

MINISTÉRIO DA SAÚDE

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP

Cláudia Du Bocage Santos Pinto

**O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo,
cobertura e utilização frente à Política Nacional de
Medicamentos**

Orientadores:

Dr. Nilson do Rosário Costa

Dr^a. Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro

Rio de Janeiro – abril 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP

TEMA

**O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo,
cobertura e utilização frente à Política Nacional de
Medicamentos**

Por

Cláudia Du Bocage Santos Pinto

*Dissertação submetida à Banca de
Avaliação da Escola Nacional de Saúde
Pública Sérgio Arouca como parte dos
requisitos necessários à obtenção do
Grau de Mestre em Ciências na Área de
Saúde Pública*

Orientadores:

Dr. Nilson do Rosário Costa

Dr^a. Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro

Rio de Janeiro – abril 2008

Ficha Catalográfica

P659p Pinto, Cláudia Du Bocage Santos
O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura e utilização frente à Política Nacional de Medicamentos. / Cláudia Du Bocage Santos Pinto. Rio de Janeiro: s.n., 2008. xv, 153 p., tab., graf.

Orientador: Costa, Nilson do Rosário
Castro, Claudia Garcia Serpa Osório de
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1. Medicamentos Essenciais - provisão & distribuição. 2. Farmácias - provisão & distribuição. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Descentralização. 5. Política de Saúde. 6. Programas Governamentais – utilização. I. Título.

CDD - 22.ed. – 615.10981

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a meus avós Oswaldo e Jocília.
Obrigada pelo carinho de toda vida,
pelas lembranças maravilhosas
e por serem sempre meu refúgio de tranqüilidade.
Todo caminho traçado até aqui passou sempre por vocês.*

Aprender a ver é a mais longa aprendizagem de todas as artes.

Jules de Goncourt

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro, exemplo de generosidade, paciência, dedicação e carinho. Pela mão estendida em todos os momentos de minha trajetória, e pela amizade que ultrapassa a relação aluno-mestre.

À meu orientador Nilson do Rosário Costa, pelo carinho e amizade. Pelas discussões que tanto enriqueceram minha vivência no mestrado e pela paciência frente à minha ansiedade com diárias incursões à sua porta.

À Hayne Felipe da Silva, minha imensa gratidão, por tão generosamente ter aberto espaço para meu trabalho. Pela acolhida na equipe da Farmácia Popular e por toda ajuda prestada ao longo dos últimos 3 anos.

Ao Dr. Reinaldo Guimarães que gentilmente permitiu meu acesso aos dados do Programa.

À equipe da Gerência Técnica do Programa, pelo apoio no envio de informações.

À Vera Lucia Luiza e Maria Auxiliadora Oliveira por terem me dado a oportunidade de integrar a equipe do NAF. Pela convivência inestimável e pelos novos horizontes abertos diariamente.

À Elaine Silva Miranda, pela tão agradável parceira de trabalho, pelas conversas, pelo carinho e amizade.

À Egleubia Andrade de Oliveira pelo imenso carinho, pelos momentos de descontração e apoio constante.

À toda equipe do NAF, em especial à meus queridos companheiros Fernando Genovez Avelar, Thiago Botelho Azeredo, Ângela Esher, Isabel Emmerick,

Juliana Brasil, Letícia Freitas e André Reis pela maravilhosa convivência, pelos ótimos momentos de descontração e trocas de experiência.

Aos membros da minha banca, pelas críticas e sugestões que tanto contribuíram para este trabalho.

À Mônica Reis por toda ajuda despendida ao longo destes 2 anos.

À meus colegas e professores da Ensp pelos ensinamentos e momentos vividos ao longo destes 2 anos.

À amiga Paula Ribas da Costa pela amizade que ultrapassa tempo e distância.

Às amigas Luiza Pechman, Luiza Trope e Yara Brício, por toda cumplicidade, incentivo e trocas, e por estarem sempre presentes.

À Gustavo Henrique Pinheiro Silva, por ser meu porto seguro, meu maior incentivador e admirador. Por toda a paciência, amor e cuidado.

À Clarissa Du Bocage Santos Pinto, que além de irmã é minha maior amiga e companheira.

À meus pais Ângela Du Bocage Alves e Claudio dos Santos Pinto, que me deram, mais do que conhecimento e oportunidades, valores, apoio e amor incondicional.

RESUMO

Em 2004, o Governo Federal lançou o Programa Farmácia Popular do Brasil, que surge como uma opção pela inovação política, instituindo o esquema de co-pagamento como estratégia de ampliação do acesso a medicamentos. O presente trabalho buscou analisar o modelo próprio do Programa, primeiro a ser implantado. Foram definidos indicadores que guiaram as observações e a coleta de informações. Os dados foram obtidos de entrevistas com atores-chave, documentos, incluindo diretrizes do PFPB e registros de atendimentos, no período de 2005 a 2007. A análise se deu através do exame da proveniência do usuário e do perfil de utilização dos medicamentos dispensados nas unidades do PFPB. Os resultados demonstraram uma grande expansão da rede e do número de atendimentos no período. Além disso, apesar do maior número de atendimentos a usuários da rede privada, objetivo do Programa, foi observado um grande acesso por parte de usuários da rede pública. O Programa Farmácia Popular do Brasil reedita o modelo de compra centralizada de medicamentos, que tem se mostrado eficiente para os Programas sob responsabilidade do Governo Federal. Entretanto, seu foco são os medicamentos essenciais, que, dentro da lógica do sistema público, estão sob responsabilidade de provisão de estados e municípios. As evidências apontam para problemas com a provisão de medicamentos pelos governos estadual e municipal, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. O estudo conclui que a população vem recorrendo ao PFPB para provisão dos medicamentos essenciais que não logra obter nas instâncias responsáveis por este provimento.

ABSTRACT

In 2004, the Federal Government introduced the Program called “*Farmácia Popular do Brasil*” (PFPB), an example of policy innovation, establishing a co-payment scheme as a strategy for access to medicines. The study analyzes the original model of the Program. Several indicators were used to establish a framework for data collection and analysis. Data were obtained from interviews with key stakeholders, Program documents and user prescriptions and registers, from 2005 to 2007. The results showed a large expansion of the PFPB network and in the number of dispensing encounters. Despite the ever-increasing number of dispensing encounters brought about by prescriptions from the private sector, the original focus of the Program, a large demand from public sector users was observed. The Program rekindles the centralized model of medicines provision that has been proven as otherwise effective in Federal Government programs. However, the PFPB adopts this strategy for essential medicines, for which provision, in the public sector, is under state and municipal responsibility. The results point to the difficulty in compliance by states and municipalities with medicines provision responsibilities, mainly in the North and Northeast regions of Brazil. The population has been consistently seeking the PFPB for essential medicines it has not been able to access in the public sector.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEASA	Central de Abastecimento do Rio Grande do Norte
CEME	Central de Medicamentos
CGU	Controladoria Geral da União
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CISSET	Secretaria de Controle Interno
CNRAC	Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
DIU	Dispositivo intra-uterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EMO	Elenco Mínimo Obrigatório
FAE	Fração Assistencial Especializada
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPB	Farmácia Popular do Brasil
GPSE	Gestão Plena do Sistema Estadual
HMO	<i>Health Maintenance Organization</i> (Organização de Manutenção à Saúde)
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência Social
IB	Iniciativa de Bamako
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IQUEGO	Indústrias Químicas do Estado de Goiás
IVB	Instituto Vital Brazil
LAFEPE	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco
MS	Ministério da Saúde

NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACFARM	Programa de Administração Compartilhada de Farmácias (Peru)
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PMAFB	Planos Municipais de Assistência Farmacêutica Básica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPI	Programação Pactuada Integral
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS, QUADROS E FIGURAS

TABELAS

TABELA I – EVOLUÇÃO DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL ²¹	18
TABELA II – PRINCIPAIS GASTOS DO MS COM MEDICAMENTOS (R\$ CORRENTES) 2003– 2007 ⁶⁵	42
TABELA III – GASTOS COM MEDICAMENTOS DE ACORDO COM A FAIXA DE RENDA E A SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO NO BRASIL, 2003 ⁵	45
TABELA IV – SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS ¹³	46
TABELA V – UNIDADES DE MODELO 1 DO PFPB. PFPB, 2007	80
TABELA VI – UNIDADES DO MODELO 2, SEGUNDO TIPO DE PARCERIA/CONVÊNIO	81
TABELA VII - INCREMENTO DE UNIDADES DO PFPB ENTRE OS ANOS DE 2005 E 2007. PFPB, 2007.	84
TABELA VIII – INCREMENTO DE UNIDADES DO PFPB ENTRE OS ANOS DE 2005 E 2007, POR REGIÃO. PFPB, 2007.	85
TABELA IX - ESTADOS, MUNICÍPIOS E UNIDADES ACUMULADOS AO LONGO DOS ANOS. PFPB, 2007.	86
TABELA X - INCREMENTO DE MUNICÍPIOS DOS ESTADOS PARTICIPANTES DO PFPB ENTRE OS ANOS DE 2005 E 2007. PFPB, 2007.	87
TABELA XI – INCREMENTO DE MUNICÍPIOS DO PFPB ENTRE OS ANOS DE 2005 E 2007, POR REGIÃO. PFPB, 2007.	89
TABELA XII – NÚMERO DE MUNICÍPIOS (COM EXCEÇÃO DE SÃO PAULO) E MICRORREGIÕES PARTICIPANTES DO PROGRAMA. PFPB, 2007.	99
TABELA XIII – NÚMERO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO PFPB AO LONGO DOS ANOS, POR REGIÃO. PFPB, 2007.	104
TABELA XIV – MEDICAMENTOS MAIS VENDIDOS NA REGIÃO NORTE NO ANO 2006. PFPB, 2007.	104
TABELA XV – MEDICAMENTOS MAIS VENDIDOS NA REGIÃO NORDESTE NO ANO 2006. PFPB, 2007.	105
TABELA XVI – MEDICAMENTOS MAIS VENDIDOS NA REGIÃO SUDESTE NO ANO 2006. PFPB, 2007.	105
TABELA XVII – MEDICAMENTOS MAIS VENDIDOS NA REGIÃO SUL NO ANO 2006. PFPB, 2007.	105
TABELA XVIII – MEDICAMENTOS MAIS VENDIDOS NA REGIÃO CENTRO-OESTE NO ANO 2006. PFPB, 2007.	106
TABELA XIX – ORIGEM DOS USUÁRIOS DO PFPB, SEGUNDO SETOR. PFPB, 2007.	113

GRÁFICOS

GRÁFICO I – GASTO DO MS COM MEDICAMENTOS EM RELAÇÃO AOS GASTOS TOTAIS EM SAÚDE 2002 – 2006 ⁶⁵	43
GRÁFICO II - NÚMERO DE UNIDADES INAUGURADAS EM CADA ANO DE EXISTÊNCIA DO PROGRAMA. PFPB, 2007.	82
GRÁFICO III – EVOLUÇÃO DAS UNIDADES DO PFPB ENTRE OS ANOS DE 2004 E 2007. PFPB, 2007	83
GRÁFICO IV – EVOLUÇÃO DAS UNIDADES DO PFPB AO LONGO DOS ANOS, POR REGIÃO. PFPB, 2007.	83
GRÁFICO V – ESTADOS, MUNICÍPIOS E UNIDADES DO PFPB, POR ANO. PFPB, 2007.	86
GRÁFICO VI – EVOLUÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DO PFPB AO LONGO DOS ANOS, POR ESTADOS. PFPB, 2007.	87
GRÁFICO VII – EVOLUÇÃO DOS MUNICÍPIOS AO LONGO DOS ANOS, POR REGIÃO. PFPB, 2007.	88
GRÁFICO VIII – PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS ATENDIDOS PELO PROGRAMA, POR ESTADOS DO BRASIL. PFPB, 2007.	90
GRÁFICO IX – PROPORÇÃO DE HABITANTES POR UNIDADE DO PFPB, POR REGIÃO. PFPB, 2007.	90
GRÁFICO X – PROPORÇÃO DE HABITANTES POR UNIDADE, POR ESTADOS DO BRASIL, 2007	91
GRÁFICO XI - MEDICAMENTOS DO PFPB POR GRUPO FARMACOLÓGICO. PFPB, 2007.	95
GRÁFICO XII - MUNICÍPIOS COM UNIDADES DO PFPB, POR ESTADOS. PFPB, 2007.	98
GRÁFICO XIII - PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM UNIDADES DO PFPB DE ACORDO COM O CRITÉRIO POPULACIONAL DE 100.000 HABITANTES NO ESTADO DE SÃO PAULO. PFPB, 2007.	100
GRÁFICO XIV – EVOLUÇÃO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO PFPB. PFPB, 2007	103
GRÁFICO XV – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO PFPB AO LONGO DOS ANOS, POR REGIÃO. PFPB, 2007.	103
GRÁFICO XVI – NÚMERO DE DDDs (ABSOLUTO), POR REGIÕES DO BRASIL NO ANO DE 2006. PFPB, 2007	107

GRÁFICO XVII – NÚMERO DE DDD/1.000 HAB/DIA, POR REGIÕES DO BRASIL NO ANO DE 2006. PFPB, 2007	108
GRÁFICO XVIII - POPULAÇÃO ABRANGIDA PELO PFPB POR REGIÕES DO BRASIL, 2007	108
GRÁFICO XIX – POPULAÇÃO ABRANGIDA PELO PFPB POR ESTADOS DO BRASIL. PFPB, 2007.....	109
GRÁFICO XX – POPULAÇÃO ABRANGIDA PELO PROGRAMA EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO TOTAL, POR REGIÕES DO BRASIL. PFPB, 2007.....	110
GRÁFICO XXI – PROPORÇÃO DE HABITANTES ABRANGIDOS PELO PROGRAMA EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO TOTAL, POR ESTADOS DO BRASIL PFPB, 2007.....	110
GRÁFICO XXII - NÚMERO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO PFPB (MÉDIA ENTRE TODOS OS ANOS), EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO ABRANGIDA, POR REGIÃO. PFPB, 2007.....	111
GRÁFICO XXIII - PROPORÇÃO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO PFPB (MÉDIA ENTRE TODOS OS ANOS) EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO ABRANGIDA, POR ESTADOS. PFPB, 2007.....	112
GRÁFICO XXIV – EVOLUÇÃO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO PROGRAMA AO LONGO DOS ANOS, POR TIPO DE USUÁRIO. PFPB, 2007.....	113
GRÁFICO XXV – COMPARAÇÃO DA ORIGEM DOS USUÁRIOS SEGUNDO SETOR NA REGIÃO NORTE, 2005 – 2007. PFPB, 2007.....	114
GRÁFICO XXVI – COMPARAÇÃO DA ORIGEM DOS USUÁRIOS SEGUNDO SETOR NA REGIÃO NORDESTE ENTRE OS ANOS 2005 – 2007. PFPB, 2007.....	114
GRÁFICO XXVII – COMPARAÇÃO DA ORIGEM DOS USUÁRIOS SEGUNDO SETOR NA REGIÃO SUDESTE ENTRE OS ANOS 2005 – 2007. PFPB, 2007.....	115
GRÁFICO XXVIII – COMPARAÇÃO DA ORIGEM DOS USUÁRIOS SEGUNDO SETOR NA REGIÃO SUL ENTRE OS ANOS 2005 – 2007. PFPB, 2007.....	115
GRÁFICO XXIX – COMPARAÇÃO DA ORIGEM DOS USUÁRIOS SEGUNDO SETOR NA REGIÃO CENTRO-OESTE ENTRE OS ANOS 2005 – 2007. PFPB, 2007.....	116

QUADROS

QUADRO I - EFEITOS DO MECANISMO DE CO-PAGAMENTO SOBRE O FINANCIAMENTO, UTILIZAÇÃO E EQUIDADE ⁶⁹	52
QUADRO II – ASPECTOS DO CO-PAGAMENTO NA EUROPA ⁷¹	54
QUADRO III – VARIÁVEIS E INDICADORES PARA ANÁLISE DOS ASPECTOS RELACIONADOS À ESTRUTURA E PROCESSO DO PROGRAMA.....	65
QUADRO IV – LISTA DE MEDICAMENTOS DO PFPB. PFPB, 2007.....	92

FIGURAS

FIGURA I – ORGANOGRAMA DE GESTÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL ⁹¹	76
---	----

