDEMIA
OUTUBRO 2010	HIPERTENSÃO, RINITE, ASMA, PARKINSON, OSTEOPOROSE, GLAUCOMA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA.

Fonte: DAF/SCTIE/MS 2012.

A partir de 2011, o PFPB passou a disponibilizar os medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e do diabetes sem custos para os usuários. A Portaria 184/2011, assinada em 03 de fevereiro de 2011, determinou que a partir do dia 14 de fevereiro, todas as farmácias da rede própria, bem como as farmácias e drogarias credenciadas ao programa ficassem obrigadas a praticar os preços de

dispensação e os valores de referência até o dia 14 de fevereiro de 2011, garantindo desta forma a gratuidade² para estes medicamentos (BRASIL, 2011a).

Em 2012 foi lançado o Programa “Brasil Carinhoso”, cujo objetivo central é o de “beneficiar em torno de 2 milhões de famílias que tenham crianças de até 6 anos em sua formação”. Entre as diversas ações previstas no Programa está a distribuição gratuita dos medicamentos indicados para o tratamento da asma, através do Programa Farmácia Popular do Brasil. Desta forma, mais três princípios ativos constantes do rol do programa passaram a ser dispensados gratuitamente (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2012d).

A ação “Saúde não tem preço” foi possível pelo processo de pactuação ocorrido entre o Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz e entidades representativas do setor produtivo e setor varejista de medicamentos, através de um termo de acordo. Em fevereiro de 2011, o MS publicou a Portaria 185, onde foi criado o Comitê Técnico de Acompanhamento do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular. Este Comitê tem como uma das suas atribuições o acompanhamento e monitoramento do Programa, sendo também um espaço de pactuação de ações a serem desenvolvida no âmbito do “Aqui Tem Farmácia Popular” (BRASIL, 2011i).

O termo de acordo n.01/2011, assinado em 03 de fevereiro, tem como objeto (BRASIL, 2011b):

Estabelecer compromissos entre as PARTES, visando viabilizar a oferta gratuita de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos pelos estabelecimentos credenciados aos usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil, conforme disposto pelo MINISTÉRIO por meio da Portaria nº 184/GM, de 3 de fevereiro de 2011.

Para PADILHA e GADELHA (2012):

O fato de o país ter preservado a capacidade produtiva em saúde também permite outros ganhos como a gratuidade do programa Farmácia Popular, onde se pode negociar com os produtores no Brasil que o pagamento antes feito pelo cidadão passasse a ser coberto com redução das margens de lucro, sem qualquer acréscimo do valor unitário pago pelo governo.

Cabe destacar que o PFPB, em pesquisa realizada pela Confederação Nacional da Indústria - CNI, em conjunto com o Instituto IBOPE, foi o terceiro

² O termo “gratuidade” foi utilizado, e será encontrado em algumas partes do presente trabalho, para indicar que estes medicamentos passaram a ser dispensados sem que o usuário precisasse desembolsar algum recurso no ato de aquisição dos mesmos.

melhor avaliado entre os programas do MS, no âmbito dos programas indicados pela pesquisa. As campanhas de vacinação e de combate à Dengue ficaram, respectivamente, em primeiro e segundo lugares. O Programa Farmácia Popular do Brasil recebeu nota média de 7,4 em uma escala de 0 a 10 (PESQUISA CNI-IBOPE, 2012). Sua boa avaliação perante a opinião pública deve-se, fundamentalmente, pela ampliação do número de pessoas atendidas, principalmente após o lançamento da ação “Saúde não tem preço”.

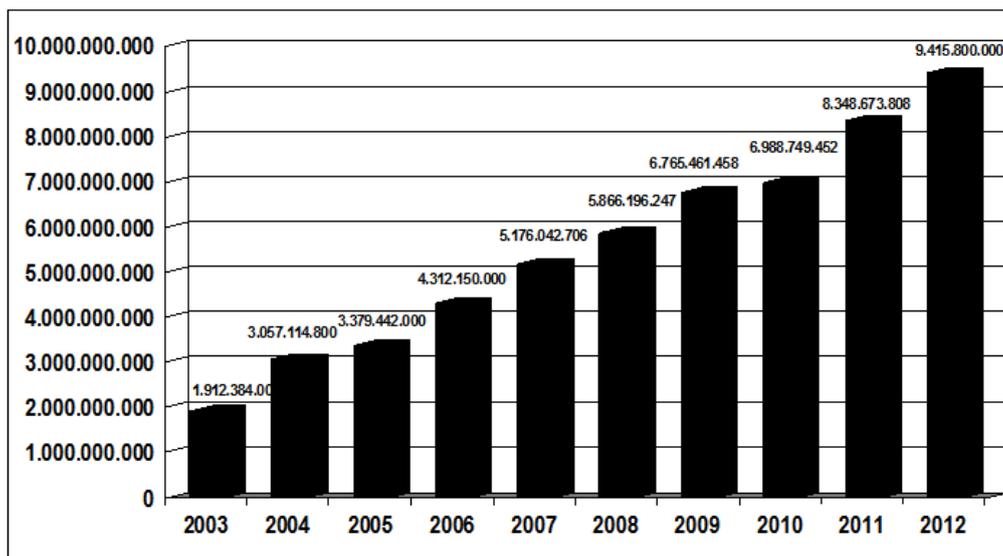
Apesar de o Programa ter surgido considerando que estaria garantido o abastecimento de medicamentos na rede pública (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c), BAPTISTA et al. (2009, p.835) apontam que o PFPB não estaria atrelado com a garantia de acesso universal aos medicamentos, já que poderia vir a ameaçar a provisão de medicamentos na rede pública de saúde.

De forma contrária, em análise sobre o desempenho do PFPB, SANTOS-PINTO et al. (2010, p.8) salientam que o programa apresenta-se como uma opção para os usuários tanto da rede pública, quanto da privada. Dizem ainda que “Como política pública, o FPB parece somar e não substituir esforços de provisão de medicamentos no País”.

Essa avaliação pode ser observada no gráfico 6, que apresenta a evolução das despesas feitas pelo MS para o acesso a medicamentos, que saltou de R\$ 1,9 bilhões em 2003, para R\$ 8,3 bilhões em 2011. Conta ainda com um orçamento de R\$ 9,5 bilhões em 2012.

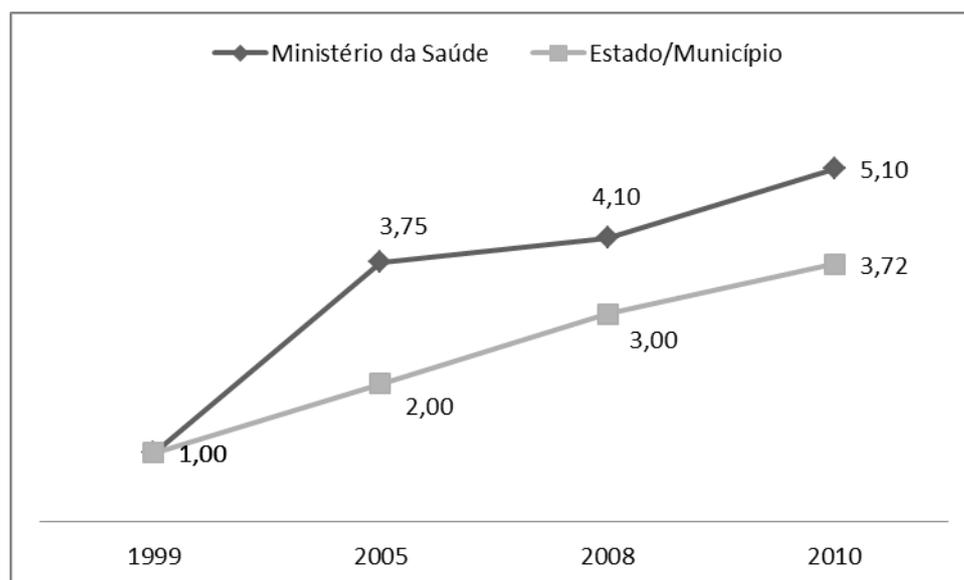
Ao se considerar apenas os gastos realizados através de repasse aos Municípios para a Assistência Farmacêutica Básica, o gráfico 7 demonstra que o mesmo tem sido crescente nos últimos anos. O Ministério da Saúde investe hoje R\$ 5,10 per capita, sendo que em 1999 o repasse mensal era de R\$ 1,00. Estados e Municípios hoje investem juntos, no mínimo, R\$ 3,72 – sendo R\$ 1,86 para cada um dos entes.

Gráfico 6 Despesas anuais do MS na aquisição e financiamento de medicamentos (2003 – 2012)



Fonte: INTERFARMA, 2011 – Elaboração SCTIE com base nos dados do DAF, DECIIS e NIES/SVS, apresentado por GADELHA no Seminário “Perspectivas do setor saúde no Brasil”.

Gráfico 7. Evolução dos gastos per capita do MS assistência farmacêutica básica (1999 – 2010)



Fonte: DAF/SCTIE/MS 2012.

2.7.1 O papel estratégico e inovador do Programa Farmácia Popular do Brasil

O Programa Farmácia Popular do Brasil pode ser descrito enquanto um processo inovador com base em algumas de suas características. SANTOS-PINTO et al. (2010, p.8), em estudo sobre o PFPB avaliam que:

Estima-se que venha atingindo seu objetivo de ampliação do acesso, sendo forma inovadora de provisão, marcada pela intersectorialidade e coadunante com os marcos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

O co-pagamento enquanto estratégia de ampliação de acesso a medicamentos é uma das características inovadoras do Programa Farmácia Popular do Brasil (SANTOS-PINTO, C.D.B. et al., 2010, p.1).

Em 1998, VIANNA, PIOLA e REIS (1998, p.11) em estudo sobre o co-pagamento, discutiu a possível injustiça que a iniquidade poderia gerar ao se propiciar a gratuidade do acesso aos serviços para aqueles que poderiam pagar pelos mesmos. Segundo os autores:

Co-pagamento, taxa moderadora, participação no custeio (*cost-sharing*) ou, ainda, contrapartida do usuário são diferentes maneiras para denominar o mecanismo de recuperação de custos adotado por muitos sistemas de saúde, segundo o qual o paciente arca com parte dos custos dos bens e serviços, quando destes fizer uso.

Os autores apresentam ainda que:

O co-pagamento poderia contribuir também para a valorização dos serviços por parte do usuário, o que aumentaria o controle social sobre os serviços públicos de saúde, se se tem como verdadeiro o fato de que as pessoas nem sempre valorizam o que recebem sem ônus. Assim, elas tornam-se-iam mais exigentes com a qualidade de um bem ou serviço se pagam por ele.

Sobre o co-pagamento na assistência farmacêutica, salientam que:

Boa parte da insatisfação com o programa oficial de distribuição de medicamentos pode ser debitada ao custo proibitivo de um programa de distribuição universal e gratuita de medicamentos para mais de 150 milhões de pessoas.

TREVISAN e JUNQUEIRA (2010, p. 638), constataam que “o impacto do Programa Aqui tem Farmácia Popular implicou avanço no consumo de medicamentos entre as classes C e D”.

Do ponto de vista do papel estratégico desempenhado pelo Programa, cabe destacar sua relação com outras ações estruturantes, tanto do próprio Ministério da Saúde, como de outros Ministérios. No dia 18 de agosto de 2011, o MS lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022. O objetivo do Plano é enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais estão a hipertensão arterial e o diabetes, além do acidente vascular cerebral, infarto, câncer e doenças respiratórias crônicas. No Brasil, as DCNT são responsáveis por 72% das mortes. O Plano está fundamentado nas seguintes diretrizes e ações: vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral. Entre as estratégias previstas no Eixo III do Plano (Cuidado integral) está a de “Fortalecer o complexo produtivo da saúde para o enfrentamento das DCNT”. Entre as ações para o cumprimento desta estratégia está em ampliar o acesso aos medicamentos essenciais para o enfrentamento das DCNT, por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil (BRASIL, 2011e).

Mesmo com a existência do SUS, o custo individual de uma doença crônica ainda é muito alto, contribuindo dessa forma para o empobrecimento das famílias. Observa-se ainda que as pessoas de baixa renda são mais afetadas pelas DCNT, por estarem mais expostas a fatores de riscos, criando desta forma um círculo vicioso, elevando assim o estado de pobreza das famílias atingidas (BRASIL, 2011e). Dessa forma, destaca-se o lançamento do “Plano Brasil Sem Miséria” pelo Governo Federal, direcionado para as famílias cuja renda per capita é de R\$ 70,00, totalizando cerca de 16 milhões de pessoas que ainda vivam nessa condição. Além da ampliação dos programas já existentes, outras ações interministeriais serão efetivadas. Entre as estratégias adotadas está a ampliação da capilaridade do PFPB para os Municípios que possuam pessoas nessas condições, 2.365 ao todo conforme mapeamento feito pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, buscando garantir a ampliação do acesso para essa parcela da população (BRASIL, 2011g).

O Programa também pode ser considerado estratégico ao apresentar-se enquanto alternativa de acesso aos medicamentos. Segundo INOCÊNCIO e DE

VIVO (2011, p.19) “o Programa pode ser considerado eficaz dentro da sua abrangência”. Os pesquisadores avaliam que:

O subsídio do Estado e a concentração das dispensações do Programa em medicamentos genéricos e de marcas similares favorece as pessoas de baixa renda ao acesso aos medicamentos e viabiliza a adesão ao tratamento desta população, já que passaram a ter acesso a medicamentos com preços mais acessíveis. Outro fator importante é que, considerando os preços mais acessíveis, o Programa Aqui tem Farmácia Popular pode contribuir para a diminuição dos gastos gerados pela compra de medicamentos e, também minimizar as despesas do Sistema Único de Saúde com internações que são provocadas pelo abandono do tratamento.

No que diz respeito ao acesso aos medicamentos essenciais, FERREIRA-FILHO, CORREIA e MASTROIANNI (2010, p. 177), em pesquisa feita no Município de Araraquara (SP), afirmam que “os medicamentos constantes na RENAME deveriam estar disponíveis em todo momento no sistema de saúde brasileiro, inclusive no setor privado”. Segundo os pesquisadores, tal constatação se baseia no fato da RENAME ser um instrumento racionalizador no âmbito da assistência farmacêutica. Os pesquisadores apresentam que:

Quanto ao indicador de percentual de economia entre o menor e maior preço praticado, foi observado que as maiores diferenças ocorreram entre os medicamentos de uso contínuo. Tal fato pode ser explicado pela existência de uma Farmácia Popular no município, demonstrando o cumprimento da meta de ampliação ao acesso dos medicamentos para doenças mais comuns entre os cidadãos.

A mesma pesquisa constatou ainda que:

Com apenas uma farmácia popular no município foi possível observar economia de até 97% no valor praticado dos medicamentos, permitindo ajuste no orçamento familiar e possibilitando o cumprimento da terapêutica.

Outra avaliação do seu papel estratégico é que o Programa Farmácia Popular do Brasil articula-se com o complexo econômico-industrial da saúde, sendo apresentado como impulsionador do volume de vendas no mercado farmacêutico brasileiro. Em 2011, 80,5 bilhões de doses foram comercializadas no mercado varejista de medicamentos no Brasil. Em 2012 foram 90 bilhões, representando um crescimento de 11,8%. O Programa Farmácia Popular do Brasil participou em 6,0%

do volume de vendas no mercado varejista de medicamentos em 2011, passando para 7,7% em 2012 (IMS, 2012).

Deve-se considerar ainda que o PFPB tem maior ênfase no seu papel de impulsionador do mercado de medicamentos genéricos. Em janeiro de 2011, os medicamentos genéricos correspondiam a 51% dos medicamentos comercializados nos estabelecimentos credenciados ao “Aqui Tem Farmácia Popular”. Com o lançamento da ação “Saúde não tem preço”, o percentual de participação passou para 56% em fevereiro. Em agosto do mesmo ano, a participação dos genéricos correspondeu a 65% (SCARAMUZZO, 2011).

Entre 2005 e 2011 as vendas de medicamentos genéricos cresceram 513% - R\$ 1,52 bilhão em 2005 para R\$ 7,8 bilhões em 2011. Este crescimento se deve a alguns fatores, como o preço reduzido em comparação a outros do mercado. Além disso, segundo Telma Salles, presidenta da Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos (Pró Genéricos), o Programa Farmácia Popular do Brasil tem contribuído para essa ampliação: “No caso dos medicamentos para diabetes, o Farmácia Popular participa com 70% do total dos genéricos vendidos” (MENEZES, 2012).

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

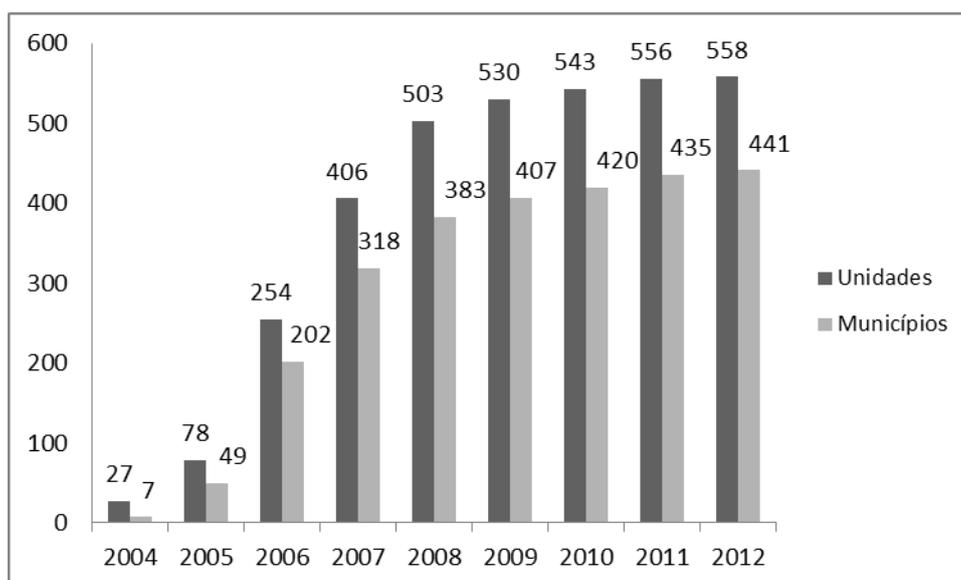
A 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada dos dias 15 a 18 de setembro de 2003, teve como um dos pontos de discussão o Programa Farmácia Popular. A Conferência determinou que: “a implementação do programa de farmácia popular, em nível federal, deve ser precedida de um amplo debate envolvendo a sociedade civil e assegurando o pleno controle social” (BRASIL, 2005b, p.93).

Em reunião realizada nos dias 05 e 06 de maio de 2004, o Conselho Nacional de Saúde - CNS, além de deliberar sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, também aprovou a proposta das Farmácias Populares, considerando que esta era uma ação que garantiria o acesso da população a medicamentos, conforme aprovado na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Os conselheiros do CNS recomendaram que esta iniciativa deveria “ser implementada de maneira gradual em escala nacional e articulada com os gestores estaduais, municipais e parcerias”. Além disso, citaram que a proposta atendia aos princípios da intersetorialidade e da multidisciplinariedade, além de que ela abriria “nova perspectiva de interlocução e intervenção no mercado farmacêutico” (BRASIL, 2004d).

As primeiras unidades próprias do Programa foram implantadas em 2004, sendo 27 farmácias ao todo. Até outubro de 2012, 558 unidades estavam implantadas. O número de Municípios atendidos passou de sete em 2004, para 441 em 2012, conforme pode ser observado no gráfico 8.

A expansão do Programa através do “Aqui Tem Farmácia Popular”, conforme previsto na Portaria 491/2006, proporcionou uma maior capilaridade e permitiu que o mesmo chegasse a mais lugares, conforme pode ser observado nos gráficos 9 e 10. Em 2006, 2.955 estabelecimentos credenciados participavam do programa, saltando para 25.126 em dezembro de 2012. No mesmo período, o Programa passou a estar presente em 3.743 Municípios em 2012, contra os 594 que possuíam farmácias e drogarias credenciadas no início de sua implantação.

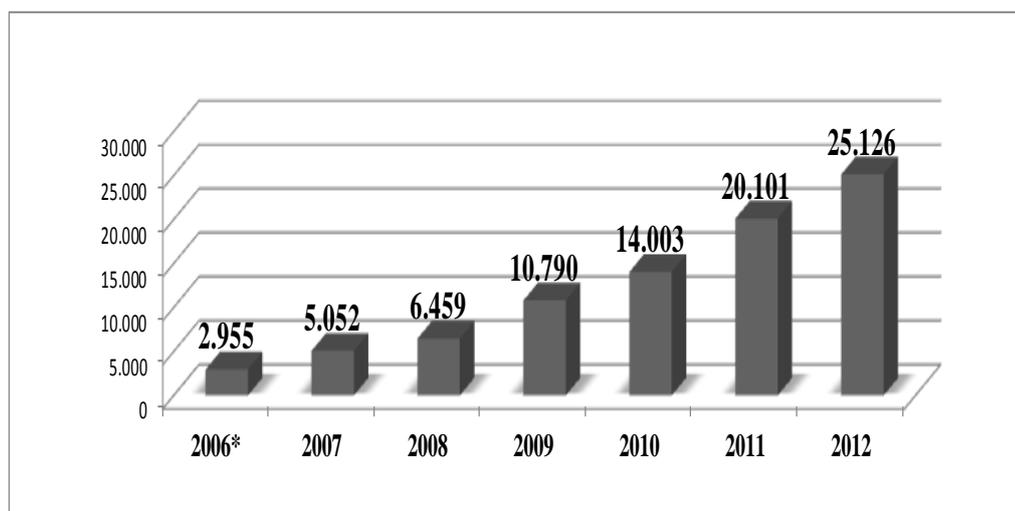
Gráfico 8. Número de unidades da rede própria x Municípios atendidos



Fonte: SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE 2012 e banco de dados DAF atualizado até dezembro/2012.

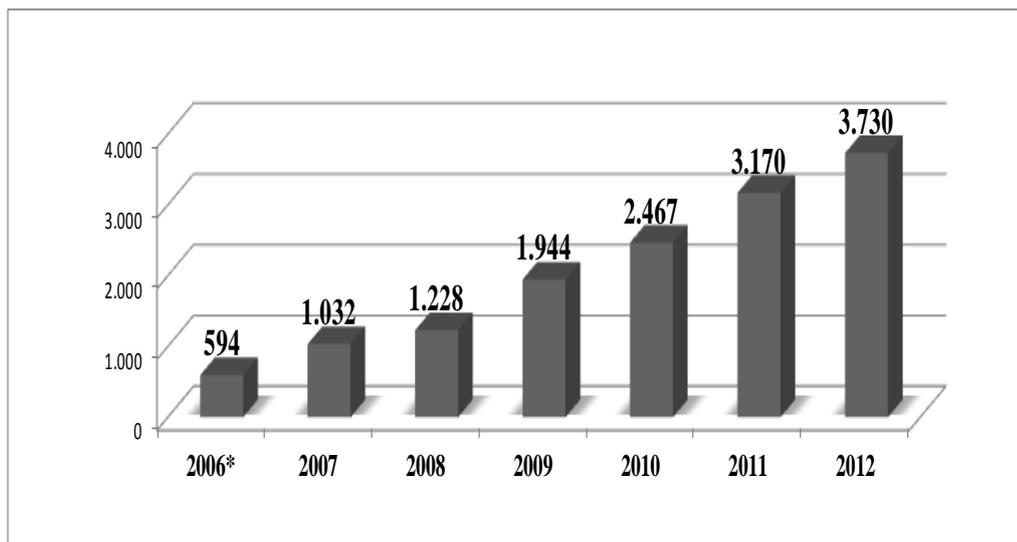
Cabe ressaltar que, mesmo sem haver uma regra específica sobre a localização onde serão credenciados os estabelecimentos, atualmente 67% dos Municípios brasileiros possuem ao menos uma farmácia ou drogaria credenciada (Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012).

Gráfico 9. Número de estabelecimentos credenciados no “Aqui Tem Farmácia Popular” (2006 a 2012)



Fonte: SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE 2012 e banco de dados DAF atualizado até dezembro/2012.

Gráfico 10. Número de Municípios atendidos pelo “Aqui Tem Farmácia Popular” (2006 a 2012)

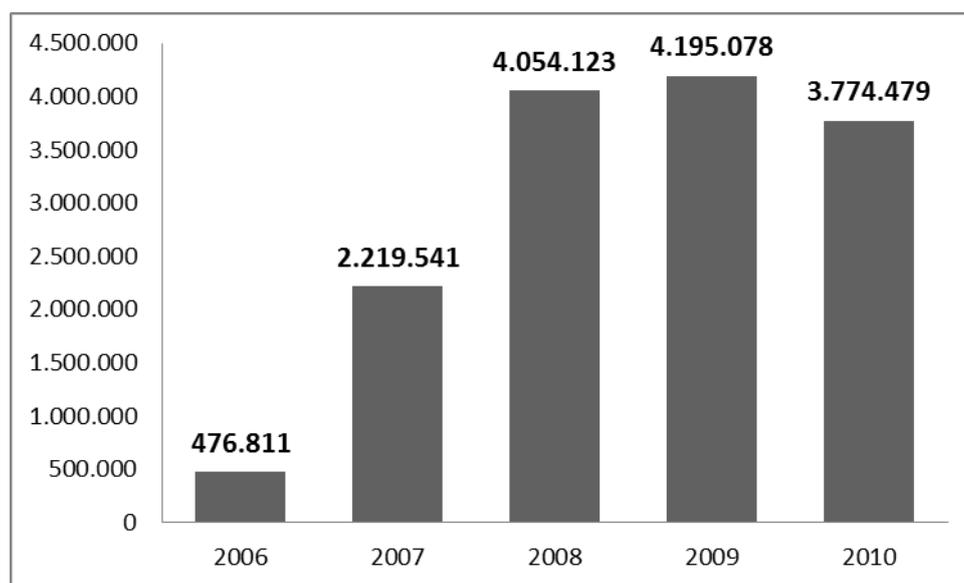


Fonte: SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE 2012 e banco de dados DAF atualizado até dezembro/2012.