SUMÁRIO

RESUMO	VIII
ABSTRACT.....	IX
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	X
LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS, QUADROS E FIGURAS	XII
SUMÁRIO	XIV
INTRODUÇÃO	1
O ESTUDO	1
O PROBLEMA	1
JUSTIFICATIVA	6
CAPÍTULO I.....	7
A DESCENTRALIZAÇÃO NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	7
CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	10
<i>A descentralização no Sistema de Saúde brasileiro.....</i>	<i>14</i>
CAPÍTULO II	20
A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL.....	20
<i>PERÍODO PRÉ-SUS.....</i>	<i>21</i>
CEME	21
Rename	23
Farmácia Básica.....	25
<i>PERÍODO SUS</i>	<i>26</i>
Programa Farmácia Básica	27
Política Nacional de Medicamentos	28
Revisão da Rename	29
Criação da Anvisa	30
Reorientação da Assistência Farmacêutica no SUS 1999-2005: descentralização e financiamento.....	30
Pacto pela Saúde	38
COMPRA PÚBLICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL.....	41
<i>Gastos Federais com medicamentos</i>	<i>42</i>
O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL.....	43
CAPÍTULO III.....	45
FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	45
CO-PAGAMENTO	47
<i>Efeitos, Possibilidades e Riscos do Co-pagamento.....</i>	<i>48</i>
<i>Tipos de Mecanismo de co-pagamento</i>	<i>51</i>
<i>Experiências de co-pagamento no cenário internacional.....</i>	<i>52</i>
Europa.....	53
África.....	55
América Latina	57
EXPERIÊNCIAS DE CO-PAGAMENTO PARA MEDICAMENTOS NO BRASIL	59
<i>Programa Farmácia LAFEPE – Governo de Estado do PE</i>	<i>59</i>
<i>Programa Farmácia de Todos – Governo de Estado do RN.....</i>	<i>60</i>
<i>Farmácia Popular Vital Brazil - Governo de Estado do RJ.....</i>	<i>61</i>
CAPÍTULO IV.....	62
INTRODUÇÃO	62
PLANEJAMENTO DA PESQUISA	63
<i>O estudo de caso</i>	<i>63</i>
<i>Dimensões, Subdimensões e Indicadores</i>	<i>64</i>

<i>Proposta de análise</i>	67
Quanto às unidades estudadas	67
Quanto à população.....	68
Quanto aos medicamentos	68
Quanto aos usuários	71
<i>Critérios Éticos</i>	72
A EVOLUÇÃO DO PFPB	73
<i>A evolução do PFPB observada pelos indicadores do estudo</i>	73
Contexto	73
Forma de organização da intervenção (indicador 1.1)	73
Fundamentos legais ou normativos que sustentam a intervenção (indicador 1.4).....	74
Status organizacional (indicador 1.2).....	75
Articulação com outras instâncias (indicador 1.3).....	76
Insumos	78
Unidades dispensadoras de medicamentos (indicador 2.3)	78
Quantitativo de unidades (indicador 2.2).....	81
Presença das unidades por unidade territorial do país (indicador 2.4)	83
Relação entre número de unidades e habitantes (indicador 2.1)	90
Lista de medicamentos que compõem o Programa (indicador 2.5)	91
Percentual de medicamentos que pertencem à lista do PFPB, por classe terapêutica (indicador 2.6)	94
Processo	95
Critérios para formulação da lista de medicamentos do Programa (indicador 3.1)	95
Critérios para definição dos locais prioritários para instalação das unidades (indicador 3.2).....	97
Compra de medicamentos pelo Programa (indicador 3.3)	100
Critérios de elegibilidade da população alvo (indicador 3.4)	101
Número total de atendimentos do PFPB (indicador 3.5).....	102
Medicamentos mais consumidos pelos usuários do PFPB (indicador 3.6).....	104
Cobertura (indicador 3.7)	108
Proporção de usuários pertencentes à população alvo do Programa (indicador 3.8).....	112
Percentual de medicamentos comuns à lista do PFPB e às listas de financiamento público (indicador 3.9)	117
.....	117
Quanto às unidades	118
Quanto à população.....	120
Quanto aos medicamentos	122
Quanto à origem dos usuários	125
O PFPB FRENTE À PNM E À DESCENTRALIZAÇÃO	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
ANEXO I	144
ANEXO II	145
ANEXO III	146
ANEXO IV	148
ANEXO V.....	150

INTRODUÇÃO

O Estudo

Este trabalho tem como objetivo estudar o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), criado pelo Governo Federal em meados de 2004. Este estudo compreendeu a análise dos aspectos organizacionais, perfil de clientela e distribuição dos serviços do programa. Os aspectos de financiamento foram referidos no texto, porém não sofreram uma análise específica em razão da indisponibilidade de dados durante a elaboração do estudo. Não há dúvidas sobre a necessidade de pesquisas adicionais que ampliem as informações sobre o arranjo do financiamento público do Programa. Após quase quatro anos de existência do PFPB, as informações financeiras permanecem ainda em condições de baixa disponibilidade aos pesquisadores externos.

Além disso, este estudo não abordou a expansão do Programa para as redes privadas de comercialização de medicamentos, processo que teve início em 2006. As informações desta terceirização ao provedor privado estão ainda fragmentadas e igualmente indisponíveis. Nestas condições, a avaliação da expansão PFPB estaria para além do horizonte temporal do mestrado.

O Problema

O PFPB tem como principal meta a ampliação do acesso a medicamentos para a população brasileira. Entretanto, dada a larga experiência da política de medicamentos associada ao desenvolvimento do SUS, existe a hipótese de que tal iniciativa possa ser encarada como uma nova alternativa à possível baixa efetividade do sistema público de provisão de medicamentos.

O acesso a medicamentos é uma questão de grande importância para a maioria dos governos, pois medicamentos são insumos imprescindíveis para o funcionamento dos sistemas de saúde e por isso precisam ter seu acesso garantido através de políticas ou medidas que assegurem esta ação.

Algumas características fazem com que este insumo possua papel tão fundamental dentro dos sistemas de saúde ¹:

- Medicamentos salvam vidas e melhoram as condições de saúde das populações.
- Medicamentos promovem a credibilidade dos serviços e ações de saúde.
- Medicamentos têm impacto nos gastos efetuados com a saúde.

No Brasil o acesso à saúde está inscrito na Constituição como direito fundamental de todos os cidadãos. Além de direito, é considerado também como dever do Estado, cabendo ao poder político organizar o SUS, formular e implementar ações que assegurem o acesso da População aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde ².

Nesse contexto, o que se relaciona à Assistência Farmacêutica só se concretiza mediante o acesso aos medicamentos pelos pacientes. Mas visto por essa ótica, tem-se que levar em consideração as demandas sempre crescentes frente ao orçamento restrito. Em vista disso, o Estado orienta-se para a provisão de medicamentos considerados essenciais ou que combatam as doenças de grande impacto para a saúde pública.

Entretanto, qualquer planejamento ou política torna-se mais difícil de ser implementada ou atender à população quando pensadas para um país como o Brasil, que possui uma população de quase 200 milhões de habitantes e convive com intensas diferenças inter e intra regionais. Com isso, reduzir estas desigualdades se tornou um desafio para os formuladores das políticas, o que trouxe à tona a questão da descentralização.

A descentralização trouxe benefícios inquestionáveis e foi peça fundamental no processo de reforma por que passou nosso sistema de saúde. Estados e, principalmente, municípios passaram a assumir funções e atividades outrora concentradas no nível central.

Com a descentralização, a responsabilidade pela garantia de acesso a determinados grupos de medicamentos foi dividida entre as esferas de governo.

Alguns grupos passaram a ser de responsabilidade do gestor municipal, como os da atenção básica, outros passaram para os gestores estaduais, como os medicamentos excepcionais e outros continuaram sob gerência do Governo Federal, como o Programa Nacional de DST/Aids, através do qual são disponibilizados anti-retrovirais.

Especula-se que a descentralização não foi resolutiva para a questão do acesso aos medicamentos. Um fato que viria corroborar esta hipótese seria o crescente número de processos judiciais impetrados pela população contra o Estado, na tentativa de obter medicamentos. Estes se relacionam principalmente aos medicamentos de alto custo. Entretanto, entre os processos podem ser encontrados também pedidos de medicamentos da atenção básica, que teoricamente deveriam estar sempre disponíveis nas unidades públicas de dispensação³.

Por outro lado, alguns avanços notáveis podem ser destacados, como é o caso da Política de combate à HIV/Aids, que disponibiliza medicamentos gratuitamente para todos que deles necessitam, sendo modelo de política até em âmbito internacional.

Com isso podemos perceber o contraste de políticas de medicamentos geridas pelos diferentes níveis de governo. A descentralização trouxe para os gestores a responsabilidade de todo o ciclo da Assistência Farmacêutica, tarefa esta que envolve atividades de planejamento, organização, coordenação, acompanhamento e avaliação. Mas, aparentemente, estas tarefas não vêm sendo bem executadas por todos os estados e municípios.

A baixa disponibilidade de medicamentos essenciais nas unidades públicas de saúde penaliza predominantemente os indivíduos mais vulneráveis, os de menor renda, que geralmente dependem da obtenção gratuita de medicamentos pelo setor público como única alternativa de tratamento. Além disso, a falta de medicamentos compromete a imagem dos serviços e pode ocasionar internações desnecessárias que oneram o sistema de saúde ainda mais⁴.

Somando-se aos fatos já citados, sabe-se que a compra direta dos usuários representa ainda a principal forma de acesso aos medicamentos. Este fato é corroborado pelos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2003, que demonstra o impacto que os medicamentos ainda causam nos orçamentos familiares, podendo chegar a representar 75% dos gastos com saúde ⁵.

Neste sentido, no ano de 2004, o Governo Federal lançou o Programa Farmácia Popular do Brasil, que surge como uma das medidas adotadas no sentido da ampliação do acesso a medicamentos, tendo como foco populacional a parcela da população que não faz uso do SUS, mas que, entretanto, não possui rendimentos suficientes para o tratamento medicamentoso adequado. Além disso, surge como uma opção pela inovação política, já que institui o esquema de co-pagamento para a aquisição de medicamentos. Esta experiência não é inédita dentro do cenário brasileiro, tendo como precursoras recentes, as experiências de alguns governos estaduais. Entretanto, o Programa se destaca por ser a primeira iniciativa de âmbito nacional, ligada ao Ministério da Saúde, que traz o co-pagamento para medicamentos como estratégia de acesso.

O Programa surge neste momento de questionamento sobre a efetividade da descentralização para a Assistência Farmacêutica e retorna ao modelo de compra centralizada de medicamentos que tem se mostrado eficiente para os Programas sob responsabilidade do Governo Federal. Este garante que o Programa mantenha sua característica de padronização das atividades e produtos em todo o país, além dos ganhos de escala decorrentes de grandes compras.

Existem informações que apontam para o fato de que, em alguns municípios, o percentual das prescrições apresentadas às unidades do Programa, que são provenientes do sistema público de saúde, supera os 50%. Se esta informação puder ser comprovada, o que poderia ser concluído?

Nesta perspectiva, o Programa Farmácia Popular do Brasil pode ser visto como um espelho para a atual situação que caracteriza a questão do acesso a medicamentos em nosso sistema de saúde.

Justificativa

Em vista dos significativos gastos das famílias brasileiras com medicamentos, especialmente as famílias de baixa renda, o Governo Federal resolveu buscar formas de ampliação de acesso. A estratégia vislumbrada visa a faixa populacional não usuária do SUS, mas que não possui rendimentos suficientes para completar um tratamento medicamentoso.

A partir daí o Governo Federal buscou alternativas baseadas em outras experiências, chegando à questão do co-pagamento, que hoje se destaca como uma iniciativa comum em diversos contextos de saúde, mas inédita como política nacional para o Brasil.

O Programa funciona de forma independente e paralela à provisão pública de medicamentos. Entretanto acaba servindo de espelho para a atual situação desta modalidade de provisão, através de algumas características tais como sua lista de medicamentos e a população que efetivamente está utilizando o Programa.

Com isso, algumas evidências geradas pelo Programa poderiam sugerir falhas no processo de provisão pública de medicamentos, que por sua vez poderiam estar relacionados com a descentralização e com a forma como cada município gere seu ciclo de assistência farmacêutica.

CAPÍTULO I

A Descentralização no Âmbito das Políticas de Saúde

A descentralização consiste em um processo de delegação de poderes a entes periféricos do sistema, o que faz com que estes passem a possuir maior grau de autonomia e competências que outrora pertenciam quase que exclusivamente ao nível central.

Segundo Bossert ⁶, a descentralização não pode ser assumida como um fim, mas deve ser utilizada e avaliada por sua habilidade em alcançar objetivos mais amplos na reforma da saúde, como: equidade, eficiência, qualidade e estabilidade financeira, e aponta três elementos-chave do processo:

- a quantidade de poder de escolha transferida do nível central para os níveis periféricos do sistema de saúde;
- que escolhas os agentes locais fazem com seu aumento de poder;
- qual o efeito destas escolhas na performance dos sistemas de saúde.

Os pontos citados são essenciais para se compreender a complexidade das relações e os resultados alcançados no processo. Mas, em seu artigo, o autor faz ainda uma revisão de quatro distintas abordagens utilizadas para se tratar do tema da descentralização.

A **abordagem da administração pública** foca-se na distribuição de autoridade e responsabilidade para os serviços de saúde dentro da política nacional e da estrutura administrativa. Esta abordagem desenvolveu uma tipologia que descreve quatro formas de descentralização:

Desconcentração - transferência de poderes dentro de uma mesma estrutura administrativa.

Delegação - transferência de responsabilidade e autoridade para agências semi-autônomas.

Devolução - transferência de responsabilidade e autoridade do escritório central do Ministério da Saúde para estruturas administrativas separadas, mas pertencentes à administração pública.

Privatização - transferência de responsabilidades operacionais e, em alguns casos, de propriedade, para provedores privados, geralmente através de um contrato que defina o que é esperado em troca dos recursos públicos.

Em todos os casos, a autoridade significativa permanece no centro. A transferência redefine as responsabilidades de forma que o centro retenha o *policy making* e os papéis de monitoração, e a periferia ganha responsabilidades operacionais para a rotina da administração. Um tema central da abordagem da administração pública tem sido a definição dos níveis apropriados das funções descentralizadas, responsabilidades e autoridades.

A **abordagem da escolha fiscal local** foi desenvolvida para analisar escolhas feitas por governos locais utilizando recursos próprios e as transferências intergovernamentais de outros níveis de governo. Esta abordagem assume que governos locais competem uns com os outros e que os governantes fazem escolhas sobre mobilização de recursos, alocação e programas, na tentativa de satisfazer as preferências do eleitor. Esta abordagem foca atenção na tomada de decisão local e desenvolve claras proposições teóricas econômicas para explicar tais escolhas. Usando as assunções da escolha racional, examina os incentivos econômicos e políticos, para os tomadores de decisões locais fazerem escolhas que sejam desejadas pelos cidadãos locais ou pelos governos centrais.

A **abordagem do capital social** foca na explicação do porquê algumas localidades alcançam melhores performances institucionais do que governos de outras localidades. Aplicada ao sistema de saúde, esta abordagem sugere que localidades com longa e profunda história de organizações cívicas fortemente estabelecidas terão melhores performances de governos descentralizados do que localidades sem estas associações. O capital social estaria baseado na densidade das instituições cívicas que cria expectativas gerais e experiências

entre a população local. É este investimento na experiência social que encoraja as pessoas a trabalharem unidas e a desenvolverem expectativas, reforçadas pela experiência de que podem confiar umas nas outras. É este estímulo que encoraja comportamentos que levam a melhores performances em instituições locais.

Em suma, a abordagem sugere que elementos do contexto local podem afetar o funcionamento e a efetividade da descentralização.

A **abordagem do Agente-principal** tem sido usada para analisar escolhas feitas por gerentes de instituições privadas, para analisar transferências federais intergovernamentais para estados, ou para analisar o papel dos governos locais como agentes do governo central e as relações de barganha entre estes níveis de governo, ou até mesmo para analisar a relação provedor-paciente.

A abordagem propõe um dirigente (principal), que pode ser um indivíduo ou uma instituição, com objetivos específicos, e agentes que são necessários para implementar atividades a fim de alcançar tais objetivos.

Estes agentes, ao mesmo tempo em que compartilham alguns dos objetivos dos dirigentes, também possuem interesses próprios, tais como aumentar seus próprios rendimentos ou reduzir o tempo e o esforço que empregam para alcançar os objetivos dos dirigentes. Agentes também possuem mais informações sobre o que estão fazendo, o que lhes dá uma vantagem que pode permitir que persigam seus próprios interesses à custa dos dirigentes. Os dirigentes, por sua vez, podem tentar superar esta assimetria de informação, mas ganhar informações possui custos significantes e pode se tornar impossível. Então passam a tentar atingir seus objetivos através de incentivos que estejam de acordo com os interesses próprios dos agentes. Os dirigentes podem se valer ainda de monitoramentos e punições em vista de fazer com que os agentes implementem ações para atingir seus objetivos.

Essa abordagem nos permite ver o Ministério da Saúde como um dirigente com os objetivos de equidade, eficiência, qualidade e estabilidade financeira, e as autoridades locais como agentes a quem são dados recursos para

implementação de políticas gerais que alcancem estes objetivos. A abordagem nos força a olhar a relação entre o centro e a periferia do sistema e o que as autoridades centrais podem fazer para encorajar as autoridades locais a alcançarem os amplos objetivos das políticas de saúde.