A ampliação do número de estabelecimentos do PFPB permitiu que mais pessoas passassem a ter acesso aos medicamentos subsidiados pelo Governo Federal. Em 2006, 476,8 mil pessoas acessaram o Programa. Já em 2010, 3,7 milhões foi o número de beneficiados, como se observa no gráfico 11. Em 2011, o número de pacientes subiu de maneira mais expressiva devido à ação “Saúde não tem preço”, o qual será analisado adiante.

A queda no número de pacientes atendidos observada em 2010, quando comparado ao ano anterior, conforme demonstrado no gráfico 11, se deve ao recrudescimento das normas para dispensação dos medicamentos, após identificação de fraudes que vinham sendo cometidas contra o Programa. As alterações nas regras de dispensação do Programa previstas na Portaria 749/2009 (BRASIL, 2009) ampliaram a segurança do Programa, impedindo dessa forma que os estabelecimentos realizassem “falsas” vendas ou em desacordo com a norma vigente.

Gráfico 11. Número de pacientes atendidos pelo “Aqui Tem Farmácia Popular” (2006 a 2010)



O gráfico apresenta o número de pacientes atendidos até 2010 pois, tanto a ampliação do elenco ocorrida em outubro deste ano, como a ação “Saúde não tem preço”, em 2011, ampliaram consideravelmente o número de pessoas atendidas em 2011. Desta forma, não é possível comparar o número de pessoas atendidas, desde 2006, pois a base comparação seria diferente.

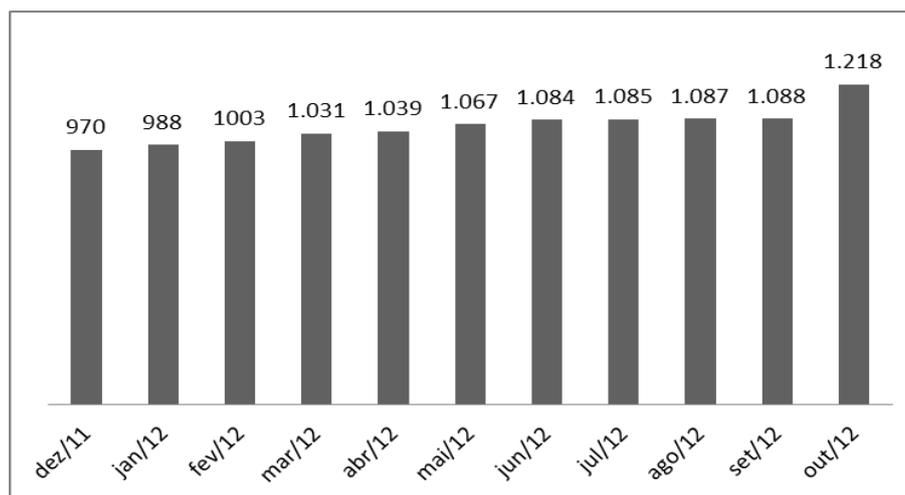
Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012.

Com este primeiro conjunto de resultados é possível afirmar que, considerando alguns dos principais indicadores sobre o acesso aos medicamentos, o Programa Farmácia Popular do Brasil tem cumprido papel estratégico. Se observarmos que são mais de 25.000 estabelecimentos credenciados, em mais de 3.700 Municípios, podemos considerar que existe a disponibilidade de pontos de acesso de forma descentralizada e cada vez mais interiorizada. Se tomarmos por base também o número de pacientes atendidos, podemos afirmar que além da disponibilidade dos pontos de acesso, o medicamento também está disponibilizado.

Com o Plano Brasil Sem Miséria, o Programa Farmácia Popular – Aqui Tem Farmácia Popular passou a ter metas de credenciamento de estabelecimentos nos Municípios mapeados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, como os que possuem bolsões de pobreza. Dos 2.365 Municípios identificados pelo MDS, o Programa Farmácia Popular já está presente em 1.218 – 52% do total – conforme se observa no gráfico 12. Em dezembro de 2011, 970 Municípios do Plano Brasil Sem Miséria possuíam ao menos um estabelecimento credenciado no Programa Farmácia Popular.

O Plano Brasil Sem Miséria trouxe ao PFPB o desafio de que o atendimento seja universal, porém com priorização de regiões carentes, onde existam pessoas com mais dificuldade de acesso. Desta forma, além do princípio da universalidade, também é buscada a garantia da equidade.

Gráfico 12. Número de Municípios do “Plano Brasil Sem Miséria” atendidos pelo Programa Farmácia Popular (dez/2011 a out/2012)



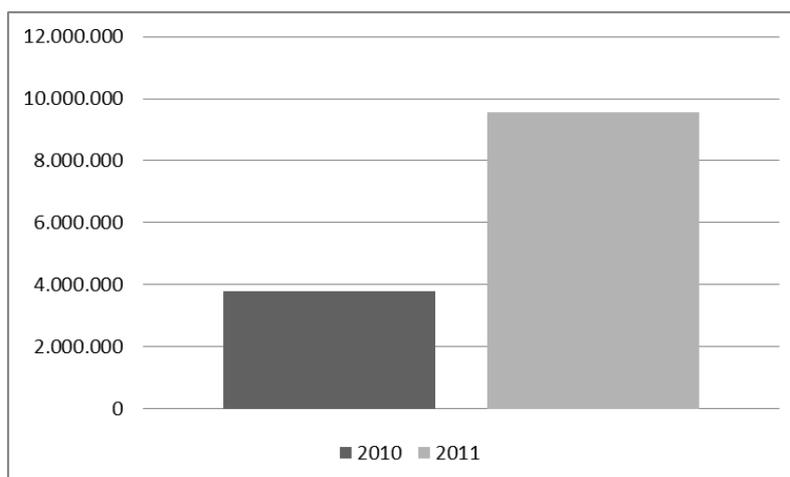
Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012.

A ação “Saúde não tem preço”

Como já foi demonstrado acima, o número de pacientes atendidos durante o ano de 2010 foi de 3,7 milhões. Durante todo o ano de 2011, o programa “Aqui Tem Farmácia Popular” atendeu 9,5 milhões, o que significou uma variação de 157%, conforme se observa no gráfico 13.

Este dado demonstra o quanto a ampliação do elenco ocorrida em 2010, mas principalmente, a ação “Saúde não tem preço” - SNTP impulsionaram o Programa Farmácia Popular. A ampliação do número de pacientes atendidos decorre de alguns fatores. Além de o Programa estar presente em mais Municípios, com mais estabelecimentos credenciados, os pacientes com diabetes e hipertensão, ao não terem mais que pagar uma parte do tratamento, puderam ampliar o acesso aos outros medicamentos, que porventura fizessem uso. Além disso, houve uma forte campanha publicitária sobre o Programa com o lançamento da ação “Saúde não tem preço”, fazendo com que houvesse maiores esclarecimentos sobre como acessá-lo.

Gráfico 13. Número de pacientes atendidos pelo “Aqui Tem Farmácia Popular” (2010 a 2011).

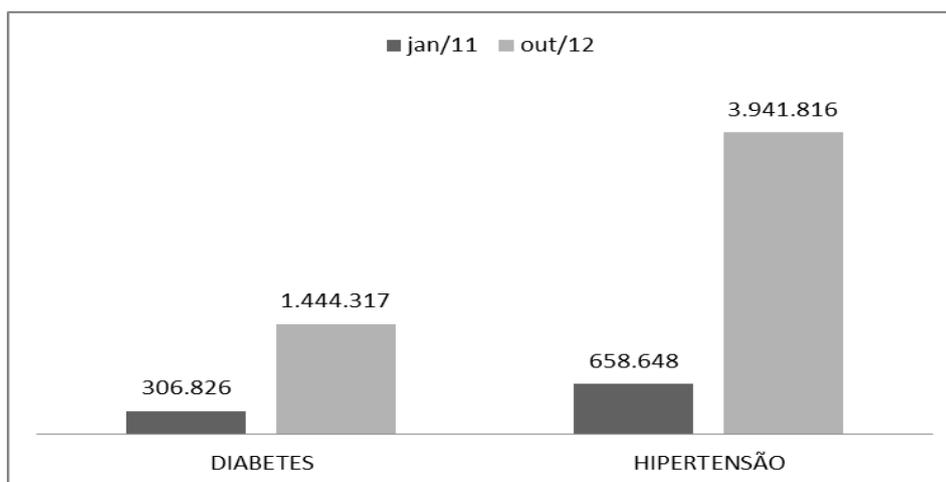


Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012.

A gratuidade para os medicamentos indicados para o tratamento da diabetes e hipertensão propiciou uma variação de 371% do número de pacientes atendidos com medicamentos para diabetes, entre janeiro de 2011 e outubro de 2012. No mesmo período, a variação do número de pacientes atendidos com medicamentos para hipertensão foi de 498%, conforme se observa no gráfico 14.

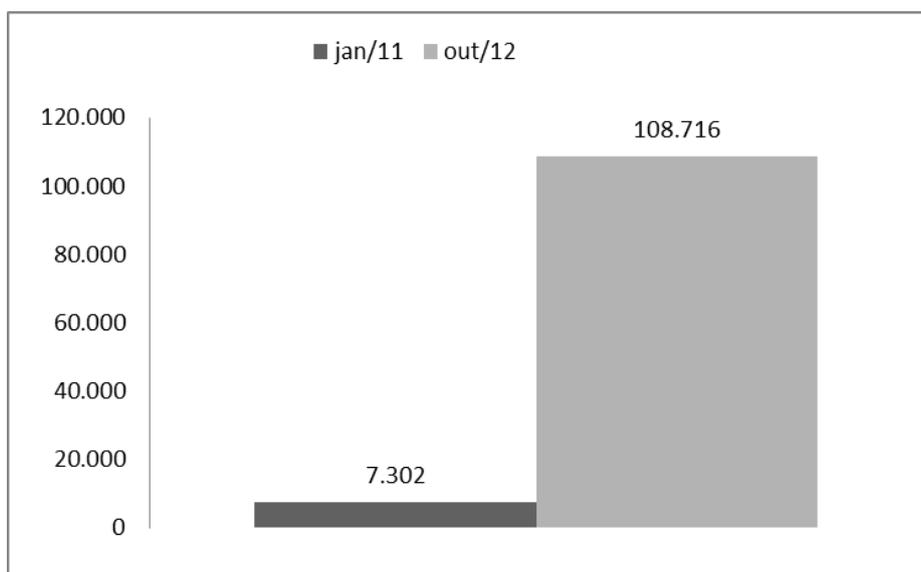
Em junho de 2012, os medicamentos indicados para o tratamento da asma também passaram a fazer parte da ação “Saúde não tem preço”, através do Programa “Brasil Carinhoso”. A variação do número de pacientes atendidos com medicamentos para asma, entre janeiro de 2011 e outubro de 2012, foi de 1389%. Como se observa no gráfico 15, em janeiro de 2011, o Programa Farmácia Popular atendeu, através das farmácias e drogarias credenciadas, 7.302 pacientes. Em outubro de 2012, o número de pacientes atendidos pelo PFPB foi de 108.716 pacientes.

Gráfico 14. Evolução do número de pacientes atendidos com medicamentos para hipertensão e diabetes no PFPB (jan/2011 a out/2012)



Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012.

Gráfico 15. Número de pacientes atendidos com medicamentos para asma no PFPB (jan/2011 e out/2012)



Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012.

Tomando por base a evolução do número de pacientes atendidos com as três patologias que integram a ação SNTP podemos afirmar que o Programa tem conseguido atender, de forma articulada com outras ações do Ministério da Saúde, às patologias que representam 72% das mortes no Brasil. Cabe destacar que as pessoas de baixa renda, conforme dito anteriormente, são mais afetadas pelas DCNT, por estarem mais expostas aos fatores de riscos, criando desta forma um círculo vicioso,

elevando assim o estado de pobreza das famílias atingidas. Desta forma, a articulação da ação “Saúde não tem preço”, com o Plano Brasil Sem Miséria e com o Plano de combate às doenças crônicas não transmissíveis, mostra o papel estratégico que o PFPB tem como desafio e que, pelos números apresentados, tem conseguido atender.

Ao se considerar os dados apresentados pelo MS é possível afirmar que a ação “Saúde não tem preço” contribuiu com o aumento do número de pacientes atendidos de forma geral no Programa. Outras patologias também apresentaram aumento da variação do número de pacientes atendidos entre janeiro de 2011 e outubro de 2012. Quando são considerados todos os pacientes atendidos pelo “Aqui tem Farmácia Popular”, 1,2 milhões de pessoas foram beneficiadas pelo programa em janeiro de 2011. Este número subiu para 5,1 milhões em outubro de 2012, apresentando uma variação de 306%. Ao se somar os dados da Rede Própria, cujo sistema de vendas do DATASUS monitora os atendimentos feitos com medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma, o número total de pacientes atendidos em outubro salta para 5,5 milhões (Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012).

Para melhor observar o crescimento do Programa durante o ano de 2011, foi elaborada a tabela 3. No caso dos pacientes atendidos com medicamentos para hipertensão, em janeiro de 2011 foram 658.648 pessoas, já em 2012 foram 2,7 milhões, um crescimento de 318%. Em relação ao número de usuários dos medicamentos para diabetes houve um aumento de 230%, sendo 306.826 atendidos em janeiro de 2011 e 1.012.464 em janeiro de 2012. As demais doenças também tiveram crescimento considerável. Quando comparado o número de pacientes atendidos no mesmo período, observa-se um crescimento de 239% para os que utilizaram medicamentos para osteoporose e 231% no número de pacientes usuários atendidos com fraldas geriátricas.

Tendo como base o período de janeiro de 2012 a janeiro de 2013 é possível notar que o número de pacientes atendidos com os medicamentos que são comercializados sob co-pagamento continua crescendo. Ao se comparar o percentual de variação entre janeiro de 2011 e janeiro de 2012, com a variação entre janeiro de 2012 e janeiro de 2013, todas as patologias apresentam aumento do número de pacientes atendidos, conforme apresentado na tabela 4. Isso demonstra que o Programa continua apresentando contínuo crescimento, mesmo para o caso dos medicamentos que são dispensados com co-pagamento por parte dos usuários.

**Tabela 3. Número de pacientes atendidos no “Aqui Tem Farmácia Popular”
(Janeiro/ 2011 a Janeiro/ 2012)**

Patologia	Jan/11	Jan/12	Variação JAN/ 12 a JAN/11 (%)
ASMA	7.302	26.061	257%
DIABETES	306.826	1.012.464	230%
DISLIPIDEMIA	338.030	899.319	166%
DOENÇA DE PARKINSON	2.318	9.288	301%
GLAUCOMA	3.989	12.501	213%
HIPERTENSÃO	658.648	2.751.893	318%
INCONTINENCIA	24.046	79.633	231%
OSTEOPOROSE	24.137	81.837	239%
RINITE	15.270	61.834	305%

Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012.

**Tabela 4. Número de pacientes atendidos no “Aqui Tem Farmácia Popular”
(Janeiro/ 2012 a Janeiro/ 2013)**

Patologia	Jan/12	Jan/13	Variação JAN/ 13 a JAN/12 (%)
DISLIPIDEMIA	899.406	1.222.442	36%
DOENÇA DE PARKINSON	9.288	15.009	62%
GLAUCOMA	12.501	15.891	27%
INCONTINENCIA	79.633	105.297	32%
OSTEOPOROSE	81.837	108.731	33%
RINITE	61.834	93.288	51%

Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012.

Ao se observar este conjunto de informações, com base no primeiro objetivo específico deste trabalho - analisar o Programa Farmácia Popular do Brasil enquanto alternativa de acesso aos medicamentos, com base na Política Nacional de Medicamentos e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, podemos afirmar que o PFPB tem se caracterizado enquanto importante instrumento no contexto da assistência farmacêutica. A ampliação do número de Municípios atendidos, bem como o número de pacientes, demonstra que o acesso aos medicamentos essenciais, ação estratégica prevista na Política Nacional de Medicamentos e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, tem sido concretizado pelo Programa. Além disso, sua articulação com outros Programas do Ministério da Saúde aponta que a

assistência farmacêutica não tem sido vista como ação paralela às demais políticas de saúde. Ela está inserida na Política de Saúde e o Programa Farmácia Popular se apresenta enquanto uma estratégia com resultados positivos. Exemplo disso é a ampliação de atendimento aos pacientes cujas patologias fazem parte do “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022”. Da mesma forma, a ampliação de estabelecimentos credenciados ao PFPB, com meta anual de atendimentos aos Municípios que fazem parte do Plano “Brasil Sem Miséria” demonstra uma ação estratégica com enfoque intersetorial. Por fim, o Programa “Brasil Carinhoso” também obteve o devido êxito dentro do Programa Farmácia Popular, garantindo a ampliação de atendimento de pacientes usuários de medicamentos indicados para o tratamento da asma.

Importante destacar que tanto a PNM quanto a PNAF apontam a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME como um dos alicerces da garantia de acesso aos medicamentos. Desde o estímulo da sua produção, bem como a adoção dessa lista como instrumento racionalizador das prescrições são preceitos fundamentais para que a assistência farmacêutica se efetive. Neste sentido cabe destacar que ao se falar de ampliação do número de medicamentos dispensados pelo Programa, considerando que todos fazem parte da RENAME, tal ampliação significa que a prescrição destes medicamentos tem sido estimulada. Também aponta que a produção destes medicamentos tem sido garantida, tanto pelos laboratórios públicos, mas principalmente pelos privados, já que estes são os produtores dos medicamentos do elenco do “Aqui Tem Farmácia Popular”. Também é possível observar o papel estratégico que os medicamentos genéricos possuem no Programa, sendo que estes apresentam a maior participação em unidades dispensadas, quando comparado com os medicamentos similares e de referência.

A capilaridade alcançada pelo Programa tem permitido a ampliação do número de pessoas atendidas, de forma descentralizada e complementar às políticas públicas de acesso aos medicamentos.

Alguns elementos fundamentais para a promoção do uso racional de medicamentos também são estimulados pelo PFPB, no que diz respeito à regulação. Neste campo é importante ressaltar alguns aspectos:

- As farmácias e drogarias credenciadas no “Aqui Tem Farmácia Popular” são aprovadas após comprovação de que as mesmas estão

regularmente instaladas, devendo apresentar documentação comprobatória de sua regularidade.

- Os medicamentos dispensados no programa são autorizados com base no seu código EAN, devendo, portanto, os mesmos estarem devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Nenhum medicamento pode ser dispensado sem a apresentação da prescrição médica, a qual possui quatro meses de validade, o que busca garantir o acompanhamento regular do paciente por parte do prescritor.
- O sistema de vendas do Programa impede a dispensação de medicamentos com semelhantes mecanismos de ação. Além disso, impede que o paciente leve quantidade de medicamentos maior do que a prescrita. Ressalta-se também que os tetos mensais definidos para cada medicamento são baseados no Formulário Terapêutico Nacional.

Desta forma, a dimensão sócio-sanitária atingida pelo Programa, além do que já foi exposto, também pode ser observada ao considerarmos que com o PFPB as famílias podem ter reduzido os seus gastos com medicamentos. Com a ação “Saúde não tem preço”, no mesmo sentido, podemos considerar que o impacto no orçamento familiar foi ainda maior, pois medicamentos de uso contínuo de algumas das patologias atendidas pelo Programa passaram a ser dispensados sem custos para os usuários. Além disso, ao não restringir o atendimento em virtude da origem da receita (pública ou privada) o PFPB cumpre com um dos importantes princípios do SUS: a universalidade.

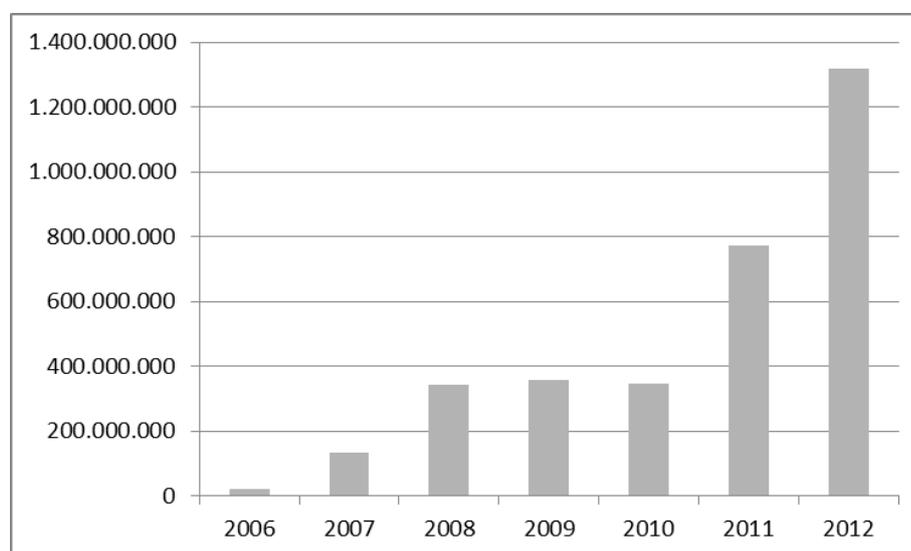
Também é possível afirmar, considerando a complexidade da cadeia de medicamentos, que o PFPB articula-se com o Complexo Econômico Industrial da Saúde, a partir de sua dimensão social, até aqui demonstrado, e de sua dimensão econômica. Neste sentido, parte do segundo objetivo específico deste trabalho - analisar a relação entre Programa Farmácia Popular do Brasil e o Complexo Econômico- Industrial da Saúde, com base na dimensão da dispensação e investimentos feitos pelo MS, em especial no fortalecimento da oferta de medicamentos genéricos- começa a ser respondido positivamente.

Cabe salientar que o Programa Farmácia Popular do Brasil, através do “Aqui Tem Farmácia Popular”, trouxe ao mercado farmacêutico, desde seu lançamento em

2006 até 2011, um incremento orçamentário do Ministério da Saúde na ordem de R\$ 1,8 bilhões, conforme se observa no gráfico 16. Somente para o ano de 2012, o orçamento do programa estava na ordem de R\$ 1,2 bilhão, totalizando cerca de R\$ 3 bilhões desde o início do “Aqui Tem Farmácia Popular”. Segundo o IMS Health, o PFPB representará, em 2012, 7,7% do volume dos produtos comercializados no mercado brasileiro. Se considerarmos que o mercado total brasileiro de medicamentos está na ordem de R\$ 45 bilhões, o PFPB representa cerca de 4% do faturamento do mercado (FEBRAFAR, 2012).

Ao avaliarmos o crescimento do mercado brasileiro de medicamentos, com destaque para o crescimento dos laboratórios nacionais, conforme apresentado anteriormente, é possível afirmar que o PFPB tem contribuído neste processo, considerando que sua participação neste mercado tem aumentado. Além disso, o estímulo do Programa aos medicamentos genéricos tem fortalecido as empresas produtoras destes medicamentos.

Gráfico 16. Evolução do orçamento do Programa Farmácia Popular do Brasil “Aqui Tem Farmácia Popular” (2006 a 2011)



Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012.

Neste sentido, o PFPB enquanto ação de Estado, além de ampliar as ações relacionadas à assistência farmacêutica, tem contribuído com uma significativa ampliação de recursos, demonstrando sua dimensão econômica. Ao ampliar o

consumo, reduzir os gastos familiares com medicamentos e aumentar os investimentos em saúde, também se demonstra a articulação do PFPB com o CEIS.

Ao observarmos o acesso ao Programa nas diversas regiões brasileiras, o crescimento percentual de pacientes atendidos tem sido maior nas regiões Norte e Nordeste do País do que nas Regiões Sul e Sudeste, conforme se observa na tabela 5.

Esse dado demonstra que o Programa tem ampliado acesso nas regiões com menor renda, mesmo se considerarmos que a maior parte dos estabelecimentos farmacêuticos concentram-se nas regiões Sul e Sudeste, demonstrando mais uma vez sua dimensão social.

Tabela 5. Número de pacientes atendidos no “Aqui Tem Farmácia Popular” por região do País (Janeiro/ 2011 a Setembro/ 2012)

REGIÃO	jan/11	set/12	Variação SET 12/JAN 11(%)
NORTE	12.786	119.135	832%
CENTRO-OESTE	39.865	329.580	727%
NORDESTE	86.660	594.802	586%
SUL	243.449	1.003.023	312%
SUDESTE	875.993	2.683.017	206%
Total Brasil	1.258.466	4.728.562	276%

Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012.

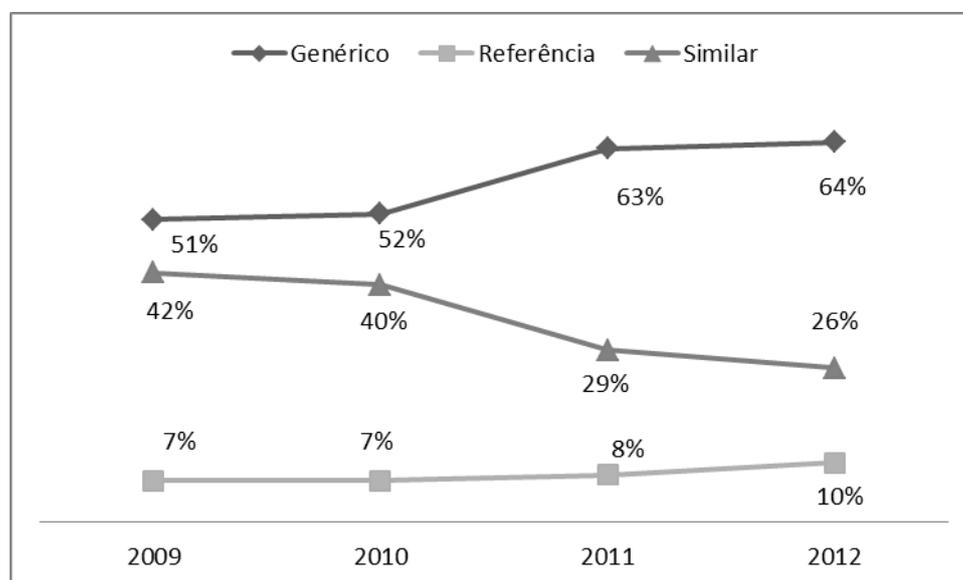
O Programa Farmácia Popular e os medicamentos genéricos.

Entre 1999 e 2009, a indústria de medicamentos genéricos no Brasil investiu na modernização e plantas industriais. A previsão de investimentos até 2014 é em torno de 1,5 bilhões de dólares. Por origem do capital, 90% das empresas no Brasil são nacionais (PRÓ-GENÉRICOS, 2012b).