Esta abordagem é vista como a mais completa para se analisar o processo de descentralização, pois foca sua atenção nas relações entre o centro e a periferia. No caso do Brasil, esta abordagem pode ser útil quando tentamos entender a dinâmica estabelecida entre as esferas de governo, onde os municípios passaram a ser os principais agentes do sistema após o processo de descentralização.

Contextualização do Sistema de Saúde Brasileiro

O sistema de saúde brasileiro se apresenta de forma muito peculiar e é resultado de uma construção que vem se desenvolvendo ao longo de décadas. Sua estrutura mudou muito nos últimos anos até que chegássemos à conformação atual, e que, ainda assim, não é completamente estável.

A evolução do sistema de saúde brasileiro possui alguns marcos em sua estruturação. Em 1923 com a Lei Eloy Chaves foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), financiadas de forma tripartite pelos empregados, empresas e governo. Entretanto, como eram organizadas por categorias profissionais, excluía grande parte da população. Ao longo dos anos 30, surgiram ainda os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), autarquias centralizadas no Governo Federal, que eram organizadas por ramos de atividades e que absorveram a maioria das CAP. Até a década de 50, a assistência médica prestada pelas CAP e IAP era a única disponível ⁷.

Nesta época, o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de

vacinação e controle de endemias. Na área da assistência, se limitava a alguns hospitais especializados em doenças transmissíveis e psiquiátricos ⁷.

Problemas como a exclusão de grande parte da população dos serviços de assistência médica levaram a unificação das estruturas dos IAP, culminando com a Lei Orgânica de 1960. Em 1967, com a unificação dos IAP surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e alguns anos depois, houve o desdobramento de outros institutos: Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último ficou encarregado da prestação de assistência médica para todos os trabalhadores formais, independente do ramo ou categoria profissional. Com isso, em vista do aumento da demanda, foi necessário ampliar as instalações de assistência médica da previdência e contratar uma rede maior de estabelecimentos privados que, através de compra e venda de serviços, passaram a integrar a rede de assistência médica do INAMPS ⁸.

Entretanto, a assistência à saúde nestes moldes beneficiava apenas os trabalhadores formais e seus dependentes, o que caracterizou um quadro no país onde se destacavam três categorias: os que podiam pagar pelos serviços, os que tinham direito à assistência prestada pelo INAMPS e os que não tinham direito e nem podiam pagar ⁸.

Ao longo da década de 80 o INAMPS foi ampliando a abrangência de sua clientela, incorporando os trabalhadores rurais e depois deixando de exigir a carteira de assegurado do INAMPS para atendimento nos hospitais próprios e conveniados. Esse processo levou à criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que marcou o surgimento de uma visão mais universalista para a saúde ⁸.

Com a Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde, passou-se a ter a meta formal da cobertura universal de toda população brasileira, nos moldes dos tradicionais sistemas de proteção social existentes nos países europeus que adotaram a via do *Welfare State* ⁹.

O SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo, e garante assistência pública integral para a totalidade da população. Seu financiamento, assim como a prestação de assistência é responsabilidade das três esferas de governo, seguindo os princípios de hierarquização e descentralização descritos anteriormente.

Apesar de ser um sistema de saúde financiado em sua maior parte pelo setor público, através de um sistema de pagamento prospectivo chamado AIH, a estrutura de oferta dos serviços de saúde no Brasil é hegemonicamente privada. Grande parte dos estabelecimentos hospitalares e dos leitos pertence ao setor privado, cabendo ao setor público a responsabilidade dos estabelecimentos ambulatoriais (postos e centros de saúde) especialmente nas regiões mais pobres do país. Com isso, o Estado, apesar de ter cada vez mais as instituições privadas subordinadas à sua regulação, acabou favorecendo a expansão das mesmas, pois passou a ser o grande comprador dos serviços do setor privado ⁹.

No início da década de 90 ocorreu uma forte crise institucional e financeira do setor saúde que gerou uma queda de qualidade e de cobertura do sistema público. Com isso, acentuou-se a tendência de que o SUS passasse a ser visto como um sistema voltado para o atendimento de grupos sociais de menor renda.

Já os grupos sociais de média e alta renda contavam com os sistemas privados de medicina suplementar. Estes são os que desempenham funções de prestação de serviços de saúde não remuneradas pelo setor público. As principais modalidades desse setor são: a medicina de grupo, que funciona como um sistema de pré-pagamento, oferecendo planos de saúde para empresas e famílias de forma semelhante às HMO americanas; as cooperativas médicas, que também oferecem planos de saúde em regime de pré-pagamento, embora tenham estruturas próprias de oferta de serviços baseadas nos médicos cooperados e em hospitais próprios e/ou contratados; os sistemas próprios das empresas (especialmente as de maior porte), também conhecidos como Planos Auto-administrados, que em geral funcionam contratando serviços de saúde em regime de pós-pagamento; e os planos de seguro saúde, que funcionam sob

diversas modalidades, segundo o tipo de cobertura que o cliente deseja, permitindo em alguns casos regimes de livre-escolha ⁹.

A incapacidade do SUS em absorver toda a população teoricamente abriu espaço para a atuação da assistência médica suplementar. Os prestadores privados, subsidiados pelo governo, passaram a desempenhar diferentes padrões de atendimento, diretamente relacionados ao que proporcionavam e ao que a demanda podia pagar ¹⁰.

A prática de a Previdência Social financiar a assistência médica das empresas, só veio crescendo ao longo dos anos. A previdência passou a financiar, mediante convênio, a assistência médica mantida pelas empresas, dispensando-as de parte do recolhimento da contribuição. Com isso, veio arcando ao longo dos anos, progressivamente, com parte cada vez maior dos antigos gastos das grandes empresas com assistência médica a seus empregados ¹¹.

O que podemos perceber é que o sistema de saúde brasileiro acaba sendo um *mix* de modelos. Dentro de sua dinâmica podemos identificar a modalidade institucional-redistributiva de proteção social que se abriga sob o padrão social-democrata de *Welfare State*, através da constituição do SUS e seus princípios. Também podemos identificar características do modelo meritocrático ou corporativo, que vincula estreitamente a ação “protetora” do Estado a contribuições tais como descontos em folha salarial ou pagamento de impostos gerais, o que pode ser claramente identificado na questão das aposentadorias que acabam sendo proporcionais à contribuição individual durante a vida produtiva. E por fim, podemos destacar também características do modelo liberal que tem como maior representante o sistema americano e do qual o modelo brasileiro vem, cada vez mais, se aproximando através do crescente número de planos de saúde privados ¹².

Assim como os demais setores da saúde, as políticas de medicamentos também vieram sofrendo mudanças ao longo das décadas e ocupando um papel de grande destaque dentro das políticas de saúde.

Independentemente das relações público-privadas existentes no país, cabe ao Estado assegurar que determinadas ações sejam executadas. Essas responsabilidades essenciais do Estado incluem execução de políticas, regulação de medicamentos, estabelecimento de padrões profissionais, segurança do acesso a medicamentos essenciais e promoção do uso racional. Essas funções constituem o mínimo pelo qual o estado deve se responsabilizar¹³.

A descentralização no Sistema de Saúde brasileiro

No início dos anos 80, com o início do movimento de reforma sanitária, a crise do financiamento das políticas públicas federais e as pressões de grupos da sociedade quanto ao modelo econômico e político autoritário, fizeram com que emergisse o movimento democrático pela descentralização política, administrativa e fiscal. A descentralização política se fazia necessária para fortalecer o poder e a autonomia dos governos locais. A descentralização administrativa permitiria que estados e municípios assumissem determinadas responsabilidades na execução de políticas públicas, as quais deveriam se aproximar mais das comunidades para as quais eram destinadas. E, finalmente, a descentralização fiscal se dirigia ao aumento da arrecadação própria de estados e municípios, através da elevação das alíquotas dos seus impostos e ao aumento das transferências constitucionais automáticas e negociadas para estas esferas de governo ¹⁴.

O SUS foi implementado e a descentralização passou a reger o Sistema, que se estruturou da seguinte forma ¹⁵:

O nível municipal passou a ser o principal responsável pela provisão das ações e serviços de saúde, particularmente os de atenção básica.

O nível estadual assumiu a responsabilidade pela organização de redes regionais resolutivas, em seu âmbito, pela cooperação técnica e financeira aos municípios e também passou a atuar em caráter complementar, na provisão de serviços, em geral os níveis de maior complexidade. Aquisições de insumos, contratação de serviços ao setor privado e pagamento dos prestadores também

passaram a ser responsabilidade dos gestores estaduais e/ou municipais, conforme o grau de responsabilidade que assumiram ao habilitarem-se às condições de gestão descentralizada do sistema.

Ao nível federal, através do Ministério da Saúde, coube coordenar, em âmbito nacional, o SUS. Passou a ser de sua responsabilidade, além da formulação da política nacional de saúde e da cooperação técnica aos níveis subnacionais em sua implementação, a regulação do sistema público e das atividades privadas em saúde; o registro e controle da qualidade de medicamentos e da qualidade sanitária dos produtos, procedimentos e substâncias de interesse para a saúde; a vigilância sanitária de portos e aeroportos; a formulação e condução da política nacional de produção de insumos e equipamentos e da política nacional de sangue e hemoderivados, bem como a coordenação nacional dos sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica, de informação, controle, auditoria e avaliação do sistema de saúde.

A política descentralizadora contou, no Brasil, com uma forte indução estratégica de centro, realizada através das Normas Operacionais Básicas, que tiveram o papel de instrumentos de regulação do processo de descentralização.

Estas normas, na verdade portarias do Ministério da Saúde, definiram os objetivos e diretrizes estratégicos para o processo de descentralização da política de saúde e contribuíram para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis da Saúde (8.080 e 8.142 de 1990). Trataram de aspectos relativos à divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Além disso, reformularam os papéis e funções dos entes governamentais na oferta de serviços, na gerência de unidades e na gestão do sistema de saúde, instruindo o processo de descentralização e a construção de uma rede resolutiva ¹⁶.

A NOB 1/91 ¹⁷ surgiu trazendo regras para transferências de recursos, para habilitação em níveis de gestão e as responsabilidades dos três níveis de governo. Esta norma, apesar de se apresentar como um instrumento de apoio

ao processo de descentralização recebeu várias críticas no que diz respeito aos critérios de transferência, já que condicionava os repasses à produção, remunerando diretamente os prestadores de serviços e com isso excluindo dos gestores locais a autonomia sobre o manejo dos recursos. Por isso foi encarada como uma medida contraditória, já que parecia ter um caráter recentralizador.

A NOB 1/93 ¹⁸ surgiu em um momento onde pôde ser observado o avanço da municipalização propiciada pela NOB SUS 01/91, além do expressivo envolvimento dos secretários municipais de saúde no direcionamento da política de saúde. Através desta norma foi demonstrado o reconhecimento da necessidade de uma estratégia de transição, para que esta ocorresse de forma gradual, respeitando as particularidades loco-regionais e reconhecendo a importância das relações de parceria entre os gestores como base para a estruturação dos sistemas de saúde. Com isso, introduziu uma escala aos municípios e estados habilitados, segundo níveis de comprometimento e de estrutura administrativa: condição de gestão incipiente, parcial e semiplena. Para ascenderem por estas situações de gestão, os governos locais deveriam assumir as responsabilidades condizentes com cada nível. A habilitação dos municípios na gestão semiplena proporcionou um dos grandes passos do processo de descentralização, pois tornou realidade a questão do repasse fundo a fundo, estreitando a relação no nível federal com o municipal.

O processo de descentralização através da NOB 1/93 foi substituído pela proposta da NOB 1/96 ¹⁹. Esta surgiu com os objetivos estratégicos de ampliação das responsabilidades dos gestores municipais e estaduais, com a indução a mudanças no modelo assistencial, pelo fortalecimento da atenção básica e primária e das ações de saúde coletiva. A NOB 1/96 simplificou o processo de responsabilização reduzindo as condições de habilitação. Foram criadas para os estados duas condições de gestão: avançada e plena do sistema estadual. Para os municípios, as condições de gestão estabelecidas foram: plena da atenção básica e plena do sistema municipal ²⁰.

O aumento do fluxo de transferências fundo a fundo para os municípios que aderissem à municipalização e se enquadrassem em um dos níveis de habilitação criados pelas NOB foi um dos grandes incentivos manipulados pelo Governo Central. A NOB 1/96 criou um conjunto de indutores do modelo assistencial, tais como ¹⁶:

- Piso Ambulatorial Básico (PAB), que era o montante de recursos financeiros destinados ao custeio dos procedimentos da atenção básica de responsabilidade tipicamente municipal: vacinação, consultas médicas, pré-natal e atendimento ambulatorial. O valor das transferências foi calculado multiplicando-se a população do município por um valor *per capita* nacional. O PAB era transferido diretamente, de forma regular e automática, ao município habilitado. Quando o município não era habilitado, o PAB era transferido diretamente ao respectivo estado. Para aqueles municípios que já apresentavam gastos *per capita* superiores ao PAB/*per capita* nacional, a NOB/96 previa um fator diferenciado de ajuste à sua implantação;
- O incentivo à adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS) proporcionou um adicional de transferência intragovernamental por grupo de população. O PSF assegurou um recurso extra por equipe de profissionais da área médica implantada pelo município;
- Fração Assistencial Especializada (FAE) era um montante de recursos definidos pela PPI, aprovada na CIB, referente a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e tratamento fora do domicílio. A FAE era transferida diretamente aos municípios habilitados e fundo a fundo aos estados habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE);
- Índice de Valorização de Resultados sobre as condições de saúde da população, transferidos para os estados;
- Piso Básico de Vigilância Sanitária e Índice de Valorização do Impacto em Vigilância para remunerar serviços produzidos nas ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária e em programas desconcentrados.

Segundo Souza ²¹, a experiência brasileira mostrou que a indução de políticas e recursos federais foram fatores fundamentais para que os governos locais assumissem o papel de provedores de serviços universais, o que pode ser visto na evolução da municipalização da saúde no Brasil, ilustrada na Tabela I.

Tabela I – Evolução da municipalização da saúde no Brasil ²¹

Discriminação	1988	1993	1996	2000
Número de municípios que aderiram à municipalização	-	670	3.127	5.450
Total de municípios	-	-	4.973	5.507
% de municipalização	-	-	62,9	99,0

Por outro lado, o próprio avanço da descentralização evidenciou a necessidade de enfrentamento de um conjunto de problemas, tanto no âmbito da gestão, quanto no que se refere à atenção à saúde. Em relação à gestão, diversos estados enfrentaram dificuldades na assunção das funções de coordenação e de regulação dos sistemas municipais de saúde e das redes intermunicipais de atenção. Além disso, o pequeno porte da maior parte dos municípios brasileiros representou dificuldades no sentido da capacidade de planejamento do sistema.

O reflexo desta situação foi a edição da NOAS 01/2001 ²², que trouxe a importante constatação da existência de milhares de municípios pequenos demais para gerirem um sistema funcional completo. Com isso, surgiu como proposta de ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica de Saúde, definir o processo de regionalização da assistência, criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizar os critérios de habilitação de estados e municípios ²³.

Segundo Viana ²⁴, “os poderes locais tiveram grande influência na estruturação de políticas, levando a formação de modelos singulares de saúde, que obedeceram à lógica e aos interesses de seu locus criador”. O autor destaca alguns pontos importantes para tais conformações: as formas anteriores de gestão e organização dos serviços; os arranjos políticos e as formas de expressão dos interesses no plano regional; o tipo de relacionamento estabelecido entre as esferas de poder – executivo, legislativo e judiciário; o

grau de associacionismo e de capital social criados e desenvolvidos; e, por fim, os perfis de financiamento e gasto local em saúde.

Arretche ²⁵ argumenta que apesar de os governos locais terem assumido a gestão da atenção básica à saúde no Brasil, não havia qualquer garantia intrínseca à gestão local que promovesse responsabilidade, eficiência, acesso universal e patamares equitativos de atenção à saúde. Pelo contrário, a autonomia dos governos poderia até produzir resultados opostos aos esperados. Em sistemas como o SUS, em que a provisão de serviços é feita com base na delegação, os agentes encarregados da execução – no caso do SUS, os municípios – têm suas próprias agendas, as quais podem diferir das prioridades pactuadas nacionalmente. Como têm controle sobre a execução dos serviços, os agentes podem implementar ações compatíveis com suas próprias preferências.

Além disso, as incertezas sobre eficiência e efetividade da descentralização também recaem sobre o problema da reduzida capacidade de controle dos cidadãos / usuários sobre as decisões dos administradores públicos ²⁰.

Com isso, fica claro que o alcance de objetivos a partir da transferência de responsabilidades depende de estratégias indutivas desenhadas para delegar a implementação de uma dada política a outro nível de governo, de forma a superar os obstáculos à descentralização. Mas determinadas decisões tomadas pelo nível local podem influenciar diretamente o alcance de determinados objetivos. Decisões-chave, como a alocação de recursos e fontes de renda, possuem significativa influência na equidade e na estabilidade financeira. Decisões sobre a estrutura organizacional dos serviços também exercem grande impacto na eficiência, qualidade e equidade ⁶.