O Programa Farmácia Popular do Brasil, com base nos dados de categoria de medicamentos dispensados, aponta que este tem sido um importante impulsionador do mercado de medicamentos genéricos. Hoje, de todos os medicamentos dispensados pelo programa através do “Aqui Tem Farmácia Popular”, 64% correspondem aos medicamentos genéricos, 26% são medicamentos similares e 10% são de medicamentos de referência, conforme se observa no gráfico 17.

Este dado demonstra que o PFPB, no que diz respeito à sua articulação com o CEIS com base no incentivo aos medicamentos genéricos responde aos dois objetivos específicos deste trabalho. Em primeiro lugar, o incentivo à produção, prescrição e uso dos medicamentos genéricos está presente nas políticas de medicamento e de assistência farmacêutica. Além disso, tomando por base o número de empresas de capital nacional produtoras de genéricos, conforme citado anteriormente, é possível afirmar que o PFPB tem cooperado com o fortalecimento das indústrias farmacêuticas nacionais.

Gráfico 17. Participação por tipo de produto, em unidade farmacotécnica, no “Aqui Tem Farmácia Popular”, em percentual (2009 a 2012)

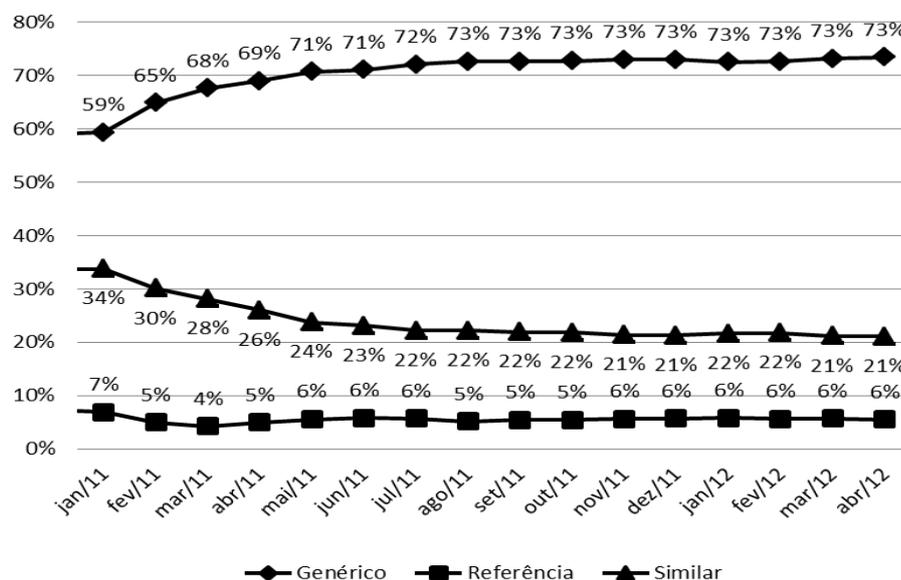


Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS (atualizado até julho/2012)

O crescimento observado em 2011 se deu em consequência da implantação da ação “Saúde não tem preço”. Com a gratuidade na dispensação para os medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão e do diabetes e o consequente aumento do número de pacientes atendidos, além da disponibilidade de medicamentos genéricos dos princípios ativos constantes do rol do programa para estas patologias, é possível perceber o crescimento percentual da participação desta categoria de medicamentos a partir de fevereiro de 2011. Considerando os medicamentos constantes do elenco do PFPB para tratamento de hipertensão, diabetes e asma, 73% dos medicamentos dispensados são genéricos, 21% são

medicamentos similares e 6% são medicamentos de referência, conforme se observa no gráfico 18.

Gráfico 18. Participação por tipo de produto, em unidade farmacotécnica, no “Aqui Tem Farmácia Popular” dos medicamentos dispensados gratuitamente, em percentual (2011 a 2012)



Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS (atualizado até abril/2012)

A ação “Saúde não tem preço” ampliou a participação dos medicamentos genéricos no programa também para outras patologias. De maneira geral, entre janeiro de 2011 e janeiro de 2012, todos os tipos de medicamentos (genéricos, referência e similares) tiveram aumento de participação, mas na maioria das patologias, os maiores crescimentos ocorreram com os medicamentos genéricos. No caso dos medicamentos indicados para doença de Parkinson, o crescimento foi de 586%. Dos medicamentos genéricos indicados para o tratamento da osteoporose e glaucoma, o crescimento foi de 468% e 324% respectivamente. No caso dos medicamentos indicados para o tratamento da asma, antes destes passarem a ser dispensados gratuitamente, o crescimento dos medicamentos de referência e similares foi maior (em torno de 500%), contra um crescimento de 193% dos medicamentos genéricos, conforme está demonstrado na tabela 6.

Tabela 6. Participação por medicamento no PFPB, desagregado por patologia, entre janeiro de 2011 e janeiro de 2012.

Patologia	Mês Ano	JAN 2011	JAN 2012	Crescimento percentual
	Tipo de Produto	Qtd Líquida	Qtd Líquida	
HIPERTENSÃO	Genérico	32.293.293	165.317.456	512%
	Similar	20.724.106	46.270.874	223%
	Referência	755.940	2.214.772	293%
DIABETES	Genérico	11.884.500	43.187.970	363%
	Similar	4.437.062	16.046.583	362%
	Referência	4.363.170	14.446.590	331%
DISLIPIDEMIA	Genérico	1.827.820	6.730.410	368%
	Similar	8.355.300	20.648.480	247%
	Referência	730	8.590	1177%
DOENÇA DE PARKINSON	Genérico	37.110	217.290	586%
	Similar	20.460	90.660	443%
	Referência	98.070	437.700	446%
GLAUCOMA	Genérico	15.855	51.330	324%
	Similar	2.425	7.025	290%
	Referência	1.735	4.150	239%
RINITE	Similar	1.060.760	4.049.960	382%
	Referência	1.064.600	4.390.880	412%
ASMA	Genérico	33.200	64.180	193%
	Similar	513.120	2.565.140	500%
	Referência	807.560	3.626.780	449%
OSTEOPOROSE	Genérico	10.818	50.612	468%
	Similar	85.082	274.998	323%
	Referência	328	952	290%
ANTICONCEPÇÃO	Genérico	16.552	37.626	227%
	Similar	58.822	46.080	78%
	Referência	92.409	77.345	84%

Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012.

Entre 2010 e 2011 houve uma alteração na lista dos medicamentos genéricos mais comercializados no Brasil. Dos 10 medicamentos mais comercializados em 2010, em volume, dois medicamentos constantes do elenco do PFPB apareciam na lista. O Atenolol, medicamento indicado para o tratamento da hipertensão e o Cloridrato de Metformina, indicado para o tratamento da diabetes, ocupavam respectivamente o 5º e o 6º lugar. Já em 2011, três medicamentos constantes do elenco do PFPB aparecem entre os 10 medicamentos genéricos mais vendidos: a Losartana Potássica, o Atenolol e a Hidroclorotiazida, todos indicados para o tratamento da hipertensão arterial, conforme se observa na tabela 7 (SCARAMUZZO, 2012a).

Tabela 7. Medicamentos genéricos mais vendidos nos anos de 2010 e 2011.

2010	2011
Dipirona Sódica (analgésico e antitérmico)	Dipirona Sódica (analgésico e antitérmico)
Paracetamol (analgésico)	Losartana potássica (combate hipertensão)
Amoxicilina (combate infecções)	Paracetamol (analgésico)
Nimesulida (antiinflamatório, analgésico ou antipirético)	Atenolol (hipertensão arterial)
Atenolol (hipertensão arterial)	Citrato sildenafil (disfunção erétil)
Cloridrato metformina (antidiabético)	Nimesulida (antiinflamatório, analgésico ou antipirético)
Albendazol (combate infecções)	Hidroclorotiazida (diurético)
Omeprazol (combate úlceras)	Albendazol (combate infecções)
Diclofenaco potássio (combate doenças reumáticas)	Simeticona (combate excesso de gases)
Simeticona (combate excesso de gases)	Levotiroxina (hipotireoidismo)

Fonte: SCARAMUZZO, 2012a.

Conforme se observa na tabela 8, neste mesmo período, o medicamento Losartana Potássica, a qual não aparecia entre os medicamentos genéricos mais vendidos em 2010 posiciona-se como o segundo medicamento genérico mais vendido, tendo um crescimento de 6.425% no programa farmácia popular. Em 2010, cerca de seis milhões de comprimidos foram dispensados pelo programa, saltando para mais de 416 milhões de comprimidos dispensados em 2011. Da mesma forma, o medicamento Hidroclorotiazida, que não aparecia entre os dez medicamentos mais vendidos em 2010, em 2011 aparece como o 7º mais vendido. No Programa Farmácia Popular este medicamento teve um crescimento, entre 2010 e 2011, de 262% no programa, saltando de 73,5 milhões de comprimidos dispensados em 2010 para mais de 265 milhões em 2011.

O Atenolol, que se posicionava em 5º lugar em 2012, passa para o 4º lugar em 2011. No PFPB saltou de 132 milhões de comprimidos dispensados para 293 milhões, um crescimento de 121%.

Tabela 8. Crescimento percentual em volume de três medicamentos no PFPB, entre 2010 e 2011.

Ano	2010	2011	Evolução percentual 2010/2011
Princípio Ativo	Qtd Líquida	Qtd Líquida	
LOSARTANA POTÁSSICA	6.381.736	416.429.973	6425%
ATENOLOL	132.688.458	293.278.218	121%
HIDROCLOROTIAZIDA	73.487.490	265.972.396	262%

Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012.

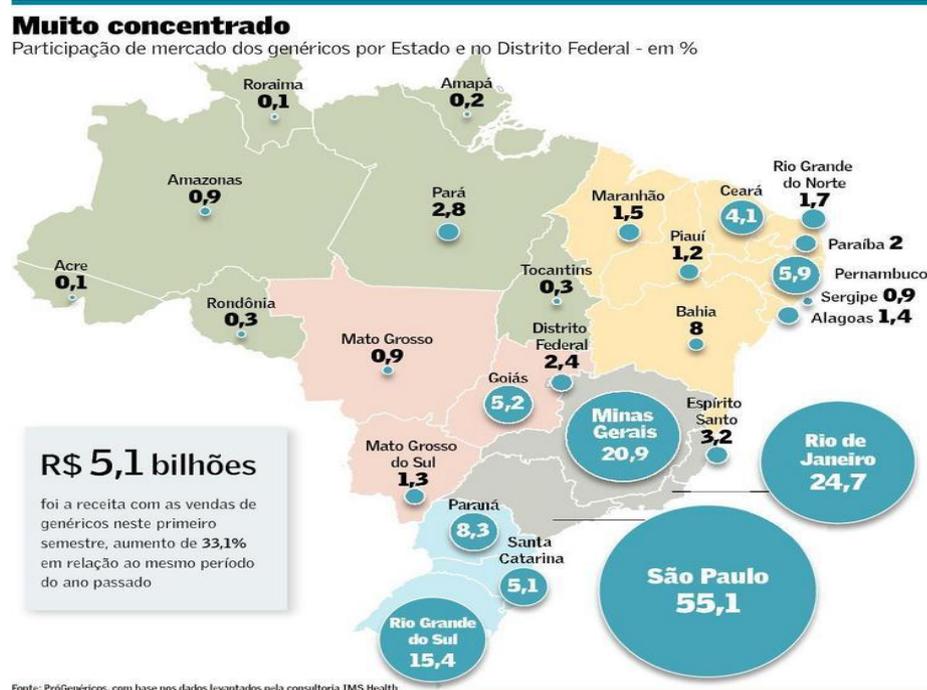
De janeiro de 2011 até dezembro de 2012, mais de 16 milhões de pessoas foram beneficiadas pelo Programa Farmácia Popular. Destas, mais de 13 milhões foram atendidas com os medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão, diabetes e asma. Em 2011, dos medicamentos citados acima, cerca de 2,6 milhões de pessoas foram atendidas com a Losartana Potássica, 1,2 milhões foram atendidas com o Atenolol e 2,5 milhões com a Hidroclorotiazida (Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012).

De acordo com a PRÓ-GENÉRICOS, em matéria publicada no Jornal Valor Econômico (SCARAMUZZO, 2012b), com base em um estudo elaborado pela IMS Health, a participação dos medicamentos genéricos no mercado total é muito maior em estados das regiões Sul e Sudeste do que nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, conforme se observa na figura 2.

No PFPB, considerando o ano de 2012 (Janeiro a Agosto) o quadro é diferente. Na região Norte, de todos os medicamentos comercializados, 74% foram genéricos. De um total de 71,8 milhões de medicamentos dispensados, 53 milhões foram desta categoria. Observando a figura 2, a média de participação dos medicamentos genéricos é de 0,67%. Na região Nordeste, dos 343,8 milhões de comprimidos comercializados no programa, 231 milhões eram genéricos, representando 67% do total. Enquanto isso, a figura 2 aponta uma média de 1,15% de comercialização destes medicamentos. A região Sudeste representa um percentual de dispensação de medicamentos genéricos semelhante ao da região Nordeste, no Programa Farmácia Popular. No sudeste, de um total de 1,7 bilhões de comprimidos dispensados pelo PFPB, 1,2 bilhões foram de medicamentos genéricos, representando 68%. A tabela 9 demonstra a diferença existente entre o percentual de participação de vendas dos medicamentos genéricos conforme estudo do IMS Health

e a dispensação de medicamentos genéricos frente ao total de medicamentos dispensados no Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular.