CAPÍTULO II

A Política de Medicamentos no Brasil

Ao longo das décadas, a questão dos medicamentos traçou uma trajetória própria até que chegássemos à conformação atual. Da mesma forma que o sistema de saúde como um todo também sofreu influências políticas, econômicas e por isso podemos identificar períodos com diferentes características. Ainda hoje sua conformação não é completamente estável e, mesmo após mais de 10 anos da implantação do SUS, ainda se busca uma forma de provisão que consiga atender às necessidades da população de maneira adequada.

No Brasil, podem ser identificados três grandes períodos que traduzem aspectos da tendência política ao longo dos anos. O primeiro é representado pelo alto centralismo do regime autoritário entre as décadas de 60 e 70; o segundo, com caráter descentralizador e orientado para um novo modelo federalista, durante a década de 80; e um terceiro indefinido quanto ao modelo de federação, mas com tendência recentralizadora, a partir da década de 90²⁴, sendo este último o contexto em que se enquadra a temática do presente estudo.

Como parte integrante e importante das políticas de saúde, as questões que permeiam o acesso a medicamentos seguiram as mesmas tendências, com períodos oscilantes entre a centralização e a descentralização.

O primeiro período pode ser representado pela criação da CEME, que pode ser apontada como um dos marcos iniciais no que diz respeito à preocupação com a questão do acesso da população à Assistência Farmacêutica. Duas correntes políticas se apresentavam na oportunidade: uma proposta de controle estatal mais acentuado, originária de segmentos militares de cunho nacionalista e outra que pretendia ampliar a assistência governamental mediante aquisições do setor privado a preços mais baixos. Antes disso, a maioria das políticas voltadas para a área de medicamentos visavam apenas o fortalecimento da produção^{26, 27}.

A seguir é feita uma breve descrição destes períodos e alguns acontecimentos são pontuados para a caracterização da tendência que predominou em cada uma das épocas.

PERÍODO PRÉ-SUS

CEME

A CEME foi criada em 25 de junho de 1971, por meio do Decreto 68.806, como órgão da Presidência da República, destinado a promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos para consumo da população de baixa renda ²⁶.

A partir da publicação de seu Plano Diretor de Medicamentos em 1973, a CEME orientou a intervenção estatal no sentido de desenvolver o sistema oficial de produção de medicamentos, atender às populações de baixa renda e desenvolver a empresa genuinamente nacional²⁸.

A CEME era responsável, também, pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Essa atribuição era uma forma de centralizar as ações de aquisição de medicamentos, evitando desvios de recursos e permitindo a aquisição em larga escala, por preços mais baratos. Deveria atuar, também, como reguladora de mercado, tentando quebrar a dependência do mercado brasileiro às indústrias multinacionais, investindo no desenvolvimento científico e tecnológico de fármacos pela indústria e instituições de pesquisas nacionais ²⁹.

A Central passou por várias fases desde sua criação. Por ser um órgão que estava ligado diretamente à Presidência da República, estaria sujeito às influências das várias correntes ideológicas e dos interesses políticos que predominavam na época. Por isso, desviava-se dos seus objetivos iniciais na medida em que o contexto político se alterava ³⁰.

Em 1975 passou a fazer parte do Ministério da Previdência e Assistência Social e, em 85 passou a ser vinculada ao Ministério da Saúde. Mas desde sua criação, os desvios ocorridos tornaram a CEME uma organização diferenciada

na estrutura do Ministério da Saúde, uma vez que a não implantação de uma política de medicamentos efetiva descaracterizou o seu possível papel como centro de incentivo à pesquisa e como reguladora do mercado ²³.

Mas as deficiências da Central não se limitavam a isso. Entre setembro e dezembro de 1996, foi realizada pela Ciset/MS uma auditoria de missão na Central de Medicamentos que teve como fruto um relatório que acabou por evidenciar um grande número de práticas ineficientes e duvidosas. A distribuição dos medicamentos era feita de forma precária, sem que houvesse por parte da CEME meios que possibilitassem a avaliação real da necessidade estadual e a realização de uma programação anual. Problemas de estoque eram freqüentes e muitos casos passaram a ser notórios da extrema incompetência. Como exemplo houve o caso da sulfadiazina, que para o ano de 96 tinha uma aquisição estimada de apenas 8 caixas, mas no estoque da Central puderam ser encontradas 790 caixas do medicamento ²⁹.

Além disso, no que diz respeito ao fortalecimento da rede oficial de laboratórios, acabou por se desviar deste objetivo, realizando compras de laboratórios privados mesmo quando os preços praticados por estes eram maiores. Além disso, a prática da CEME de comprar medicamentos dos laboratórios oficiais não obedecia nenhum critério lógico quanto ao estabelecimento dos preços ²⁶.

Pelos cálculos da Ciset, se a CEME tivesse um procedimento técnico de estabelecimento de preços, considerando o custo do medicamento para cada laboratório e ainda, aproveitasse a capacidade de produção de todos os laboratórios oficiais, sem comprar por meio da iniciativa privada, poderia ter evitado um gasto de 45 milhões de reais. Quantia que, para a época, pela análise da Ciset, poderia tratar 6.158 pacientes de AIDS, durante um ano ²⁹.

Em 1997, através da Medida Provisória nº 1576 ³¹, a Central de Medicamentos foi desativada. Encerrou-se, com a sua extinção, o ciclo da política centralizada, onde o Governo Federal comprava ou produzia os medicamentos, armazenava e distribuía, aos mais de cinco mil municípios brasileiros, mas resultando em ineficiência do ciclo da assistência farmacêutica.

Entretanto, o fim de um período não exclui a existência de aspectos comuns entre os mesmos. Mesmo durante a vigência da CEME podemos identificar alguns pontos que nos remetem à tendência que entraria em vigor no período seguinte. A criação da Relação Nacional de Medicamentos (Rename) é um exemplo disso. Esta pode ser definida como um instrumento estratégico para a política de medicamentos.

Rename

A Rename foi instituída através da Portaria MPAS nº 233, de 08 de agosto de 1975 ³². Antes disso, em 1973, a CEME determinou, através do seu já citado Plano Diretor, o estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, com 315 medicamentos e 472 apresentações farmacêuticas. Entretanto, foi apenas em 1985 que a Rename foi formalmente aprovada. Em 1989 foi divulgada uma segunda edição, a partir da proposta de inclusão e exclusão de medicamentos ³⁰.

Esta era uma ação vista como estratégica na implantação de um sistema integral de medicamentos, mas que falhou em servir como um instrumento de referência para a organização dos serviços de assistência farmacêutica, já que entre 1983 e 1998 não teve sua atualização mantida ²³.

Desde a década de 70 a OMS tem atuado na formulação de Programas de Medicamentos Essenciais. Para isso sempre pregou a importância da elaboração de listas baseadas em seu conceito de medicamentos essenciais, definidos como aqueles "de máxima importância, que são básicos, indispensáveis e imprescindíveis para atender às necessidades de saúde da população e que devem ser acessíveis em todo o momento, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade..." ³³. A primeira lista-modelo foi proposta pela OMS em 1977 e, desde então, vem sendo submetida a revisões periódicas. No entanto, essa lista-modelo deve ser adaptada à realidade de cada país, segundo a sua própria política no campo da saúde e às características locais,

seja do perfil epidemiológico de sua população, seja da disponibilidade dos medicamentos no seu mercado.

Durante 1982, a CEME fez uma revisão da Rename, incorporou novos medicamentos, chegando a cerca de 420 produtos. Por problemas financeiros do MS, neste mesmo ano, foi feita atualização da relação de medicamentos utilizados em programas de saúde sob responsabilidade desse Ministério, cuja aquisição seria feita pela CEME ²⁶.

Segundo Beremudez ²⁶, as listas de medicamentos padronizadas pela OMS e Rename, no Brasil,

"por um lado demonstram a necessidade de delimitarmos o conjunto de medicamentos a ser objeto de políticas governamentais. Por outro evidenciam a descontinuidade de ações que têm caracterizado a realidade brasileira, pois a todo o momento surgem novas diretrizes quanto à definição dos medicamentos que efetivamente devem ser assegurados pelo Governo Federal à população".

Dentre os principais problemas relacionados à Rename, podem ser destacados³⁰: escassa influência no consumo e na produção de medicamentos. Pesquisa realizada pela CEME em 1986 demonstrou que apenas 63% da classe médica sabiam da sua existência. Destes, a maior parte desconhecia os itens que a compunham; desarticulação entre os diversos componentes do Sistema Único de Saúde (SUS), que não se integravam no sentido de aperfeiçoar e adequar a Rename ao uso no cotidiano; precária infra-estrutura de armazenamento e dispensação de medicamentos, agravada pela escassez de recursos humanos qualificados nas unidades de saúde. Isto conduzia a perdas de medicamentos devido ao controle inadequado dos prazos de validade e das condições de acondicionamento dos produtos; inadequação da programação das necessidades de medicamentos, pois não eram observados parâmetros de morbidade da região; ausência de preocupação governamental em atualizar a Rename, o que dificultou ainda mais sua credibilidade junto aos órgãos produtores e distribuidores de medicamentos.

Independente dos problemas descritos no período, pode-se perceber que a RENAME seria um instrumento em sintonia com a tendência que seria inaugurada no período seguinte, pois representava uma importante ferramenta com a qual os gestores subnacionais poderiam contar na nova empreitada de provisão de medicamentos à população que seria estabelecida pela descentralização.

Farmácia Básica

No ano de 1987, o Ministério da Saúde implementou a Farmácia Básica, que tinha como objetivo racionalizar o fornecimento dos medicamentos para atenção básica de saúde. O projeto se estruturava na disponibilização de módulos-padrão de suprimento de medicamentos que contemplariam o tratamento das condições patológicas mais comuns na população brasileira. Na ocasião, a CEME elaborou uma cesta com 48 medicamentos que depois foi estendida para 60, incorporando alguns medicamentos de uso contínuo, e que deveria cobrir o atendimento de três mil pessoas durante seis meses. O planejamento desses módulos-padrões baseou-se em dados de morbidade e esquemas posológicos das distintas regiões do país ³⁰.

Após sua implantação, 73% dos municípios da época receberam essa farmácia básica. Nos anos seguintes, a execução do programa foi irregular, registrando-se, em 1989, cerca de 50 milhões de pessoas beneficiadas ³⁰.

Ainda que tenham sido consideradas as diversidades regionais, o elenco único de medicamentos para todo o país, aliado a deficiências no planejamento, teve como resultado uma distribuição irracional já que a diversidade de perfis epidemiológicos entre as regiões gerou situações como a falta de alguns medicamentos e o excesso de outros, acarretando um enorme desperdício. Essa falta de planejamento na produção e distribuição dos medicamentos, associada às discontinuidades nos anos posteriores, impediu que este programa tivesse o alcance esperado ³⁰.

PERÍODO SUS

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal do Brasil, foi encerrado o antigo modelo de federalismo. Nesse período a noção de democracia passa a ser fortemente vinculada ao conceito de descentralização²⁴.

A saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do Estado, cabendo a este o papel de assegurar a saúde de forma universal, integral e equânime, incluindo-se aí a assistência farmacêutica¹⁵.

A partir daí, preceitos como a descentralização das políticas de saúde vieram à tona e embasaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), abrindo caminhos para um novo sistema e iniciando o processo de extinção definitiva da CEME e suas práticas centralizadoras.

Através da Lei nº 8.080, a Lei Orgânica da Saúde de 1990, o SUS é definido em seu artigo 4º: “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS”¹⁵. Essa Lei ainda estabelece no seu artigo 6º, a inserção da Assistência Farmacêutica como uma das responsabilidades do SUS, quando inclui no seu campo de atuação ações de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica.

Com o início da era SUS no Brasil houve a substituição de um modelo de assistência à saúde baseado no princípio contributivo e centralizado por um modelo universal em que o acesso gratuito aos serviços e ações de saúde é respaldado e garantido por lei, em todos os níveis de complexidade de maneira hierarquizada e descentralizada²⁵.

Uma das diferenças mais marcantes em relação ao período anterior diz respeito à descentralização das ações de saúde. Como já descrito anteriormente, a partir da criação do SUS estados e municípios passaram a ser os grandes gestores destas atividades, incluída aí a provisão de medicamentos.

Em vista dessa nova realidade a assistência farmacêutica teve que ser revista a fim de se alinhar com as novas diretrizes da saúde. Com isso, um novo e importante capítulo da política de medicamentos foi escrito. Este iniciou-se com a implementação de uma série de estratégias de fomento ao acesso a medicamentos, culminando com a edição da Política Nacional de Medicamentos em 1998.

Programa Farmácia Básica

Baseado na experiência de 1987, o Governo lançou, dez anos depois, o Programa Farmácia Básica. Além disso, inspirou-se também na experiência recente de três estados brasileiros: Paraná, São Paulo e Minas Gerais, que desenvolveram programas próprios de distribuição de medicamentos para a atenção básica. Também funcionava através de um módulo padrão de suprimento distribuído uniformemente entre os municípios selecionados, composto por itens de uso mais generalizado, em quantidades calculadas para a cobertura das necessidades de 3.000 pessoas, no período médio de 3 meses. Foram selecionados medicamentos que permitissem o tratamento eficaz e o menor custo das doenças mais comuns que afetavam a população brasileira ³⁰.

Em conflito com a nova tendência descentralizadora, e seguindo a experiência anterior, o Programa foi formulado ainda de maneira centralizada, também com um elenco fixo para todo país, sem levar em conta as particularidades regionais ou qualquer planejamento que evitasse problemas como os referentes à reposição de estoque e compras desnecessárias de medicamentos ³⁴.

Alguns pontos podem ser identificados como responsáveis pelo insucesso do Programa, tais como falhas no processo de articulação com as esferas estaduais, o despreparo dos serviços de saúde que recebiam os medicamentos e com isso a utilização irracional dos mesmos. A partir dessa experiência evidenciou-se a necessidade de uma programação bem definida, onde cada Estado fosse capaz de implementar políticas claras em conjunto com seus municípios ³⁴.

Política Nacional de Medicamentos

Em 30 de outubro de 1998, o Ministério da Saúde regulamentou a Política Nacional de Medicamentos (PNM), através da Portaria GM nº 3.916 de 30 de outubro de 1998 ³⁵, consoante à nova estrutura de saúde estabelecida para o país. Foi também a primeira política setorial no campo da saúde elaborada no Brasil.

Esta, seguindo os preceitos da OMS, estabeleceu bases, diretrizes e prioridades para o setor farmacêutico.

Suas diretrizes são:

- adoção de uma lista/relação de medicamentos essenciais (Rename)
- regulação sanitária de medicamentos
- reorientação da Assistência Farmacêutica
- promoção do uso racional dos medicamentos
- desenvolvimentos científico e tecnológico
- promoção da produção de medicamentos
- garantia da qualidade, eficácia e segurança
- treinamento e desenvolvimento de recursos humanos

As prioridades definidas foram:

- revisão permanente da Rename
- assistência farmacêutica;
- promoção do uso racional de medicamentos – URM
- organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos

A partir da edição da Política Nacional de Medicamentos no Brasil várias ações passaram a ser executadas com vistas a efetivamente se implementar uma política de medicamentos que fosse resolutiva e que realmente atendesse às reais necessidades do setor e da população. Como marcos podem ser destacados alguns exemplos:

Revisão da Rename

Como já citada anteriormente, a Rename foi idealizada como um importante instrumento para a concretização de uma política eficaz de medicamentos essenciais. Entretanto, a falta de atualizações desta lista no Brasil, deixou uma lacuna de 16 anos entre a última revisão e a seguinte, que ocorreu quase que simultaneamente à promulgação da Política Nacional de Medicamentos. Nesta Revisão, ocorrida em 1998, conferiu-se ênfase à avaliação de segurança e eficácia, além de considerar a disponibilidade dos produtos no mercado interno³⁶.

Após esta revisão houve outra em 2002. Esta revisão utilizou-se das diretrizes propostas pela OMS para elaboração de listas modelos, especialmente eficácia e segurança, além de outros critérios como a disponibilidade dos produtos no mercado nacional. A versão de 2002 obedeceu à portaria GM nº 131/2001 e resultou da avaliação de cerca de 400 pedidos de alterações feitos por diversos representantes da área de saúde. O processo de revisão resultou na inclusão de 50 produtos e na exclusão de 19 da lista anterior³⁷.

No ano de 2006 foi lançada a mais recente edição da lista, que é, atualmente, atualizada na página *web* do Ministério, tendo a próxima edição impressa prevista para 2008. A nova Rename se apóia nas estratégias 2004-2007 da Organização Mundial da Saúde (OMS), que adota a atualização da lista modelo de medicamentos essenciais a cada dois anos. Além disso, concretiza a recomendação da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em 2003, que aprovou a revisão periódica e a implementação da Rename, no Brasil, de forma a garanti-la como instrumento facilitador do uso racional de medicamentos e da organização da assistência farmacêutica, concebida como parte integrante da Política Nacional de Saúde e envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. A Revisão se baseou em análise sistemática dos fármacos que compunham a lista de 2002 e das sugestões encaminhadas ao Ministério da Saúde³⁸.

Criação da Anvisa

Seguindo a lógica de reorganização do papel do Estado foi possível a criação de pessoas administrativas que, munidas de autonomia, passaram a executar tarefas em nome dos entes administrativos. Esse foi o caso da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa em 1999. Esta, como uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, se caracteriza pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira. Tem como principal finalidade promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados. Exerce também o controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras e a interlocução junto ao Ministério das Relações Exteriores e instituições estrangeiras para tratar de assuntos internacionais na área de vigilância. Dentro de suas incumbências está também a edição de normas que regulamentem o setor, além do registro de produtos de interesse para a saúde³⁹.

Reorientação da Assistência Farmacêutica no SUS 1999-2005: descentralização e financiamento

O processo de descentralização da assistência farmacêutica foi iniciado através da NOB 96, já citada anteriormente. Esta Portaria conseguiu retirar as políticas de medicamentos de um cenário isolado e trazê-las para dentro do pacote das demais políticas de saúde.

Entretanto, a partir da edição da Política Nacional de Medicamentos, tornou-se imprescindível a adoção da assistência farmacêutica em seu sentido mais amplo e que segundo a norma, é definida como:

“Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas às ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento, e a avaliação da utilização, a obtenção e a

difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais da saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos”³⁵.

Dentro desta nova realidade, a premissa básica da assistência farmacêutica seria a descentralização da aquisição e da distribuição dos medicamentos essenciais para o nível municipal, mas sem isentar as outras esferas administrativas de suas responsabilidades²⁷.

A Política Nacional de Medicamentos definiu estas responsabilidades. Coube ao gestor federal organizar e desenvolver ações de implementação da Política, cabendo a esta esfera apenas a aquisição de medicamentos em condições especiais, tais como: problemas que representem agravos de saúde pública que atinjam as comunidades e cuja estratégia de controle se concentra no tratamento de seus portadores; doenças de caráter individual que, apesar de atingirem um pequeno grupo de pessoas, requerem tratamento longo ou permanente, com uso de medicamentos com custo elevado; e doenças cujo tratamento envolva o uso de medicamentos não disponíveis no mercado. Ao gestor estadual coube realizar as ações da Política Nacional de Medicamentos em nível estadual e de suporte técnico aos municípios, além da aquisição e dispensação dos medicamentos excepcionais, com posterior reembolso do gestor federal. E, finalmente, a esfera municipal deve assumir o papel de executora das ações de Assistência Farmacêutica, ficando sob sua competência a dispensação dos medicamentos de atenção básica e essenciais aos usuários do SUS³⁵.

a) Atenção básica

Como marco para a descentralização da Assistência Farmacêutica, a portaria nº 176 de 08 de março de 1999 estabeleceu os critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e definiu os valores que deveriam ser transferidos aos entes sub-nacionais⁴⁰. O Governo Federal deveria contribuir com o valor de R\$ 1,00 por habitante/ano e governos estaduais e municipais somados deveriam garantir a

contra partida mínima de R\$ 1,00 por habitante/ano. A forma de pactuação entre estado e seus municípios deveria ser definida na CIB, por meio de resolução e encaminhada ao gestor federal.

Esta portaria trouxe a formalização do incentivo à assistência farmacêutica básica, um mecanismo de financiamento compartilhado pelas três esferas de governo e de aquisição descentralizada de um elenco mínimo de medicamentos. Tal medida representou claramente uma indução do Governo Federal aos entes subnacionais para que se cumprisse o compromisso da provisão pública de medicamentos básicos à população.

Além disso, a CIB teve a incumbência de aprovar uma relação de medicamentos básicos para os municípios do respectivo estado, destinados ao atendimento de doenças prevalentes na Atenção Básica. As programações de medicamentos para atenção básica de municípios e estados deveriam ser integradas. Além disso, os valores pactuados deveriam ser usados exclusivamente para aquisição de medicamentos básicos.

A partir dessas propostas de reorientação da AF em âmbito nacional, os estados junto com os municípios, em 1999, na tentativa de racionalizar os custos e ao mesmo tempo atender a demanda com medicamentos essenciais destinados à Atenção Básica, priorizaram estratégias de elaboração de Planos Municipais de Assistência Farmacêutica Básica (PMAFB) e criação de um Consórcio para aquisição de medicamentos básicos ⁴¹.

Entretanto, esta forma de financiamento, que se baseava nos incentivos dados aos entes subnacionais para o cumprimento das ações de saúde, acabou sendo muito criticada, exatamente pela fragmentação que causava nos recursos destinados ao setor.

Em 2005 ocorreu uma grande mudança com a centralização dos recursos em grandes blocos de transferência, o que foi instituído com a Portaria MS/GM 1105 de 12 de agosto de 2005 e com a Portaria MS/GM 2084 de 28 de outubro de 2005. Estas introduziram mudanças nos mecanismos de financiamento da Assistência Farmacêutica através da reorganização dos grupos de

medicamentos de acordo com ações e Programas de Saúde ^{42, 43}. A primeira revogava a Portaria 176/99 e definia o elenco mínimo obrigatório (EMO) de Medicamentos para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, constituído pelo componente centralizado, sob responsabilidade do MS e pelo componente descentralizado, de responsabilidade dos entes subnacionais, além disso, define o financiamento para a AFB, o incentivo mínimo dos entes federal e subnacionais e as pactuações.

Já a Portaria MS/GM 2084/05, revoga a anterior e avança, no sentido de detalhar as formas de financiamento da AFB e definido os elencos como estratégicos, chamados de “centralizados” na 1105/05, e divididos em vários sub-grupos correspondentes aos Programas da AB (hipertensão e diabetes; asma e rinite; saúde da mulher; alimentação e nutrição; combate ao tabagismo) e engloba medicamentos e produtos cuja responsabilidade pelo financiamento e aquisição são do Ministério da Saúde ⁴³.

O componente descentralizado corresponde a medicamentos cujo financiamento é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e a aquisição é de responsabilidade dos estados, municípios e Distrito Federal, conforme pactuação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite. Estes medicamentos incluem o Elenco Mínimo Obrigatório (EMO) e outros medicamentos destinados à atenção básica, selecionados e pactuados nas CIB.

Esta portaria estabeleceu também a possibilidade de descentralização dos recursos financeiros para aquisição dos medicamentos que compõem os grupos do Componente Estratégico, mediante pactuação na CIT e, posteriormente, nas CIB ⁴³.

Em outubro de 2005, em reunião da CIT, ficou pactuada a possibilidade de descentralização dos recursos do componente estratégico para compra dos medicamentos dos grupos Hipertensão e Diabetes (HD) e Asma e Rinite (AR), de acordo com decisão das CIB. Entretanto, o Ministério da Saúde manteve centralizadas as aquisições dos medicamentos dos programas para Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo, além da Insulina NPH

humana, para diabetes. Na época, os argumentos apresentados pelo MS, como justificativa para manutenção da compra centralizada dos medicamentos correspondentes aos grupos acima foram ⁴⁴:

- o fato de alguns medicamentos e insumos serem de difícil aquisição, exigindo estrutura para gerenciar os procedimentos de compra e negociação, como os contraceptivos;
- alguns medicamentos e insumos terem sua distribuição definida em função da organização dos serviços (combate ao tabagismo);
- produção feita por Farmanguinhos (sulfato ferroso);
- aquisição já estar encaminhada no período para o qual estava prevista a pactuação da descentralização.

Mais recentemente, através da Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006, o Governo Federal redefiniu a Política Nacional de Atenção Básica, com a reorganização de seus serviços dentro do âmbito do SUS e consolidando o Programa Saúde da Família como estratégia principal para se atingir as metas da Atenção básica no país ⁴⁵.

No âmbito das ações da Atenção Básica podemos identificar algumas estratégias através das quais são disponibilizados medicamentos:

Programa Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA): distribuí medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais de Saúde para a implantação de programas de controle e prevenção da hipertensão arterial e diabetes mellitus ⁴⁶.

Insulina: O medicamento Insulina Humana NPH compõe o Grupo de Medicamentos de Hipertensão e Diabetes, no entanto os recursos para sua aquisição não foram considerados no valor estabelecido para o grupo e sua execução permanece sob responsabilidade do Ministério da Saúde ⁴⁷.

Programa Saúde da Mulher: distribuí um Kit básico contendo métodos anticoncepcionais para localidades que tenham aderido ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Para municípios com

população igual ou superior a 50.000 habitantes que possuam unidades de saúde mais complexas e também tenham aderido ao PHPN se inclui o Dispositivo Intra-uterino – DIU ⁴⁸.

Programa Nacional de Controle do Tabagismo: dentro do escopo de ações do Programa Nacional são disponibilizados medicamentos para tratamento do tabagismo, quando necessários. Esse apoio é oferecido aos fumantes que apresentarem um alto grau de dependência física à nicotina, e tem como finalidade reduzir os sintomas da síndrome de abstinência da nicotina. Tais medicamentos são: adesivo transdérmico de nicotina, goma de mascar de nicotina e cloridrato de bupropiona ⁴⁹.

Programa Nacional Alimentação e Nutrição: visa o combate às carências nutricionais e tem em sua relação medicamentos como Ácido Fólico, Sulfato Ferroso e Vitaminas ⁵⁰.

Asma e Rinite: o Ministério da Saúde lançou o Protocolo da Asma e da Rinite. O documento se propõe a capacitar profissionais de saúde para o correto diagnóstico e tratamento da asma e rinite alérgica. Entre os medicamentos encontram-se a beclometasona, prednisona e salbutamol ⁵¹.

Programa Farmácia Penitenciária: foi desenhado para atender às necessidades da população carcerária do país. Disponibiliza um “Kit de Medicamentos da Farmácia Penitenciária” que contém um elenco de itens adequados aos fatores de risco dessa população (DST/Aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, hipertensão arterial e diabetes mellitus) ⁵².

Programa de Saúde Mental: disponibiliza um elenco de medicamentos (anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, hipnóticos, ansiolíticos, medicamentos para tratamento de transtornos obsessivo-compulsivos e de pânico, antipsicóticos, antidepressivos e antimaníacos), que são financiados pela União e pelos Estados, na proporção de 80% e 20%, respectivamente, adquiridos pelos Estados ou pelos municípios e distribuídos apenas nas unidades da rede pública de atenção ambulatorial de saúde mental ⁵³.

b) Programas estratégicos

Estes programas são responsáveis pela disponibilização de medicamentos considerados estratégicos para se atingir determinadas metas epidemiológicas. São de responsabilidade do Ministério da Saúde, com sua compra ocorrendo de forma centralizada. A medida tomada no caso destes medicamentos pode ser atribuída aos ganhos proporcionados pela compra em escala, ou mesmo para padronização dos tratamentos. Estes programas são:

Programa Nacional de DST/Aids: através deste programa o Ministério da Saúde, com a Coordenação Nacional de DST/Aids, garantiu o acesso a medicamentos a todos os portadores de HIV inscritos. O Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade de aquisição dos medicamentos anti-retrovirais (ARV) e a distribuição dos mesmos ficou a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde. Além disso, estados e municípios assumiram a aquisição e distribuição dos medicamentos para tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e infecções oportunistas ao vírus HIV⁵⁴.

Tuberculose: O Ministério da Saúde definiu a Tuberculose como prioridade entre as Políticas Governamentais de Saúde, estabelecendo diretrizes para as ações e fixando metas para o alcance de seus objetivos. O Plano Nacional de Controle da Tuberculose orientou ações de controle da doença, objetivando que os doentes fossem diagnosticados e tratados conforme os protocolos terapêuticos preconizados pela OMS e Ministério da Saúde⁵⁵.

Hanseníase: O Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase visa alcançar a eliminação da doença como um problema de saúde pública atingindo a taxa de prevalência de menos 1 doente a cada 10.000 habitantes⁵⁴.

Endemias Focais: as Endemias Focais são enfermidades que mantêm suas incidências constantes e coletivas durante um longo período do ano em determinadas regiões do país. O Programa tem como objetivo auxiliar estados e municípios em ações de prevenção e controle das seguintes endemias: Malária,

Cólera, Leishmanioses, Doença de Chagas, Tracoma, Dengue, Peste, Filariose e Esquistossomose ⁵⁴.

Imunobiológicos: através do Programa Nacional de Imunizações, os imunobiológicos são disponibilizados para assegurar metas das campanhas nacionais de imunização e para as vacinações de rotina ⁵⁴.

Sangue e Hemoderivados: Tem como programas prioritários a atenção integral aos pacientes portadores de hemoglobinopatia (anemia falciforme e talassemias); a atenção integral aos pacientes portadores de coagulopatias (as hemofilias) ⁵⁴.

c) Medicamentos utilizados na assistência hospitalar e oncológica

Os usuários do sistema público de saúde que utilizam estabelecimentos hospitalares têm direito aos medicamentos necessários aos tratamentos a que são submetidos. Esses medicamentos são incluídos nas contas hospitalares (AIH) de cada paciente. A disponibilização de antineoplásicos é regulamentada através de portarias ministeriais 3.535 e 3.536 de setembro de 1998, que definem procedimentos para implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACONs ^{56, 57}.

d) Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

Este Programa garante o acesso à assistência farmacêutica a pacientes portadores de patologias raras e às que envolvem tratamentos de alto custo ou de longa duração. Os medicamentos são adquiridos pelos estados (segundo procedimentos específicos definidos em protocolos) e financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) ⁵⁸.

Pacto pela Saúde

A partir de 2006, o Pacto pela Saúde passou a prever a alocação de recursos federais para o SUS de forma diferente. Para isso foram instituídos cinco Blocos de Financiamento ⁵⁹:

A) Bloco da Atenção Básica

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, e como já havia sido estipulado pela Portaria GM 2084/05, os recursos são divididos entre dois componentes: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável.

O Piso de Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros, que agregam as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde; e os recursos financeiros são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal. Os valores vigentes atribuem R\$ 1,65 habitante/ano como recursos provenientes do Governo Federal. Já aos estados e municípios cabe assegurar, cada um, R\$ 1,00 habitante/ano, como contrapartida mínima.

Já o Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável consiste em um montante financeiro destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em Saúde e é destinado ao financiamento das seguintes estratégias:

- Saúde da Família
- Agentes Comunitários de Saúde
- Saúde Bucal
- Compensação de Especificidades Regionais
- Fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas
- Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário

Além disso, o PAB Variável da Assistência Farmacêutica e da Vigilância em Saúde passaram a compor os seus Blocos de Financiamento respectivos.

B) Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade

O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC se destina ao custeio de procedimentos, tais como: procedimentos regulados pela CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade, transplantes, ações estratégicas emergenciais, novos procedimentos (até a formação de série histórica para a devida agregação ao MAC).

C) Bloco da Vigilância em Saúde

O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por dois componentes: da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e o componente da Vigilância Sanitária em Saúde.

D) Bloco da Assistência Farmacêutica

O financiamento federal da aquisição de medicamentos, assim como de todas as ações e serviços de saúde, está atualmente regulamentado pela Portaria GM nº 204 de 29 de janeiro de 2007⁶⁰. Esta portaria organizou e categorizou os recursos para a compra desses produtos no Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica. Este bloco foi dividido em três componentes: Básico, Estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional. Constitui assim, a mais recente nomenclatura para os blocos de financiamento de medicamentos no SUS.

1) O Componente Básico é composto de uma Parte Fixa e de uma Parte Variável, sendo:

- Parte Fixa um valor com base *per capita* para ações de assistência farmacêutica para a Atenção Básica, transferido a municípios, Distrito Federal e estados, conforme pactuação nas CIB e com contrapartida financeira dos estados e dos municípios.
- Parte Variável: valor com base *per capita* para ações de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Seus recursos podem ser descentralizados a

estados, Distrito Federal e municípios ou permanecer, excepcionalmente, com sua execução centralizada no Ministério da Saúde, em situações específicas pactuadas na QT. A descentralização dos recursos da Parte Variável do Componente Básico, para estados e municípios acontece de acordo com a implementação e organização dos serviços farmacêuticos em suas respectivas redes de forma que possam responder às novas responsabilidades e que os serviços de saúde dos programas específicos estejam implementados.

2) Componente da Assistência Farmacêutica Estratégica, o financiamento permaneceu como responsabilidade do Ministério da Saúde, para o custeio de medicamentos e insumos de programas de saúde estratégicos: a) Controle de endemias, (Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional); b) Anti-retrovirais do programa DST/Aids; c) Sangue e Hemoderivados; d) Imunobiológicos. Os recursos deste Componente permanecem executados pelo Ministério da Saúde, sendo os estados e municípios os responsáveis pelo armazenamento e dispensação dos medicamentos e insumos distribuídos.