Figura 2. Percentual de participação dos medicamentos genéricos por Estado e no DF frente aos medicamentos comercializados - 2012



Fonte: PRÓ-GENÉRICOS com base nos dados levantados pela consultoria IMS Health (SCARAMUZZO, 2012b)

Tabela 9. Participação de medicamentos genéricos no mercado total em comparação com a participação de genéricos no PFPB, por região, em percentual (2012)

Região	Participação % genéricos (IMS)	Participação % genéricos (PFPB)
Norte	0,67	73,6
Nordeste	2,9	67,2
Centro-Oeste	2,45	62,9
Sul	9,6	55,5
Sudeste	25,9	67,5

Fonte: Levantamento feito pelo IMS em comparação com o banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012

Quando observada a evolução dos gastos feitos pelo Ministério da Saúde entre 2010 e 2011, por tipo de medicamento, a região Norte foi a que apresentou maior percentual de crescimento para subsídio dos medicamentos genéricos. Em

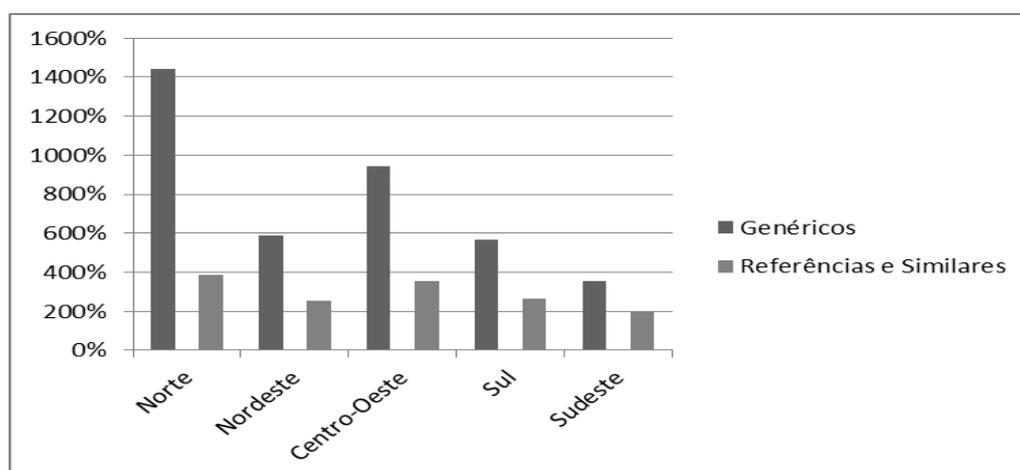
2010 o MS subsidiou a dispensação de medicamentos genéricos em R\$ 2,5 milhões, saltando para R\$ 36,1 milhões em 2011, apresentando um crescimento de 1.444%. Em segundo lugar de crescimento dos gastos, 943%, está a região Centro-Oeste, saltando de R\$ 2,3 milhões em 2010 para R\$ 21,7 milhões em 2011. O menor crescimento ocorreu na região Sudeste, que em 2010 foi de R\$ 82,2 milhões e em 2011 foi de R\$ 290,7 milhões, apontando um crescimento de 354%. Observa-se ainda que a região Norte representou o maior gasto do MS para os medicamentos de referência e similares, ficando na ordem de 386%. No mesmo período a região Sudeste teve o menor crescimento destes gastos, 197%. Estes dados podem ser observados na tabela 10 e no gráfico 19.

Tabela 10. Evolução do subsídio de medicamentos genéricos no PFPB em comparação com os demais medicamentos, por região, entre 2010 e 2011.

REGIÃO	Gastos MS (genéricos)		Gastos MS (referência e similares)		Em milhões de Reais
	2010	2011	2010	2011	
ANO	2010	2011	2010	2011	
Norte	2,5	36,1	1,4	5,4	
Nordeste	5,4	31,7	12,7	32,1	
Centro-Oeste	2,3	21,7	4,9	17,3	
Sul	12,3	69,7	33,2	87,1	
Sudeste	82,2	290,7	92,9	182,8	

Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012.

Gráfico 19. Variação dos gastos do MS no subsídio dos medicamentos genéricos versus referências/similares, por região, entre 2010 a 2011.



Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012.

Este conjunto de dados permite afirmar que o Programa Farmácia Popular tem sido uma importante estratégia no acesso aos medicamentos essenciais, com prioridade para os medicamentos genéricos. Sua articulação com o CEIS é evidenciada ao se tomar por base o incentivo para esse grupo de medicamentos, conforme buscado pelo segundo objetivo específico deste trabalho.

CONCLUSÃO

Este trabalho objetivou analisar o Programa Farmácia Popular do Brasil com base na sua dimensão econômica e social, buscando apresentá-lo no contexto das Políticas de Medicamento e de Assistência Farmacêutica. Com isto, procurou apresentar os dados relativos ao acesso a medicamentos no Brasil e como este tem se dado no âmbito do PFPB, tendo por base as políticas de acesso aos medicamentos. Da mesma forma, levantamento dos dados sobre o mercado farmacêutico brasileiro e de como o PFPB se comporta neste, deram demonstrações acerca de ambas dimensões. O número de pessoas atendidas, o volume de medicamentos dispensados e os investimentos feitos pelo Ministério da Saúde, foram algumas das informações que permitiram analisar as dimensões do Programa. Também procurou analisar sua relação com o Complexo Econômico Industrial da Saúde com ênfase nos medicamentos genéricos. Além disso, tratou dos desafios para o programa no sentido de aperfeiçoá-lo, garantindo que o mesmo seja efetivamente parte integrante do sistema de saúde e possa cumprir seu papel estratégico de acesso aos medicamentos essenciais. Deste modo, no que diz respeito à sua dimensão sócio-sanitária, quando observado pela sua capilaridade e pela sua integração com outras ações estratégicas, como o Plano Brasil Sem Miséria, os dados apresentados apontam que o Programa Farmácia Popular tem ampliado sua cobertura em importantes regiões do País. As maiores evoluções percentuais de pacientes atendidos pelo Programa se dão nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, sucessivamente, apontando que o PFPB tem conseguido atingir mais lugares e mais pessoas, em Municípios presentes nas regiões com menor renda per capita. O fato das regiões Sul e Sudeste estarem como penúltima e última regiões no aumento percentual de pacientes atendidos aponta que o Programa obtém maior crescimento em regiões com maior vulnerabilidade. Destacam-se ainda os estudos que apontam a ampliação de acesso por parte das classes C e D.

Importante ressaltar o papel inovador apresentado pelo Programa no que diz respeito ao objetivo de ser uma alternativa de acesso aos medicamentos. A lógica do co-pagamento introduziu no País a possibilidade de acesso por parte daqueles que podem despende um pequeno valor para adquirirem os seus medicamentos, seja pelas unidades da rede própria ou pelas farmácias e drogarias credenciadas no “Aqui Tem Farmácia Popular”. Ao considerarmos que uma parcela da população tem

acesso ao receituário oriundo do setor privado e que em alguns Municípios este receituário não é aceito no setor público, é possível dizer que neste caso o Programa pode promover a inclusão destes pacientes no sistema de saúde. Um paciente não deixará de ser atendido em virtude da origem de sua receita, permitindo que não haja descontinuidade do seu tratamento.

Os dados apresentados sobre a continuidade das políticas de acesso a esses insumos essenciais através da rede pública, além da ampliação dos investimentos feitos para o acesso aos medicamentos na assistência farmacêutica básica demonstram que, apesar da existência do Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB, a lógica de financiamento acompanhou o fortalecimento da rede pública. Os resultados permitem dizer que não há sinais de substituição do acesso aos medicamentos essenciais através das unidades básicas de saúde, pelas unidades do PFPB. Apesar do crescimento do número de estabelecimentos do Programa, estes atendem um número importante de usuários, porém representando um pequeno percentual da parcela de usuários atendidos pela rede pública instalada.

Quanto ao que está previsto na Política Nacional de Medicamentos e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, os levantamentos feitos pelo presente trabalho apontam que o PFPB tem cumprido seu papel com base nestas regulamentações. O acesso aos medicamentos essenciais, a promoção do uso racional de medicamentos, através do regimento do programa no que diz respeito à exigência do receituário são algumas das ações que possibilitam dizer que o Programa não é conflitante com o previsto nas Políticas acima. Também cabe destacar o incentivo ao uso da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, já que esta é a balizadora da escolha dos medicamentos constantes do rol do Programa.

Sobre o papel desempenhado pelo Programa enquanto impulsionador do mercado brasileiro, não se pode desprezar o crescimento de participação que o PFPB tem alcançado, conforme os dados apresentados pelo IMS. Além disso, o investimento feito pelo Ministério da Saúde no Programa trouxe ao mercado brasileiro, até o momento, R\$ 1,8 bilhão. Esta cifra contribuiu para o aquecimento do mercado estimulando empresas produtoras, principalmente as de medicamentos genéricos, bem como o setor varejista. Esta dimensão econômica alcançada pelo Programa, cujos investimentos chegam a cerca de 7% do mercado brasileiro de

medicamentos, passa a ser uma das variáveis de análise por parte das indústrias farmacêuticas no que diz respeito aos futuros investimentos.

Em volume, os genéricos são os principais medicamentos dispensados pelo Programa Farmácia Popular. Se tomarmos por base apenas o “Aqui Tem Farmácia Popular”, mais de 60% dos medicamentos comercializados são genéricos. Tal dado aponta que apesar da complexidade do mercado farmacêutico, no âmbito do PFPB, os medicamentos genéricos ocupam posição de destaque. Apesar de considerarmos que estes medicamentos possuem maior margem de descontos praticados por parte das indústrias produtoras, cabe ressaltar que o regramento do Programa, no que diz respeito à prescrição de medicamentos, deve seguir o previsto na legislação atual. Isto significa dizer que, no âmbito do PFPB, os genéricos se posicionam enquanto parcela significativa das diversas dispensações de medicamentos feitas no País. Sendo assim é possível dizer que o PFPB tem se demonstrado um incentivador do uso de medicamentos genéricos no Brasil.

Neste sentido, podemos concluir que o Programa tem cumprido importante papel no âmbito da assistência farmacêutica, tendo se consolidado, seja do ponto de vista financeiro, seja pela sua articulação com outras ações estruturantes do MS. É notório que o mesmo pode ser aperfeiçoado, porém, também fica que o Programa tem passado por adequações desde seu lançamento, o que pode apontar que seu aperfeiçoamento tem ocorrido.

Além disso, em seus oito anos de existência, o Programa passou por ajustes em sua legislação, podendo significar que este tem sido atualizado permanentemente, tanto do ponto de vista dos valores de referência quanto do aprimoramento dos seus mecanismos de segurança. No que diz respeito ao Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular, desde sua criação, várias Portarias foram publicadas, o que pode apontar que seu arcabouço legal tem sido aperfeiçoado com vistas à garantia do melhor funcionamento do programa.

Com base nos dados apresentados e numa avaliação do papel desempenhado pelo PFPB, alguns desafios estão colocados para o Programa, no que diz respeito à sua efetiva integração com o sistema de saúde. Desta forma é importante que os seus princípios sejam garantidos e que os propósitos do programa sejam reforçados, permitindo que este continue desempenhando seu papel estratégico. Tendo por base a experiência adquirida por este autor na coordenação nacional do Programa, além dos debates ocorridos permanentemente junto ao diversos atores do controle social, é

possível afirmar que outros desafios estão colocados para o Programa. O aperfeiçoamento do Programa é pauta constante no âmbito do Ministério da Saúde. Mesmo que se considere que muito tem sido feito, a busca da otimização do uso dos recursos e ampliação dos atendimentos é uma ação permanente. Neste sentido, o desafio está em ter a máxima “fazer mais com menos” como prática efetivada. Dentre alguns dos desafios específicos colocados para o Programa, destacam-se:

- **Utilização dos dados do programa enquanto parte dos indicadores da assistência farmacêutica e avaliação do mercado farmacêutico.**

Conforme foi apresentado no presente trabalho, o Programa Farmácia Popular do Brasil, considerando o número de atendimentos feitos bem como a sua capilaridade, pode ser uma importante fonte de dados sobre algumas das etapas do ciclo da assistência farmacêutica. O sistema de vendas do programa, pela sua complexidade de verificações e pelos inúmeros dados armazenados sobre as autorizações realizadas, pode apresentar um conjunto de informações sobre a dispensação de medicamentos no âmbito do programa, os quais podem ser utilizados para avaliação de inúmeras variáveis, as quais destacamos:

- Característica das prescrições feitas com base nos critérios regionais.
- Preços praticados pelos estabelecimentos farmacêuticos, para os medicamentos dispensados sob co-pagamento por parte do usuário.
- Identificação do número de pacientes atendidos para cada patologia nas diversas unidades federativas, com base em critérios epidemiológicos.
- Características dos pacientes atendidos, com base nos critérios de sexo, idade e condição social – podendo cruzar os dados dos CPF’s atendidos pelo Programa com o banco de dados dos beneficiários de Programas como o “Bolsa Família” e o “Benefício de Prestação Continuada” – BPC).