3) O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional consiste em financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação excepcional, para tratamento de patologias que compõem o Grupo 36 – Medicamentos da Tabela Descritiva do SIA/SUS. A responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional é do Ministério da Saúde e dos estados, conforme pactuação, e a dispensação, responsabilidade dos estados.

E) Bloco de Gestão do SUS

O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS.

Compra pública de medicamentos no Brasil

A aquisição de medicamentos é uma questão crucial dentro das responsabilidades da gestão da Assistência Farmacêutica. Para tanto, os gestores precisam estar aptos a desenvolver todas as atribuições envolvidas no processo para que ao fim tenha-se adquirido um medicamento com bom preço, de boa qualidade e de forma necessária a suprir a demanda ⁴⁷.

Nesse sentido, gestores enfrentam problemas rotineiros que geram ineficiências no ciclo da Assistência Farmacêutica, tais como ⁴⁷:

- Falta de organização e estruturação dos serviços farmacêuticos
- Demora no processo de aquisição
- Compras freqüentes, em pequenas quantidades, segmentadas, em regime de urgência, por vale e outras
- Falta constante de medicamentos
- Falta de eficiente sistema de controle e de informação
- Falta de planejamento e avaliação

As aquisições de medicamentos pelo MS são realizadas por meio de licitações, modelo regido pela Lei 8.666/93, que estabelece os procedimentos administrativos e legais para aquisição, venda ou contratação na Administração Pública ⁶¹.

Com intuito de auxiliar os gestores subnacionais o Governo veio, ao longo dos últimos anos, buscando formas de tornar o processo mais eficiente, o que se deu através da capacitação de gestores ⁶².

Cabe destaque a uma iniciativa que teve como intuito a otimização das compras públicas realizadas pelos entes subnacionais. O Registro Nacional de Preços de Medicamentos e Correlatos, que é um sistema de aquisição de medicamentos e correlatos por licitação na modalidade concorrência onde os participantes apresentam os seus preços para registro. Aquele que atender às condições solicitadas no edital e possuir o menor preço será o vencedor. Os demais participantes que concordarem em baixar os seus preços poderão registrá-los no mesmo valor do vencedor, desde que o primeiro colocado não cote a totalidade

do item. Estados, Municípios, Distrito Federal e órgãos vinculados a estas esferas de governo e ao Ministério da Saúde podem comprar os produtos aos preços registrados sem necessidade de licitação, utilizando a Ata de Registro de Preços homologada pelo Ministério da Saúde, o que torna o procedimento de aquisição mais ágil ⁶³.

A iniciativa foi expandida também para a aquisição de medicamentos excepcionais, sendo caracterizada como mais uma opção de compra para as secretarias de saúde. Entretanto, recente estudo evidenciou, além de problemas relacionados ao próprio sistema, baixa adesão à iniciativa, configurando-a como uma ferramenta subutilizada pelos gestores de estados e municípios ⁶⁴.

Gastos Federais com medicamentos

Os gastos do Governo Federal com medicamentos vêm evoluindo ao longo dos anos como pode ser visualizado na Tabela II.

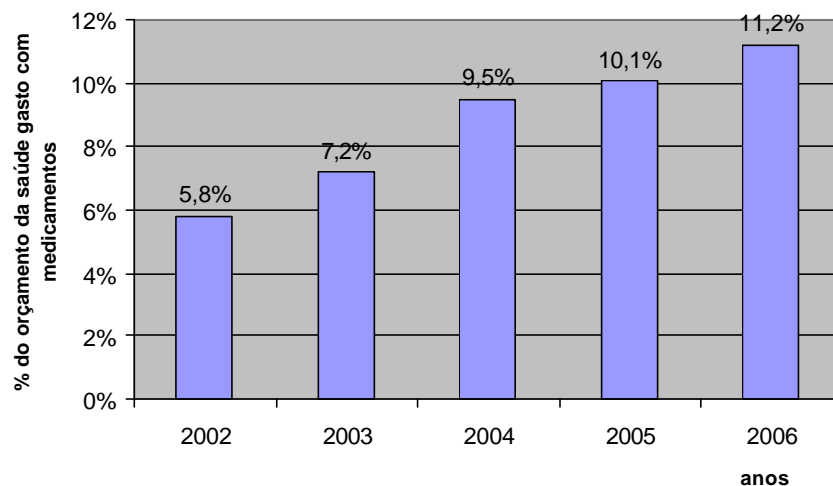
Tabela II – Principais gastos do MS com medicamentos (R\$ correntes) 2003 – 2007 ⁶⁵

Ações	2003	2004	2005	2006	2007
Medicamentos Estratégicos	231.584.000	790.309.000	681.000.000	690.000.000	721.050.000
Medicamentos Básicos	176.800.000	248.542.800	228.020.000	290.000.000	315.000.000
Medicamentos Excepcionais	516.000.000	813.833.000	1.147.422.000	1.355.000.000	1.580.000,000
Total	1.912.384.000	3.057.110.000	3.379.442.000	4.144.000.000	4.663.000.000

Entre os anos de 2003 e 2007, houve um aumento de 144% no volume monetário destinado à compra de medicamentos. Para todos os períodos, o grupo responsável pelo maior volume de gastos foi o relativo aos medicamentos para programas estratégicos, entre estes o programa de DST/Aids. Isto pode ser atribuído tanto ao alto preço destes medicamentos, como também à pressão exercida pelo grupo beneficiado pelo tratamento. Já os medicamentos da Atenção Básica foram os que demandaram menor volume de gastos entre os grupos. Entretanto, cabe ressaltar que estes gastos referem-se apenas aos gastos do Governo Federal, e não entram neste cálculo os gastos realizados por estados e municípios. A falta de informação sobre o gasto desagregado não nos

permite saber o real montante despendido, que na realidade é maior que o apresentado na tabela acima.

Gráfico I – Gasto do MS com medicamentos em relação aos gastos totais em saúde 2002 – 2006 ⁶⁵



Através do Gráfico I fica evidente que o impacto causado com a aquisição de medicamentos pelo Governo vem aumentando ao longo dos anos, chegando a representar 11,2% dos gastos do Ministério da Saúde em 2006.

Este incremento nos gastos pode ser interpretado, além de outros fatores, como um esforço do Ministério da Saúde em ampliar o acesso da população aos medicamentos. Esforço este que também pode ser enxergado na criação do Programa Farmácia Popular do Brasil em 2004. Este, com a proposta do copagamento, surge em meio ao cenário de aumento nos gastos com medicamentos e maior preocupação com o acesso da população aos mesmos.

O Programa Farmácia Popular do Brasil

As questões que envolvem a política de assistência farmacêutica do Governo Federal passaram por diversas mudanças ao longo das décadas até que chegássemos à conformação atual. Nos últimos anos observamos diversos avanços no que diz respeito à provisão de medicamentos pelo Governo Federal.

Um exemplo disso são os anti-retrovirais, distribuídos gratuitamente para todos que deles necessitam. Em contraste, observamos também dificuldades relacionadas aos medicamentos da Atenção Básica. O acesso a esse elenco ainda é um grande desafio ao bem-sucedido funcionamento do SUS.

Apesar de todos os esforços realizados nas últimas décadas no intuito de se ampliar o acesso da população aos medicamentos, aparentemente o sistema público não tem conseguido atender a 100% das necessidades da população que a ele recorre.

Nos últimos anos, as discussões que cercam as possibilidades para um sistema de saúde mais resolutivo trouxeram à tona questões como o co-pagamento. Segundo Vianna ⁶⁶, esta iniciativa poderia ser cogitada frente à diversidade de situações encontradas no Brasil, mas deveria dispor de critérios tais como a seletividade no que diz respeito à renda dos usuários e a livre escolha de cada comunidade, no que diz respeito à adoção ou não da iniciativa.

CAPÍTULO III

Financiamento da assistência farmacêutica

A questão do financiamento para compra de medicamentos é um dos itens mais cruciais dentro da maioria dos sistemas de saúde. Isso porque os gastos com medicamentos representam um grande impacto tanto para os governos quanto para os indivíduos.

O financiamento não deve ser visto apenas como uma função dos governos. Este ocorre como uma função institucional, pública ou privada e também de maneira individual ou familiar, por isso seu acesso vai depender em muito das rendas familiares e do aporte financeiro empenhado pelas instituições ⁶⁷.

Em muitos países em desenvolvimento, os medicamentos representam o maior gasto em saúde das famílias e na maioria dos países, dentro dos gastos com saúde, os gastos públicos em produtos farmacêuticos ocupam o segundo lugar, ficando atrás apenas dos gastos com pessoal ⁶⁸.

Dados de estudos seqüenciais demonstram que os gastos das famílias brasileiras com medicamentos continuam sendo altamente impactantes. Principalmente para as classes de menor rendimento, onde estes gastos podem atingir até 73% dos gastos com saúde, como pode ser observado na Tabela III.

Tabela III – Gastos com medicamentos de acordo com a faixa de renda e a situação de domicílio no Brasil, 2003 ⁵

Tipo de Despesa	Faixa de renda (R\$) por situação de domicílio									
	Urbana					Rural				
	Até 400	Mais de 600 a 1000	Mais de 1200 a 1600	Mais de 2000 a 3000	Mais de 6000	Até 400	Mais de 600 a 1000	Mais de 1200 a 1600	Mais de 2000 a 3000	Mais de 6000
Assistência à Saúde	19,95	46,88	78,06	133,77	498,16	15,32	39,59	71,36	110,13	229,31
Medicamentos	14,64 (73,4%)	27,65 (59%)	39,17 (50%)	52,97 (68%)	117,52 (23,6%)	12,74 (83%)	25,99 (65,6%)	38,92 (54,5%)	52,08 (47,3%)	68,37 (30%)

A cada dia, o advento de novas tecnologias proporciona o surgimento de novos medicamentos, muitos revolucionários, outros apenas cópias “perfumadas” de formulações já existentes. Por força do marketing das empresas, acabam se difundindo no mercado e tornando-se uma nova demanda do segmento.

Somado a isto, o envelhecimento das populações e o conseqüente aumento da incidência de doenças crônicas, além da emergência de novas doenças, provocam o constrangimento das finanças para aquisição de medicamentos.

O financiamento de medicamentos pode ser feito através de diversas possibilidades, mas basicamente dividem-se entre público e privado, como pode ser bem visualizado na Tabela IV.

Tabela IV – Sistemas de financiamento e distribuição de medicamentos ¹³

Distribuição / Financiamento	Público	Privado
Público	(1) Financiamento público para a distribuição em unidades públicas	(2) Seguros de saúde que fazem reembolso ou contratam sistemas de distribuição
Privado	(3) Cobrança de taxa em serviços prestados por unidades públicas	(4) Sistemas totalmente privados

(1) Totalmente público – os recursos do governo financiam os medicamentos e a disponibilização destes é feita através de uma rede própria de serviços de saúde. Em caso de recursos limitados, esta ação pode ser definida através da seleção de prioridades, como a atenção a determinados grupos populacionais mais vulneráveis ou doenças mais impactantes. Geralmente são sistemas com grande potencial para a equidade.

(2) Sistemas de reembolso de seguro de saúde social – recursos públicos do orçamento do governo e de seguros sociais de saúde são utilizados para reembolsar farmácias ou os pacientes por medicamentos adquiridos em farmácias privadas.

(3) Co-pagamentos – geralmente são aplicados pelos governos ou comunidades locais para suplementar o financiamento governamental e para conter o uso excessivo de medicamentos. Esta alternativa deve ser cautelosa, estabelecendo limites máximos de contribuição particular, a fim de que os mais pobres possam ser capazes de pagar, sem gerar grandes impactos em seus orçamentos.

(4) Privada autônoma – financiado integralmente e de maneira direta pelo próprio usuário.

A maioria dos países configura seu sistema através de uma mistura dos modelos citados. Com isso, dentro de um país, os diferentes modelos podem ser

direcionados para diferentes grupos populacionais, com diferentes necessidades. Por exemplo: o financiamento totalmente público para o grupo populacional mais pobre, a utilização de taxas para segmentos populacionais de renda intermediária e o modelo privado para populações de maior renda e para as categorias de medicamentos não cobertas pelos outros sistemas.

No Brasil, esta separação não é explícita, mas podemos identificar estas diferentes modalidades na questão do acesso aos medicamentos. A provisão pública pelo Governo e a aquisição através de recursos próprios sempre foram as mais comuns e mais representativas. Entretanto, a partir do ano de 2004, a Farmácia Popular do Brasil se insere como uma nova peça para este quebra-cabeça que constitui o sistema de saúde brasileiro.

Co-pagamento

O co-pagamento é uma medida adotada por diversos sistemas de saúde e caracterizada pela participação do usuário no custeio (*cost-sharing*) dos bens e serviços, no momento de seu uso.

Deve ser diferenciado dos impostos gerais pagos pelos cidadãos, isso porque é estritamente vinculado à idéia do benefício, pois só quem paga é que se beneficia do serviço e não quem paga os impostos. Os preços, as taxas e os tíquetes moderadores representam pagamentos voluntários pelo uso dos serviços públicos que repercutem aos usuários uma contrapartida por esta utilização. Diferenciam-se dos impostos gerais a partir do momento em que, se não há utilização, não há pagamento ⁶⁹.

O mecanismo de co-pagamento pode ser destinado a cumprir diferentes finalidades básicas, dependendo do contexto em que se apresente. Pode ser visto como fator de racionalização do uso, onde seu objetivo mais direto é conter a utilização excessiva de serviços sanitários e, conseqüentemente, conter as despesas em saúde. Teoricamente, obrigar o usuário a custear parte dos serviços sanitários levaria a maior racionalidade na demanda dos bens e

serviços de saúde, já que restringiria o consumo supostamente desnecessário e, conseqüentemente, os gastos com saúde. Além disso, pode ser visto como uma possibilidade de obtenção de uma fonte adicional de recursos, pois permitiria a criação de uma reserva técnica financeira para custear alguma atividade específica do governo na área de saúde, principalmente no âmbito das ações de alcance coletivo. E, por fim, especula-se que as pessoas se tornam mais exigentes com a qualidade de um bem ou serviço se pagam por sua aquisição ou uso. O co-pagamento poderia revelar preferências e avaliar a relação dos usuários com o serviço público ^{66, 67}.

Efeitos, Possibilidades e Riscos do Co-pagamento

Segundo Vianna ⁶⁶, existem alguns pontos que merecem destaque quando se tratar do assunto co-pagamento. São eles:

1) Moderação da demanda

À primeira vista, pensando de maneira simplificada, a introdução de um mecanismo de co-pagamento, levaria ao início ou ao aumento do desembolso para utilização de bens e serviços de saúde, e conseqüentemente à redução da demanda. Entretanto, argumenta-se que o co-pagamento reduziria o uso de serviços sanitários, mas sem discriminar sua adequação ou grau de urgência. Conseqüentemente poderia levar ao risco de subtratamento e assim, ao agravamento de um quadro que anteriormente seria simples, mas que agora poderá acarretar a utilização de outros serviços mais caros e mais complexos.

Segundo Barros ⁷⁰, a presença de co-pagamentos desestimula o esforço pela busca de cuidado, que por si só, mesmo em presença de cobertura total, já são subótimos.

Ao contrário de ser moderada, a demanda, em certos casos, deve ser estimulada para possibilitar o diagnóstico precoce. Taxas moderadoras aplicadas indiscriminadamente podem criar obstáculos à intervenção médica em tempo oportuno, e isso permite que a doença evolua para estágios mais

avançados, nos quais a terapêutica costuma ser menos eficaz e quase sempre de custo bem mais elevado ⁶⁶.

2) Ampliação da cobertura

O co-pagamento, se criteriosamente utilizado, poderia contribuir para aumentar a cobertura de algumas ações e serviços. No caso da assistência farmacêutica, por exemplo, pode ser uma iniciativa para ampliação do acesso, já que estes insumos são responsáveis por grandes e crescentes despesas dentro dos sistemas de saúde, como demonstrado anteriormente no Gráfico I (pg. 43).

Segundo Vianna ⁶⁶, uma estratégia seria concentrar recursos públicos na prevenção massiva e na atenção básica a determinados grupos populacionais, e adotar, paralelamente, esquemas locais de co-pagamento para o restante da população.

3) Geração de recursos

Ainda segundo Vianna ⁶⁶, os recursos oriundos do co-pagamento deveriam ser utilizados na própria unidade de saúde que o gerou. Experiências recentes em diversos países têm demonstrado que a cobrança dos usuários pode gerar rendimentos adicionais nas unidades públicas, em particular, se a arrecadação sobre a hospitalização e os rendimentos adicionais permanecerem no local da cobrança. Uma das vantagens desse procedimento é dar visibilidade ao contribuinte quanto ao uso da sua contribuição. O recolhimento da receita a um fundo geral desestimula a arrecadação local e aumenta o risco de uma utilização irracional. Os riscos mais temíveis da centralização do produto arrecadado estão em duas outras situações:

- a desvinculação do uso, se os recursos forem destinados à cobertura de eventuais déficits financeiros ou para atender outras demandas não relacionadas com o fato gerador da receita;
- tornar gradualmente a contribuição do usuário, de fonte supletiva a fonte principal.

Além disso, a implantação de um esquema de cobrança, por si só provoca inevitáveis gastos administrativos adicionais.

4) Controle Social

O co-pagamento poderia ser um instrumento complementar de estímulo ao controle social sobre os serviços de saúde. Quem paga algum valor monetário por um bem ou serviço tenderia a ser mais rigoroso com a qualidade do que recebe. Poderia ser útil também para a formação da cidadania, ao acabar com a idéia de que o serviço público, por ser gratuito no momento do uso, não tem custos para o cidadão. Além disso, em tese, a presença dos mais ricos (e mais informados) nos serviços públicos gera externalidades positivas, já que este segmento, através da pressão que podem exercer e de níveis de exigência mais altos, poderiam ser benéficos para melhorar a qualidade dos serviços e atendimentos. Isto acarretaria benefícios aos mais pobres também ⁶⁶.

5) Eqüidade

Tratar igualmente os desiguais talvez represente uma fonte de injustiça, já que estaria sendo assegurada a prestação de serviços de forma gratuita, também àqueles segmentos com possibilidade de pagamento. Por outro lado, taxar o acesso dos mais ricos aos serviços de saúde ajudaria a subsidiar o acesso dos mais pobres ⁶⁶.

Muitos países da América Latina têm questionado o caráter iníquo da adoção do co-pagamento. Defende-se que esses serviços devem ser financiados por fundos públicos oriundos de impostos e contribuições sociais e que se deve ter cuidado na adoção desta medida, já que esta pode levar à redução do bem-estar do consumidor em geral, pois como já falado, teoricamente, essas cobranças poderiam desincentivar a busca de atenção médica por parte das pessoas de baixa renda ⁶⁶.

Tipos de Mecanismo de co-pagamento

Segundo Puig Junoy ⁶⁹, alguns dos pontos mais importantes em um sistema onde o usuário participa do custeio dos serviços podem ser:

- (a) a contribuição financeira direta do paciente
- (b) as quantias dedutíveis
- (c) a quantia máxima que o paciente pode pagar
- (d) o limite de cobertura

A contribuição financeira direta do usuário pode ser estabelecida como uma quantidade fixa por unidade consumida, ou também uma porcentagem do custo do serviço. À medida que o custo do serviço se torna mais caro, a imposição de um co-pagamento do tipo quantidade fixa por unidade leva a uma diminuição da proporção custeada pelo usuário.

Quando existem deduções, os indivíduos pagam o gasto total dos primeiros serviços sanitários consumidos, enquanto que, a partir de uma determinada quantidade o assegurado fica encarregado da totalidade dos gastos. O efeito observado desta modalidade sobre o gasto total é uma tendência à redução quando os gastos do assegurado não superam a quantidade que se fixou de antemão como dedutível, mas em caso contrário, o excesso de demanda não é diminuído.

Os sistemas de co-pagamento podem também contemplar limites ao risco máximo assumido pelo usuário ou pelo segurador. No primeiro caso, trata-se de uma forma de deduzir o risco financeiro que o sistema de co-pagamento transfere a doentes crônicos e a doentes agudos com um custo muito elevado concentrado em um período de tempo curto. O segurador também pode impor um limite de cobertura, de forma que mediante este método o paciente cobre as perdas mais graves.

Outros elementos que podem intervir no desenho de um mecanismo de co-pagamento são os descontos e bonificações, e a definição de um catálogo de prestações asseguradas. A exclusão de alguns serviços ou produtos mediante a

definição de um catálogo é equivalente à imposição de um co-pagamento de 100% sobre o serviço excluído (por exemplo, as listas negativas de medicamentos excluídos do financiamento público). Outro aspecto a se levar em conta e que pode incidir de forma importante nos efeitos do sistema, é se é permitido ou não a possibilidade de os indivíduos poderem comprar um seguro que os cubra dos riscos financeiros que excedem o mecanismo de co-pagamento.

O Quadro I resume os possíveis efeitos impostos pelo mecanismo de co-pagamento.

Quadro I - Efeitos do mecanismo de co-pagamento sobre o financiamento, utilização e equidade⁶⁹

FINANCIAMENTO	Produzirá uma transferência de custos do financiador para o usuário
	Provocará um incremento de custos administrativos
UTILIZAÇÃO	Provocará um incremento da cobertura privada pela quantia de co-participação
	A variação dependerá da interdependência entre demanda e oferta sanitária
	A variação dependerá da elasticidade da demanda aos preços
	Não representa uma diminuição diferencial da utilização dos serviços desnecessários
	Pode produzir uma substituição por serviços de maior custo
EQUIDADE	Pode produzir uma diminuição dos serviços preventivos
	Diminui a utilização por usuários de renda mais baixa
	Quase não afeta grupos de renda mais alta

Experiências de co-pagamento no cenário internacional

A partir da década de 70, boa parte dos países da Europa Ocidental passou a adotar políticas para refrear o crescimento dos gastos com seus sistemas de saúde, devido ao comprometimento de parcelas crescentes do produto nacional para atender à tendência de elevação dos custos da assistência médica. Além disso, foi uma das medidas de ajuste adotadas em diversos países, tanto na Europa como, posteriormente, na década de 80, na América Latina. Não é incomum, em contextos fiscais adversos, que uma das primeiras saídas cogitadas seja partilhar a conta dos serviços de saúde com os usuários⁶⁶.

As experiências realizadas em diversos países demonstram que a iniciativa do co-pagamento vem em resposta a diferentes estímulos dos contextos que se apresentam.

A revisão da literatura nacional e internacional sobre recuperação de custos aponta que a divergência de opiniões resulta, pelo menos em parte, de as experiências com co-pagamento terem ocorrido em contextos bastante diversificados. O que pode ter dado errado em um lugar e sob determinadas circunstâncias pode ter obtido êxito em outro, e vice-versa.

Muitos autores pregam que a implantação de um sistema de co-pagamento, de forma indiscriminada para toda a população com a finalidade de moderar demandas, supostamente abusivas, não é o mesmo que o uso seletivo desse instrumento, que em muitos casos se mostrou muito mais eficaz ⁶⁶.

Europa

Na Europa, a prática do co-pagamento é extremamente comum entre os países. Naquele contexto, surgiu como um artifício de contenção da demanda, isto é, um freio ao consumo excessivo e conseqüentemente aos crescentes gastos públicos.

Serviços hospitalares e farmacêuticos são os maiores demandantes de co-pagamento exatamente por serem os serviços que apresentam maiores variações. Além disso, é comum a exigência de uma quantia fixa em atenção primária. Junto com Portugal, a Espanha é o único país da União Européia que não aplica nenhum co-pagamento para prestação sanitária, exceto farmacêutica⁷¹.

No que diz respeito aos medicamentos, em 2002, 14 Estados membros da União Européia utilizavam o sistema de co-pagamento ⁷¹. O primeiro instrumento econômico utilizado pela maior parte dos países foi a definição de listas com os medicamentos passíveis de cobertura total ou parcial pelo sistema nacional de saúde ⁷². Cada Estado membro possui suas próprias normas. São observadas grandes disparidades de formatos, taxas e população abrangida. Ainda que não esteja provada a relação entre o pagamento direto de medicamentos e o gasto

farmacêutico, poucos países prescindiram deste sistema, como podemos observar no Quadro II.

Um caso peculiar é o da Alemanha, onde mesmo os doentes crônicos pagam pelos medicamentos. Na Bélgica, todos pagam, exceto para medicamentos de primeira necessidade. Na Inglaterra, os medicamentos são gratuitos apenas para desempregados, grávidas e estudantes. Na França, só estão isentos do co-pagamento, os doentes crônicos. Na Espanha, só os pensionistas estão isentos do pagamento de 40% do valor do medicamento, além dos doentes crônicos ⁷¹.

Quadro II – Aspectos do co-pagamento na Europa ⁷¹

PAÍS	Assistência Hospitalar	Assistência Farmacêutica	Contribuição do paciente
Alemanha	Co-pagamento de um valor fixo diário por um máximo de duas semanas.	Paciente contribui com cerca de 11% do valor do medicamento.	Aproximadamente 15% da população está isenta desta contribuição, por razões sócio-econômicas, idade mínima e situações como gravidez.
Bélgica	Gratuita nos casos de enfermidades graves e pagamento de um ticket moderador em casos de doença leve. A contribuição do assegurado não pode exceder 25% do custo.	Medicamentos são classificados segundo 5 categorias, de acordo com a severidade da enfermidade, com diferentes escalas de co-pagamento.	A assistência hospitalar é garantida quando há um grande risco para a saúde do paciente e se paga um ticket moderador no caso de se tratar de uma doença que não implique em gravidade. Em casos especiais a contribuição do paciente pode alcançar de 30 a 40%. O sistema público reembolsa o paciente se o limite fixado é superado.
Espanha	Gratuita	Paciente paga 40% do custo do medicamento para a população ativa assegurada.	
Finlândia	Tarifa diária máxima fixada.	Existem duas categorias de reembolso: básica, que devolve até 50% do custo que excede a quantia fixa, e o reembolso especial para pessoas que padecem de doenças crônicas e que financia 100% ou 75% da diferença que supera o fixo estabelecido.	
França	Ticket moderador de 25% do custo.	Três categorias de co-pagamento: 1- terapias vitais de primeira necessidade e muito custosas, financiadas em 100%; 2 a maioria dos medicamentos, 65%, 3- 35% para os tratamentos que não representam gravidade especial.	Os pacientes devem abonar diretamente a assistência médica primária e o preço dos fármacos, posteriormente recebem o reembolso por parte da seguridade social através das caixas de enfermidades, conseguindo desta forma, dissuadir em parte as demandas mais supérfluas ou injustificadas. Aproximadamente 75% da população têm seguros complementares através dos quais recebem reembolsos adicionais aos custos dos medicamentos.
Holanda	Pagamento de 20% dos custos, com um teto máximo anual.	Os segurados só pagam as quantidades que excedem os preços de referência estabelecidos. Na prática, o índice de co-pagamento na Holanda é quase nulo	Para alguns grupos populacionais, o pagamento máximo foi estabelecido em um patamar mais baixo (pensionistas e pessoas de baixa renda). Cada assegurado tem

			acesso a um grupo de medicamentos sem que seja necessário pagar pelos mesmos.
Itália	Gratuita	Pagamento de uma quantia fixa por cada receita dispensada.	Os co-pagamentos são obrigatórios também nas consultas a especialistas, exames laboratoriais, exceto para crianças, idosos, doentes crônicos e pessoas de baixa renda.
Portugal	Gratuita	Assistência farmacêutica: distingue a população entre ativos e desempregados na hora de se pagar pelos medicamentos. E para os trabalhadores ativos, existem 3 níveis de co-pagamento que variam de acordo com a cobertura do Estado. Para os desempregados e pensionistas, esta cobertura é maior. Os pacientes vão às farmácias com receita médica, pagam a sua parte e no final do mês as farmácias mandam as receitas, identificadas com um código de barras, a uma das 18 sub-regiões administrativas do serviço de saúde para ressarcimento.	Mesmo os pacientes que vão a médicos privados são cobertos pelo sistema. Há três níveis de co participação: 40%, 70% e 100%. Os aposentados com pensões menores têm direito a um adicional de 15% nos medicamentos com co participação de 40% e 70%.
Inglaterra	Gratuita, a não ser que o paciente demande serviços especiais.	Pagamento de um valor fixo por receita, do qual se encontram isentos 60% da população.	O sistema inglês permite a compra de um ticket anual, ou por um período de 4 meses que autoriza um número ilimitado de receitas sem custo algum durante o período válido.

África

Já na África, o contexto é completamente inverso. O que se busca lá é exatamente a ampliação do acesso, mas levando-se em conta a situação de extrema pobreza que assola a maioria dos países do continente. Nesta ótica, o co-pagamento surge como um artifício para gerar um fundo extra que ajudaria a tornar o sistema mais sustentável.

Muitas críticas foram feitas à introdução do sistema de co-pagamento, sendo o principal argumento o de que este sistema não promove qualidade da assistência, e esta está principalmente relacionada à disponibilidade de medicamentos.

Segundo Knippenberg ⁷³, dois países africanos, Benin e Guiné, passaram a reorganizar seus sistemas de saúde a partir de 1986, com o objetivo de promover acesso à assistência básica. A abordagem foi baseada em alguns pontos como: efetividade, otimização da eficiência, asseguramento de viabilidade financeira e promoção da equidade. Estas estratégias foram

lançadas como a Iniciativa de Bamako (IB), na assembléia regional da Organização Mundial de Saúde em 1987.

A IB se preocupou em buscar possibilidades para que o acesso universal e contínuo a serviços básicos fosse assegurado, apesar dos recursos altamente escassos. Para que o impacto no estado de saúde fosse maximizado com poucos recursos, os provedores de saúde priorizaram atividades que respondessem às maiores causas de morbidade e mortalidade em cada área ⁷³.

Antes de 1986, os ministros da saúde tanto de Benin quanto de Guiné praticavam políticas de gratuidade para a saúde, mas não eram capazes de arcar com os custos. A assistência internacional também não era capaz de arcar com os gastos recorrentes. Como consequência, os sistemas nacionais de saúde foram deteriorando em qualidade e perdendo credibilidade entre a população ⁷³.

Foi então que a IB introduziu os esquemas de compartilhamento de custos, baseado na melhoria da qualidade da assistência básica, com o uso de taxas com as quais a população pudesse arcar. Em ambas as comunidades, as contribuições dos usuários para o financiamento das ações de saúde geraram renda suficiente para restabelecer o suprimento de medicamentos nos centros de saúde, assim como para operar certos custos locais ⁷³.

Nos dois países, uma única taxa passou a ser paga para um tratamento padrão, por episódio de doença. A estrutura da taxa se baseou no custo de medicamentos genéricos, demanda pelo tratamento, custos operacionais locais, capacidade e vontade da comunidade em pagar. O desafio em curto prazo para esse sistema baseado na comunidade era assegurar que as rendas geradas fossem realmente utilizadas para o financiamento de custos operacionais locais. O desafio em longo prazo era manter os gastos dentro dos limites do orçamento local, para evitar a falência do mecanismo de financiamento da comunidade ⁷³.

Dentro das comunidades onde a IB foi desenvolvida, percebeu-se que os custos dos serviços de saúde foram se tornando mais acessíveis, enquanto a qualidade dos serviços foi melhorando. Isto demonstrou que as pessoas agiam

racionalmente e não se importavam de pagar mais se o produto estivesse disponível, se o acesso fosse facilitado ou se a qualidade melhorasse ⁷³.

Tanto em Benin como em Guiné, mecanismos moderadores foram implementados dentro do sistema da IB, para que os preços não detivessem o acesso dos mais pobres aos serviços de saúde, ao mesmo tempo assegurando que a renda arrecadada fosse suficiente para cobrir os gastos correntes. Para assegurar a capacidade de pagamento para a maioria, os preços foram adaptados à capacidade de pagamento da população. As comunidades foram beneficiadas com a disponibilidade regular de serviços básicos, curativos e preventivos. A cobertura da imunização, por exemplo, subiu 62% em Benin (1993) e 60% em Guiné ⁷³.

América Latina

Com os processos de democratização e culminadas as reformas econômicas de primeira geração, uma grande parte dos países da América Latina, introduziu importantes mudanças em suas políticas sociais. Uma América Latina marcada por altos níveis de pobreza e desigualdades colocava em risco a governabilidade das democracias incipientes e diminuía as possibilidades de inserção competitiva das economias locais na economia mundial ⁷⁴.

As políticas sociais públicas, situadas como causa primeira do déficit público, tornaram-se o alvo preferido dos governos na batalha do ajuste estrutural. Esse processo foi mais intenso e doloroso nos países da América Latina. Nestes, diferente dos países onde o *Welfare State* já estava estruturado e as forças organizadas da sociedade civil e parte da própria burocracia estatal conseguiram deter o seu processo de desmantelamento, as políticas sociais universais, como Previdência, Saúde, Assistência e Educação Básica, sofreram perdas irreparáveis, contribuindo para o agravamento das já precárias condições sociais da grande maioria da população ⁷⁵.

Neste contexto se iniciaram as mudanças nas políticas sociais, mudanças que se manifestaram em incrementos do gasto social, na criação de novas instituições públicas e instrumentos, com novas modalidades de gestão, assim

como com inovações programáticas. Passou a ser comum a indicação da necessidade do redirecionamento das políticas sociais universalizantes como condição fundamental de sustentabilidade sociopolítica do ajuste econômico.