Tais informações contribuem para que Políticas sejam desenvolvidas ou atualizadas com base em dados oficiais, já que estes apontam a realidade do processo de dispensações de medicamentos feitas pelos estabelecimentos farmacêuticos credenciados ao Programa.

- **Cruzamento das informações de dispensações feitas pelo setor público e pelo Programa Farmácia Popular do Brasil.**

O financiamento do Ministério da Saúde feito para a Assistência Farmacêutica Básica, conforme se demonstrou neste trabalho, tem sido ampliado nos últimos anos. O repasse financeiro feito aos Municípios para o financiamento da assistência farmacêutica básica não pode ser utilizado para a aquisição de medicamentos que não constem da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME. Ao considerarmos que o elenco do Programa Farmácia Popular também foi baseado na RENAME é possível afirmar que há coincidência entre os medicamentos encontrados na maioria das unidades básicas de saúde e o PFPB.

Com a ação “Saúde não tem preço”, os medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão, do diabetes e da asma passaram a ser dispensados gratuitamente. Esta ação pode ter levado alguns pacientes, antes usuários do sistema público, a buscarem seus medicamentos nos estabelecimentos credenciados ao PFPB ou na rede própria do Programa. Sendo assim, a ampliação dos pontos de acesso aos medicamentos indicados para essas patologias permite que as pessoas busquem seus tratamentos sem a necessidade de continuidade de acesso sempre nos mesmos lugares. Desta forma, ao se cruzar as informações dos que acessam os serviços públicos, com os que acessam o PFPB, torna-se possível identificar os usuários de ambos os sistemas de forma que não haja duplicidade de atendimento. Tal ação, além de racionalizar os gastos públicos, permite acompanhar e monitorar os pacientes, independente deste ter obtido seus medicamentos na rede pública ou nas farmácias e drogarias credenciadas.

- **Acesso ao Programa Farmácia Popular através do Cartão SUS.**

O Programa Farmácia Popular, segundo suas regras de dispensação previstas em Portaria, aponta que o Cadastro de Pessoa Física – CPF é o documento fundamental para acesso aos medicamentos do Programa. Todos os dados gerados pelo Programa são baseados nos CPFs dos usuários. A maioria dos serviços públicos de saúde acompanham seus pacientes através do Cartão SUS. Isto posto, ao se permitir o cruzamento dos dados gerados pelos serviços públicos com os do Programa Farmácia Popular, será possível fazer um melhor acompanhamento dos

pacientes da assistência farmacêutica, possibilitando que este seja monitorado independente do seu ponto de acesso aos medicamentos. Sendo assim, ao se levar em conta que para o cidadão obter o Cartão SUS não há a necessidade de possuir um número de CPF, passa a ser um desafio do PFPB fazer a leitura do paciente, em seu sistema de vendas, através de seu CPF, cruzando essa informação com o Cartão SUS. Tal ação permitiria que os pacientes fossem vistos de forma única, tendo apenas um número identificador, possibilitando acompanhar e monitorar todos que acessem o SUS, independente da forma de acesso. Além do monitoramento dos pacientes, tal medida impede que haja duplicidade das despesas, por parte do Ministério da Saúde, para a Assistência Farmacêutica Básica, também contribuindo para a melhor utilização e otimização do gasto público.

- **Qualificação dos serviços prestados pelas farmácias e drogarias credenciadas ao Programa.**

A busca da inserção dos estabelecimentos farmacêuticos privados no SUS sempre foi tratada como um dos desafios para aqueles que entendem o papel de estabelecimento de saúde que as farmácias e drogarias podem desempenhar. Apesar da Lei que regulamenta o comércio farmacêutico ser antiga – Lei 5.991/73 – várias Resoluções foram elaboradas pela ANVISA e Conselhos Profissionais, além de Legislações de abrangência estadual, que têm buscado aprimorar e atualizar os serviços desenvolvidos pelas farmácias e drogarias regularmente instaladas no País. Um dos desafios colocados está na atenção farmacêutica desenvolvida, como ação fundamental na promoção, proteção e recuperação da saúde dos pacientes atendidos. Isto significa dizer que estes estabelecimentos, além do papel de orientação quanto ao uso racional de medicamentos, também podem ser instrumentos de divulgação e de outras ações desenvolvidas pelo MS. É bem verdade que todas as farmácias e drogarias, credenciadas ou não ao Programa Farmácia Popular, possuem um conjunto de regras que visam garantir seu papel enquanto estabelecimento de saúde. O fato é que o PFPB pode contribuir com essa ação, de forma pactuada no âmbito do Comitê Técnico de Acompanhamento do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular, promovendo mecanismos que propiciem que seus estabelecimentos credenciados sejam postos avançados do SUS. Entre as ações a

serem desenvolvidas por estes estabelecimentos, destacam-se as relacionadas ao uso racional de medicamentos.

- **Atualização do rol de medicamentos do Programa Farmácia Popular e dos seus respectivos valores de referência.**

O Programa Farmácia Popular do Brasil tem sido estratégico no que se refere ao acesso aos medicamentos essenciais, bem como pela sua articulação com outros Programas prioritários do Governo Federal como o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022”, Plano “Brasil Sem Miséria” e Programa “Brasil Carinhoso”. Isto significa dizer que o rol de medicamentos do Programa deve responder às demandas de outras ações desenvolvidas no âmbito do MS. Como foi demonstrado nesse trabalho, o Programa passou por quatro atualizações de seu elenco, sempre baseado na RENAME. Sendo assim, as possíveis futuras atualizações de seu elenco devem responder a um planejamento estratégico do papel desenvolvido pelo PFPB com vistas a sua efetiva interação com as ações descritas acima, bem como com outras prioridades elencadas pelo MS.

- **Avaliação dos valores de referência adotados**

Um dado a ser estudado é o efeito do Programa Farmácia Popular do Brasil enquanto regulador de preço. O fato de o Programa estabelecer um valor de referência, no caso dos que fazem parte do “Saúde não tem preço”, o qual está estabelecido como preço máximo de dispensação, faz com que os laboratórios concedam descontos que garantam a oferta dos seus produtos. Sendo assim, a permanente avaliação do mercado faz-se necessário, garantindo que o PFPB possa aplicar ajustes de preços conforme o comportamento do mercado, sem prejudicar sua manutenção. É claro que tal avaliação deve se dar considerando a característica de cada um dos princípios ativos, levando em conta a quantidade de laboratórios produtores, de apresentações destes disponíveis no mercado e da quantidade de medicamentos genéricos existentes. De qualquer forma, com o crescimento do mercado e com a ampliação do acesso pelo Programa, a cadeia de medicamentos tem sofrido alterações e estas devem ser acompanhadas, objetivando fazer com que os

valores de referência garantam que os medicamentos possam ser acessados, independente da região do país onde este será dispensado.

Em síntese, considerando os dados levantados neste trabalho é possível concluir que o Programa Farmácia Popular do Brasil tem cumprido importante papel, ao tomarmos por princípio o que determina a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, bem como a Política Nacional de Medicamentos. Seja pela sua relação com o CEIS com ênfase nos medicamentos genéricos, seja pelos números de pacientes atendidos, assim como sua capilaridade com a devida articulação com os demais programas estratégicos do Governo Federal, o PFPB apresenta-se como um Programa cujos objetivos principais foram alcançados. Porém, também é possível apontar que grandes desafios estratégicos estão colocados para a evolução futura do Programa, como pontos a serem enfrentados tendo como o objetivo sua efetivação na lógica da permanente consolidação do SUS.

Em primeiro lugar, a articulação do Programa Farmácia Popular do Brasil com as Redes de Atenção à Saúde, com a consolidação do Programa no âmbito da Assistência Farmacêutica torna-se premente. A dispensação de medicamentos alcançada pelo Programa deve estar inserida, tanto do ponto de vista clínico quanto logístico, no contexto do acesso à assistência farmacêutica. Não apenas para o aperfeiçoamento dos investimentos em saúde, mas essa articulação permite que haja a devida interação do PFPB com a assistência farmacêutica básica, com base em seu papel complementar.

Um segundo ponto a ser destacado enquanto desafio estratégico é a articulação do Programa com o CEIS. Mesmo que se considere que o PFPB tem estimulado o fortalecimento dos medicamentos genéricos no Brasil, o desenvolvimento de ações que insiram o Programa como estratégia para o fortalecimento dos laboratórios farmacêuticos nacionais, contribui para a consolidação da base produtiva nacional.

Outro ponto a ser referenciado é a articulação do Programa com as dimensões sociais e econômicas do CEIS. Conforme apresentado neste trabalho, o PFPB articula-se com as dimensões do CEIS, porém, a permanente articulação das ações do Programa com os demais programas estratégicos do Governo Federal, permite que este contribua para o desenvolvimento regional. Desta forma, as dimensões sociais e econômicas alcançadas pelo PFPB, atenderão, ainda mais, aos princípios do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALBUQUERQUE, E. M.; CASSIOLATO, J. E. As especificidades do sistema de inovação do setor saúde. **Revista de Economia Política**, vol. 22, n. 4 (88), outubro-dezembro/2002. Disponível em: <<http://www.rep.org.br/pdf/88-9.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

ALBUQUERQUE, M. O Impacto do Vencimento de Patentes na Indústria Farmacêutica. São Paulo: IMS Health, 2012. Entrevista para IMS Interview. Disponível em: <<http://www.imshealth.com/portal/site/ims/menuitem.d248e29c86589c9c30e81c033208c22a/?vgnnextoid=c42ae9161a3f2310VgnVCM100000ed152ca2RCRD&cpxsectcurrchannel=1>>. Acesso em: 07 jan 2013.

ANVISA. Seminário Saúde & Desenvolvimento: Painel Saúde Não tem Preço e a Nova Realidade dos Genéricos no País. Disponível em: <<http://www.saudeedesenvolvimento.com.br/pdf/DirceuBarbano.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2012.

AVILA, J. P. C. O desenvolvimento do setor farmacêutico: a caminho de uma estratégia centrada na inovação. **Revista Brasileira de Inovação**. Campinas-SP, v. 3, n. 2, p. 283-307, 2004. Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/46074_5577.PDF>. Acesso em: 19 mar. 2012.

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009.

BERMUDEZ, J. Medicamentos Genéricos: Uma alternativa para o mercado brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 10 (3), p. 368-378, jul/set, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 182, seção I, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 dez. 2011.

BRASIL. Lei n. 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 93, seção I, p. 8353, 15 mai. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19279.htm>. Acesso em: 27 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 215-E, seção I, p. 18, 10 nov. 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 27 dez. 2011.

BRASIL. Lei n. 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 29, seção I, p. 1, 11 fev. 1999. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/110786/lei-dos-genericos-lei-9787-99>>. Acesso em: 11 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 96, seção I, p. 52, 20 mai. 2004a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em 11 fev. 2012.

BRASIL. Lei n. 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz – a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 71, seção I, p. 1, 14 abr. 2004b. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/97815/lei-10858-04>>. Acesso em: 11 jan. 2012.

BRASIL. Decreto n. 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei 10.858, de 20 de maio de 2004, institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 97, seção 1, p. 6, 21 mai. 2004c. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2004/decreto-5090-20-maio-2004-532380-norma-pe.html>>. Acesso em: 11 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Ata da centésima quadragésima segunda reunião ordinária do CNS, 05 e 06 de maio de 2004d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_04.htm> Acesso em: 10 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.587, de 6 de dezembro de 2004. Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 236, seção I, p. 33, 9 dez. 2004e. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2004/portaria-2587-6-dezembro-2004-535489-publicacaooriginal-24018-ms.html>>. Acesso em 11 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**: estrutura, processos e resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/confer_nacional_de%20medicamentos.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_1120_M.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 48, Seção 1, página 59, 10 mar. 2006. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=59&data=10/03/2006>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a – 44 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2012.

BRASIL. Portal da Cidadania: Territórios da cidadania. Brasília, 2008b. Disponível em: <<http://www.territoriosdacidadania.gov.br/>>. Acesso em 13 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 749, de 15 de abril de 2009. Dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 82, Seção I, página 70, 04 mai. 2009. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_749_republicada_compact.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 251, seção I, p. 89, 31 dez. 2010b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em 13 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Formulário terapêutico nacional. 2010/ Rename 2010. 2a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 184, de 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 25, p. 35, 4 fev. 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_184.pdf>. Acesso em 13 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Termo de acordo n. 01/2011. Estabelecer compromissos entre as PARTES, visando viabilizar a oferta gratuita de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos pelos estabelecimentos credenciados aos usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil, conforme disposto pelo MINISTÉRIO por meio da Portaria nº 184/GM, de 03 de fevereiro de 2011. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 27, seção 3, p. 28, 08 fev. 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/termo_acordo_fp.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2012.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 123, seção I, p. 1, 29 jun. 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 20 dez. 2012.

BRASIL. Decreto n. 7.530, de 21 de julho de 2011. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 9, 22 jul. 2011d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7530.htm>. Acesso em 20 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.928, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os §§ 1º e 2º do art. 28 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 238, seção I, p. 65, 13 dez. 2011e. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legislacao/leg_detalhes2.cfm?id=4278>. Acesso em 20 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análises de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012. Brasília: 2011f. 160 p.

BRASIL. Plano Brasil sem miséria. Brasília, 2011g. Disponível em: <<http://www.brasilsemisERIA.gov.br/>>. Acesso em: 21 fev. 2012.

BRASIL. Plano Brasil Maior, 2011h. Disponível em: <<http://www.brasilmaior.mdic.gov.br/inicio>>. Acesso em: 02 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 185, de 3 de fevereiro de 2011. Institui o Comitê Técnico de Acompanhamento do Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, DF, n. 25, p. 40, 4 fev. 2011i. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria185.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Federal ao Alcance de Todos: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2012. Brasília, 2011j. 88 p.

BRASIL. Ministério da Saúde: Brasil vai produzir mais 19 remédios e duas vacinas. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/7952/162/brasil-vai-produzir-mais-19-remedios-e-duas-vacinas.html>>. Acesso em: 02 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 506, de 21 de março de 2012. Institui o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS) e seu Comitê Gestor. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, DF, n. 57, seção I, p. 38, 22 mar. 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0506_21_03_2012.html>. Acesso em: 02 nov. 2012.

BRASIL. Brasil Carinhoso. Brasília, 2012c. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/brasilcarinhoso>>. Acesso em 21 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.146, de 1º de junho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 971/GM/MS, de 17 de maio de 2012, para ampliar a cobertura da gratuidade no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, DF, n. 107, p. 72, 04 jun. 2012d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1146_01_06_2012.html>. Acesso em 21 nov. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento Federal ao Alcance de Todos: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2013. Brasília, 2012e. 92 p.

BURHALDE, A.J. Indústria Farmacêutica Brasileira e Mundial: uma revisão histórica de suas origens e de seu desenvolvimento. **Revista OPINIO de ciências empresariais, políticas e sociais**, Canoas, RS, n. 15, p. 63-66, 2º semestre 2005.

CALLEGARI, L. **Análise Setorial**. A indústria farmacêutica. São Paulo: Gazeta Mercantil, 2000.

CAPANEMA, L. X. L., PALMEIRA FILHO, P. L., **Indústria Farmacêutica Brasileira: Reflexões sobre sua Estrutura e Potencial de investimentos**. Rio de Janeiro: BNDES, 2007. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/liv_perspectivas/06.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.

CASAS, C.N.P.R. **O complexo industrial da saúde na área farmacêutica: uma discussão sobre inovação em acesso no Brasil**. 2009. 236 f. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

CHAVES, C.C. et al. A evolução do sistema internacional de propriedade intelectual: proteção patentária para o setor farmacêutico e acesso a medicamentos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 257-267, fevereiro 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 8 mar. 2012.

CILO, N. Um santo remédio. **Revista Isto É Dinheiro**, ed. 774, ago. 2012. Disponível em: <http://www.istoedinheiro.com.br/noticias/91863_UM+SANTO+REMEDIO>. Acesso em: 06 jan. 2013.

CUNHA, A.M. et al. **Relatório de acompanhamento setorial: Complexo da Saúde – Indústria Farmacêutica**. Brasília: ABDI; Campinas: NEIT-IE-UNICAMP, v. 3, junho, 2009.

CYTRYNOWICZ, M. M. **Origens e trajetórias da indústria farmacêutica no Brasil**. São Paulo: Narrativa Um, 2007. 192 p.

DUPIM, J. A. A. **Assistência Farmacêutica: Um modelo de organização**. Belo Horizonte: Segrac, 1999. 79 p.

FADEL, C. B. et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-456, abr. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2012.

FEBRAFAR. **IMS: Mercado farmacêutico deve atingir R\$ 87 bilhões em 2017**. Disponível em: <http://www.febrifar.com.br/index.php?cat_id=5&pag_id=8139>. Acesso em: 02 set. 2012.

FERREIRA-FILHO, J. C. R; CORREIA, G. T; MASTROIANNI, P. C. Acesso a medicamentos essenciais em farmácias e drogarias do Município de Araraquara. **Revista de ciências farmacêuticas básica e aplicada**, São Paulo, v. 31, p. 177-182, maio/agosto, 2010. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1137/950%5Elpt%5Eqphp/Cien_Farm/article/viewFile/1137/950>. Acesso em: 22 jan. 2012.

FIANI, R. A tendência à harmonização internacional da proteção de patentes e seus problemas. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 173-190, set. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-31572009000300010&script=sci_arttext&tlng>. Acesso em: 10 mar. 2012.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. M. **Gestão de Redes**: A estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007. 204 p.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 dez. 2012.

_____. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, agosto, 2006.

_____; MALDONADO, J.; VARGAS, M. **Estudo setorial sobre a indústria farmacêutica: uma agenda de competitividade para a indústria paulista**. São Paulo: UNESP/UNICAMP/USP/SDE/IPT-SP, 2008.

_____. et al. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde: conceitos e características gerais. **Informe CEIS** - Boletim Informativo do Grupo de Pesquisas de Inovação em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 1, ano 1, agosto 2010.

_____; COSTA, L.S.; VIANA, A. L. d' Á. O complexo econômico-industrial da saúde e o desenvolvimento nacional. **Princípios**: Teoria, Política e Informação, São Paulo, n. 114, p.10-15, agosto-setembro / 2011.

_____. et al. Saúde e Desenvolvimento. **Informe CEIS** – Boletim Informativo do Grupo de Pesquisas de Inovação da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 2, ano 2, dezembro de 2011.

_____. (Coord.). **Perspectivas do investimento em saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, Instituto de Economia, 2008/2009. 217 p. Relatório integrante da pesquisa “Perspectivas do Investimento no Brasil”, em parceria com o Instituto de Economia da UNICAMP, financiada pelo BNDES. Disponível em <http://www.projetopib.org/arquivos/ds_saude_servicos_de_saude.pdf> Acesso em: 19 mar. 2012.

IMS. Saiba o que impulsiona o Mercado Farmacêutico Brasileiro. Disponível em: <<http://www.imshealth.com/portal/site/ims/menuitem.d248e29c86589c9c30e81c033208c22a/?vgnnextoid=5f0ceb6973858310VgnVCM10000076192ca2RCRD>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

INOCENCIO, M.; DE VIVO, B. Acesso a medicamentos: análise das estratégias do Estado para o desenvolvimento do Programa Farmácia Popular. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania FGV**, São Paulo, v.16, n.59, jun./dez. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). Característica dos Municípios. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/geo/municipios.html>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

INTERFARMA. Seminário Valor Econômico. Apresentação Secretário Carlos Gadelha. Disponível em: <<http://www.interfarma.org.br/site2/images/carlos%20gadelha.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2012.

JUNGES, F. **Levantamento do processo de implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil**. 2006. 113 f. Monografia (Curso de Especialização em Gestão Pública da Assistência Farmacêutica) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

LOYOLA, M. A. Medicamentos e saúde pública em tempo de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** 13 (Sup.), p. 763-778, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700027>. Acesso em: 20 dez. 2012.

MAGALHÃES, L. C. G. et al. Tendências da balança do comércio exterior da indústria farmacêutica brasileira: evolução das importações e exportações de farmoquímicos e medicamentos na década de 90. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 26, 2003.

MARIN, N. et al. (org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003. 334 p.

MASCARENHAS, G. A biodiversidade brasileira no âmbito do Acordo TRIPS. **Revista Brasileira de Inovação**, Campinas-SP, v. 3, n. 2, p. 393-416, jul./dez. 2004. Disponível em: <http://www.finep.gov.br/revista_brasileira_inovacao/sexta_edicao/biodiversidade.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2012.

MELO, D. O.; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 475-485, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322006000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 mar. 2012.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENEZES, L. Genéricos: Fim de patentes contribui para elevar as vendas. **Revista Valor Setorial Saúde**, São Paulo, 26 out 2012. Disponível em: <http://www.abradilan.com.br/noticias_detalhe.asp?noticia=12998>. Acesso em: 08 jan. 2012.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação FPB. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36551&janela=1>. Acesso em: 13 jan. 2012.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, suppl. 3, p. 3561-3567, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232010000900031&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 16 jan. 2012.

OLIVEIRA PORTELLA, M.S. et al. Competitividade internacional na produção de medicamentos. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 12, n. 2, p. 283-301, jul./dez. 2011. Disponível em: <www.spell.org.br/documentos/download/921>. Acesso em: 20 dez. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate**. Brasília, OPAS/OMS, 2010.

PADILHA, A. R. S.; GADELHA, C. A. G. Saúde na agenda industrial e do desenvolvimento. **Valor Econômico**, São Paulo, 17 jan. 2012.

PALMEIRA FILHO, P. A indústria farmacêutica nacional: panorama atual e desafios à luz da ação do BNDES e outros agentes. **Parcerias Estratégicas – Edição Especial**, Brasília, v. 15, n.31, p. 311-314, jul. - dez. 2010.

_____.; CAPANEMA, L. X. L. A indústria farmacêutica nacional: desafios rumo à inserção global. In: ALÉM, A. N.; GIAMBIAGI, F. **O BNDES em um Brasil em transição**. Rio de Janeiro: BNDES, 2010. Capítulo 19, p. 307-318. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/livro_brasil_em_transicao/Brasil_em_transicao_cap19.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.

PESQUISA CNI-IBOPE. Retratos da Sociedade Brasileira: Saúde Pública, janeiro 2012. Brasília: CNI, 2012. Disponível em: <<http://www.cni.org.br/portal/data/files/00/FF80808134CE96AF0134D2227DD71F56/Retratos%20da%20Sociedade%20Brasileira%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Janeiro%202012%20-%20Apresenta%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2012.

PRÓ GENÉRICOS. **Medicamentos genéricos no Brasil: Avanços e Desafios**. Apresentação institucional da PRÓ GENÉRICOS atualizada até dezembro de 2011. Mensagem recebida por e-mail em 14 de março de 2012a.

_____. **Mercado: Mercado brasileiro de genéricos**. Disponível em: <<http://www.progenericos.org.br/index.php/medicamento-generico/mercado>>. Acesso em: 11 mar. 2012b

_____. **Venda de genéricos cresce 23,5% no primeiro trimestre.** Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-05-07/venda-de-genericos-cresce-235-no-primeiro-trimestre>>. Acesso em: 03 set. 2012c.

QUENTAL, C. et al. Medicamentos genéricos no Brasil: impactos das políticas públicas sobre a indústria nacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 13 (Sup), p. 619-628, 2008.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Atenção Farmacêutica:** da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. Compreendendo o conceito, humanizando o cuidado e revolucionando a prática. 2. ed. São Paulo: RCN Editora, 2011. 328 p.

ROSENBERG, G.; FONSECA, M. G. D.; D'ÁVILA, L. A. Análise comparativa da concentração industrial e de *turnover* da indústria farmacêutica no Brasil para os segmentos de medicamentos de marca e genéricos. **Economia e Saúde**, Campinas, SP, v. 19, n. 1 (38), p. 107-134, abril 2010.

SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE (Brasil). **Saúde não tem preço.** Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 15 mar 2012.

SANTOS, L. O que são redes? In: SILVA, F. (org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. 2 ed. Campinas, SP: Saberes Editora, junho 2011. Parte I-2, 29-34.

SANTOS-PINTO, C. D. B. et al. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Revista Saúde Pública**. v. 44, p. 611-619, agosto 2010.

_____.; OSORIO DE CASTRO, C.G.S.; COSTA, N.R. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n.6, p. 2963-2973, junho 2011.

SCARAMUZZO, M. Genéricos avançam em farmácia popular. **Valor Econômico**, São Paulo, 28 set. 2011.

_____. Perfil de consumo de medicamentos genéricos muda no Brasil. **Valor Econômico**, São Paulo, 21 maio de 2012a. Disponível em: <<http://pfarma.com.br/noticia-setor-farmaceutico/industria-farmaceutica/876-10-medicamentos-genericos-mais-consumidos-2011.html>>. Acesso em: 25 ago. 2012.

_____. Regiões Sul e Sudeste concentram vendas de genéricos no país. **Valor Econômico**, São Paulo, 31 de julho de 2012b. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/empresas/2770508/regioes-sul-e-sudeste-concentram-vendas-de-genericos-no-pais>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 22. ed, São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, S. F. (org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes, 2011. 202 p.

TORRES, R. P; SOUZA, M. A. F. A Dinâmica do Mercado Farmacêutico Brasileiro Segundo o Modelo das Estratégias Genéricas de Porter. Sociedade, Contabilidade e Gestão, Rio de Janeiro, v. 5, n. Especial, 2010.

TREVISAN, L.; JUNQUEIRA, L. A. P. Gestão em rede do SUS e a nova política de produção de medicamentos. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 638-652, setembro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2012.

VARGAS, M. A.; BURD, P. Inovação na indústria química e biotecnológica: em busca de uma agenda virtuosa. In: JORNADA NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 6, 2012, Brasília. Disponível em: <<http://www.abresbrasil.org.br/abres2012/artigos/oral/Saude/5.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2012.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (Sup): p. 1765-1777, 2007.
_____.; LIMA, L. D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216 p.

VIANNA, S. M. ; PIOLA, S. F., REIS, C. O. O. **Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do copagamento**. PPP - Planejamento e Políticas Públicas. n. 17, 1998.

VIEIRA, F.S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**. v. 27, n. 2, p. 149-156, fevereiro 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892010000200010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 jan. 2011.

BIBLIOGRAFIA

COSTA, A.F.C.; COSTA, M.F.B. **Projeto de pesquisa: Entenda e Faça.** 2ª Edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.