No cenário da saúde, as orientações para o mercado abrangeram, desde o controle orçamentário, até a busca de alternativas ao cuidado hospitalar, desestímulo à demanda por serviços médicos, consumo de medicamentos, exames complementares e restrição da oferta de serviços ⁷⁶.

Entretanto, segundo Hardy ⁷⁴, grandes heterogeneidades puderam ser observadas entre os países, e segundo seu comportamento, em matéria de recursos, foram classificados como:

- Países de alto gasto social (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Panamá e Uruguai).
- Países de gasto social médio (Colômbia, México e Venezuela)
- Países de baixo gasto social (Bolívia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru e República Dominicana).

Para a maioria dos países, o início da incorporação do co-pagamento significou nova vida para muitos sistemas de saúde existentes mas decadentes. Em alguns casos como Jamaica, Honduras e Peru, o interesse nas taxas dos usuários foi iniciado ou renovado como resultado de decisões políticas nacionais, tomadas em resposta à crise macroeconômica. Em outros casos como o de El Salvador, Bolívia e República Dominicana, por outro lado, as taxas dos usuários se tornaram responsabilidades locais específicas, em oposição à política nacional uniforme, levando a uma prolongada crise no financiamento da saúde, que resultou em uma crise persistente e recorrente dentro do sistema de saúde ⁷⁴.

O Peru possui um caso de êxito na questão do compartilhamento de custos para medicamentos: o Programa de administração compartilhada de Farmácias, PACFARM, que se baseia no abastecimento de medicamentos essenciais para a população. Esta proposta incorporou o conceito de recuperação de custos, alinhada à corrente dos processos de reforma, no que se refere ao

desenvolvimento de modelos de financiamento da saúde, que facilitassem o acesso, ampliassem a cobertura e melhorassem a qualidade dos serviços. A estratégia de sustentabilidade financeira do PACFARM se operacionalizou através da geração e crescimento dos fundos rotativos de medicamentos, fiscalizados através do funcionamento de comitês de co-gestão, caracterizando a ampla participação da comunidade no processo ⁷⁷.

A viabilidade deste modelo estaria intimamente ligada à capacidade negociadora em obter menores preços de aquisição dos medicamentos no mercado, e à definição da estrutura do preço de venda do medicamento ao usuário, que deveria cobrir contingências de inflação, custos recorrentes e doações para a população em condições de indigência ⁷⁷.

Experiências de co-pagamento para medicamentos no Brasil

No Brasil podem ser relatadas algumas experiências de compartilhamento de custos dos medicamentos com os usuários. Estas são experiências pontuais que se limitaram a abranger a população de algumas cidades e estados.

Programa Farmácia LAFEPE – Governo de Estado do PE

O Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE), além de pioneiro, serviu de modelo para construção do Programa Farmácia Popular.

O LAFEPE é o segundo maior laboratório público do Brasil e foi criado em 1966 para produzir medicamentos a baixo custo para as populações de menor poder aquisitivo. Em abril de 2001, em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, se iniciou o projeto de abertura de suas farmácias, visando a comercialização de medicamentos genéricos e similares, produzidos pelo LAFEPE e/ou adquiridos junto a outros laboratórios, a preços muito inferiores aos hoje praticados pelo mercado. Com a expansão do projeto de abertura das farmácias LAFEPE, a rede, em 2006, contava com 32 lojas, onde eram atendidas mais de 230.000 pessoas/mês e comercializados cerca de 160 medicamentos genéricos e similares. O Programa conta com dezesseis

farmácias distribuídas pela região metropolitana do Recife e dezesseis localizadas no interior do estado ⁷⁸.

Programa Farmácia de Todos – Governo de Estado do RN

Seguindo a experiência do Estado de Pernambuco, o governo do Rio Grande do Norte lançou o Programa Farmácia de Todos.

O programa, desde sua criação, previa a construção de mais de 50 unidades de comercialização de medicamentos genéricos e similares a preços em média 40% abaixo dos praticados pelas drogarias particulares.

Os medicamentos vendidos nas Farmácias de Todos podem ser adquiridos por toda a população, sem restrição. Para isso, basta que o usuário tenha uma receita médica ou odontológica da rede pública ou particular, contendo medicamentos disponíveis no programa.

O programa é administrado pela Central de Abastecimento do Rio Grande do Norte (Ceasa) e oferece cerca de 130 medicamentos contra doenças que ocorrem com maior frequência, como a hipertensão, diabetes, úlcera gástrica, depressão, asma, infecções e verminoses. Além dessas, também estão disponíveis produtos indicados para os quadros de cólica, cefaléia, queimadura e inflamação.

Em 2006 o Programa completou dois anos de funcionamento. Durante este período atendeu mais de 1,6 milhões de pessoas e o investimento do Governo do Estado ultrapassou os R\$ 5 milhões. Somando as vendas em todas as unidades em funcionamento, foram comercializados mais de 640 mil medicamentos ao longo desse período. A implantação dessas farmácias utiliza recursos provenientes dos excedentes da arrecadação com os royalties oriundos da produção de xisto, petróleo e gás natural. A meta do programa é instalar, até 2007, vinte e cinco farmácias em todas as regiões do estado. A estimativa da coordenação do programa é de que as farmácias da capital atendam, em média, cerca de 2.000 consumidores por dia, enquanto o movimento diário nas unidades do interior deve ficar em torno de 500 pessoas ⁷⁹.

Farmácia Popular Vital Brazil - Governo de Estado do RJ

A Farmácia Popular Vital Brazil, do Governo do Estado do Rio de Janeiro, foi implantada em 2003, estando sob a coordenação técnica e administrativa do Instituto Vital Brazil. Todas as unidades do Programa comercializam 50 medicamentos e mais as fraldas descartáveis. Os medicamentos são produzidos pelo próprio IVB, Laboratório Farmacêutico da Marinha, IQUEGO (Indústria Química de Goiás), LAFEPE e FUNED (Fundação Ezequiel Dias, de Minas Gerais). Todos os itens são disponibilizados a R\$ 1,00. O elenco de medicamentos baseia-se em um grupo que possui maior relevância terapêutica para a terceira idade, como os antihipertensivos, os antidepressivos, medicamentos para o tratamento da catarata, do glaucoma e da osteoporose. Para comprar na Farmácia Popular do IVB, é preciso ter 60 anos ou mais, apresentar receita médica da rede pública e com o nome genérico do medicamento e, ainda, morar nas regiões adscritas. Além dos medicamentos, o Programa também possui um caráter social com atividades voltadas para a terceira idade ⁸⁰.

Segundo dados do IVB, no final de 2007 o Programa contava com 19 unidades, com mais de 600 mil idosos cadastrados. No início de 2008 foi anunciada a incorporação das unidades da Farmácia Popular do IVB ao Programa Farmácia Popular do Brasil. A previsão é de que até o final do ano todas as 7 unidades do Grande Rio e as 12 do interior do estado já estejam atendendo nos moldes do Programa Federal ⁸¹.

Após todas essas experiências, surge o Programa Farmácia Popular do Brasil, que também incorpora a estratégia do co-pagamento, mas inova ao ser o primeiro programa deste tipo realizado em âmbito nacional, executado pelo Governo Federal e não mais apenas pelos governos locais. Neste ponto reside uma de suas grandes polêmicas. A investigação da sua organização, do alcance de seus marcos de prática e de alguns resultados quanto à cobertura, perfil de usuários, elenco de medicamentos e rede instalada serão discutidos, frente à PNM, às normativas legais do Programa e seus objetivos.

CAPÍTULO IV

Introdução

Este capítulo tratará, especificamente, do PFPB, na forma de estudo de caso. Como já foi falado, o Programa do Governo Federal criado em 2004 possui como características marcantes a centralização e o co-pagamento. Sua criação nestes moldes parece indicar que o atual arranjo adotado para a provisão de medicamentos no SUS é falho e desfavorece o acesso. Ademais, esta falha poderia ser atribuída à experiência da descentralização do sistema, que atribui a estados e municípios responsabilidades que não conseguem cumprir na conjuntura atual.

Foi adotada como estratégia de análise do Programa o exame da proveniência do usuário, da prescrição e o perfil dos medicamentos dispensados nas unidades da Farmácia Popular do Brasil. Esta análise poderá apontar possíveis falhas de acesso no SUS, que levariam os usuários a recorrer ao sistema de co-pagamento.

Portanto, o objetivo geral deste capítulo é descrever o PFPB e analisar, a partir de registros de atendimento aos usuários e de documentos do Programa, aspectos relativos à cobertura regional e populacional a medicamentos no Sistema Único de Saúde. O capítulo também evidencia a proveniência de usuários e consumo dos medicamentos dispensados na Farmácia Popular do Brasil.

Planejamento da pesquisa

O estudo de caso

O estudo de caso é uma das possíveis maneiras de se fazer pesquisa em ciências sociais e é particularmente indicada para a análise de políticas e programas sociais. Segundo Yin ⁸², o estudo de caso é "uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real", no qual os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas onde é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas. Caracteriza-se pela "capacidade de lidar com uma completa variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações".

Dentro deste contexto podem ser destacadas cinco características básicas do estudo de caso ⁸³:

- É “um sistema limitado”, e tem fronteiras “em termos de tempo, eventos ou processos” e que “nem sempre são claras e precisas”;
- É um caso sobre “algo”, que necessita ser identificado para conferir foco e direção à investigação;
- É preciso preservar o caráter “único, específico, diferente, complexo do caso”;
- A investigação decorre em ambiente natural;
- O investigador recorre a fontes múltiplas de dados e a métodos de coleta diversificados: observações diretas e indiretas, entrevistas, questionários, narrativas, registros de áudio e vídeo, diários, cartas, documentos, entre outros.

Assim sendo, os casos ou experiências estudadas não correspondem a uma amostra no sentido probabilístico, mas seus resultados podem ser generalizados, não no sentido da extrapolação para populações e universos, mas no sentido da generalização teórica ⁸².

O presente estudo foi dividido em dois momentos: descrição do Programa Farmácia Popular do Brasil através das fontes de dado disponíveis, e análise

das dimensões estudadas do Programa frente ao atual sistema de provisão público de medicamentos.

O objetivo é elucidar o PFPB, nos seus antecedentes, aspectos estruturais e organizacionais e os resultados da sua utilização pelos usuários, de modo a confrontar alguns desses resultados do Programa com a proposta do mesmo e com a política farmacêutica no país.

Foram utilizados como fontes de dados:

- Documentos do Programa: leis, portarias e demais documentos envolvidos na criação do PFPB e em seu funcionamento.
- Entrevistas com atores chaves: realizadas com atores envolvidos com a criação do Programa com o objetivo de esclarecer questões não explícitas nos documentos ou demais fontes de dados.
- Banco de dados do Programa: o acesso ao banco de dados proporcionou informações relativas à origem do usuário (rede pública, privada) e ao consumo de medicamentos dentro do Programa.

Dimensões, Subdimensões e Indicadores

O modelo de Investigação proposto utilizou como referência o enfoque da avaliação para a tomada de decisão ou avaliação centrada na administração de programas e políticas ⁸⁴. Além disso, utilizou-se também como base a metodologia de análise de estrutura, resultados e impactos de intervenções, desenvolvida pela Universidade de Campinas ⁸⁵.

As dimensões da análise e as variáveis incluídas na metodologia proposta incluem aspectos relativos à estrutura disponibilizada e ao processo de implementação da intervenção. Tratam de aspectos como: estrutura, distribuição territorial, diferenças de acesso por grupo social, cobertura populacional, entre outros.

A tabela a seguir enumera as variáveis relevantes para o tipo de análise abordada. Funcionou como um guia de observação do programa e também como um rol de tópicos considerados na coleta de informações e subsequente análise.

Quadro III – Variáveis e indicadores para análise dos aspectos relacionados à estrutura e processo do Programa

Dimensões	Subdimensões	N	Indicadores	Descrição/Cálculo	Fonte
Contexto organizacional	Organizacional	1.1	Forma de organização da intervenção	Formato organizacional adotado para gerenciar a implementação e sua adequação à operacionalização do Programa	Documentos do Programa Entrevistas
		1.2	Status organizacional	Nível hierárquico da organização que implementa o Programa	Documentos do Programa Entrevistas
		1.3	Articulação com outras instituições	Existência de outras instituições envolvidas na operacionalização do Programa	Documentos do Programa
	Regras legais	1.4	Fundamentos legais ou normativos que sustentam a intervenção	Tipo de legislação que institui o Programa e seu quadro de normas	Documentos do Programa
Insumos (rede, medicamentos)	Caracterização da rede	2.1	Relação entre número de unidades e população	$\frac{\text{N}^\circ \text{ habitantes}}{\text{N}^\circ \text{ unidades}}$	Documentos do Programa
		2.2	Quantitativo de unidades de acordo com os diferentes modelos	Nº de unidades dispensadoras de medicamentos, pertencentes a cada um dos modelos existentes no Programa	Documentos do Programa
	Distribuição territorial	2.3	Unidades dispensadoras de medicamentos	Descrição dos diferentes modelos de unidades dispensadoras de medicamentos do Programa	Documentos do Programa
		2.4	Presença das unidades por unidade territorial do país	Nº de unidades dispensadoras de medicamentos existentes em cada estado e em cada município contemplado pelo Programa	Documentos do Programa
	Insumos utilizados no Programa	2.5	Lista de medicamentos que compõem o Programa	Relação de medicamentos que foram selecionados pela Gestão do Programa e que são considerados como essenciais para os objetivos estabelecidos	Documentos do Programa
		2.6	% de medicamentos que pertencem à lista do PFPB, por classe terapêutica	$\frac{\text{Medicamentos pertencentes a mesma classe terapêutica} \times 100}{\text{Total de medicamentos do PFPB}}$	Lista de medicamentos do PFPB

Dimensões	Subdimensões	N	Indicadores	Descrição/Cálculo	Fonte
Processos	Modelos utilizados	3.1	Critérios para formulação da lista de medicamentos do Programa	Aspectos considerados para a seleção dos medicamentos que compõem a lista padrão do Programa	Documentos do Programa
		3.2	Critérios para definição dos locais prioritários para instalação das unidades	Aspectos considerados para a seleção dos municípios prioritários para a instalação das unidades de dispensação do Programa	Documentos do Programa Entrevistas
		3.3	Compra de Medicamentos pelo Programa	Descrição dos procedimentos empregados para a compra centralizada de medicamentos pelo Governo Federal, para o abastecimento das unidades dispensadoras	Documentos do Programa Entrevistas
	População	3.4	Critérios de elegibilidade da População alvo	População descrita pelo Programa como prioritária para o desenvolvimento da estratégia. Caracterização da População alvo do Programa, quanto ao tamanho, distribuição, níveis sócio-econômicos	Documentos do Programa Entrevistas
	Utilização	3.5	Número total de atendimentos do PFPB	Nº de prescrições que geraram a dispensação de medicamentos no Programa	Banco de dados do Programa
		3.6	Medicamentos mais consumidos pelos usuários do PFPB	Medicamentos mais dispensados para os usuários do Programa	Banco de dados do Programa
	População atendida	3.7	Cobertura	População coberta pelas unidades do PFPB	Banco de dados do Programa
		3.8	Proporção de usuários pertencentes à população alvo do Programa	$\frac{\text{Usuários provenientes do setor privado} \times 100}{\text{Total de usuários do Programa}}$	Banco de dados do Programa
	Medicamentos	3.9	% de medicamentos comuns à lista do PFPB e às listas de financiamento público	$\frac{\text{Medicamentos comuns} \times 100}{\text{Total de medicamentos do PFPB}}$	Lista de medicamentos do PFPB Lista de medicamentos de fornecimento gratuito pelo MS

Proposta de análise

Para a realização do presente trabalho foram solicitadas à direção Nacional do PFPB algumas informações de uso exclusivo do Programa.

Os dados obtidos foram organizados com auxílio do programa Excel[®] (Microsoft Corp., 2003) de forma a responder às questões trazidas pelo estudo, e foram apresentados na forma de tabelas e gráficos.

Os resultados foram expressos seqüencialmente pelos indicadores. A discussão se fez confrontando-se os resultados dos indicadores frente às categorias de análise (ver abaixo) e aos antecedentes e informações outras fornecidas pelo PFPB.

A seguir apresentam-se particularidades da análise realizada em cada uma das categorias relacionadas.

Quanto às unidades estudadas

Os dados obtidos a respeito das unidades continham informações como localização, data de inauguração e população abrangida. A partir de tais dados pôde-se determinar o número de unidades, municípios, estados e regiões participantes do Programa, além de sua evolução.

Estes dados referiam-se a todo período de existência do Programa, até o momento da conclusão da análise do presente trabalho, ou seja, de junho de 2004 a dezembro de 2007. O ano de 2004 conta com apenas 6 meses de dados, pois foi o ano em que o Programa foi lançado. Os demais anos contam os períodos completos (12 meses).

No caso da demonstração de dados que envolvessem a evolução dos municípios participantes do Programa, foi feita minuciosa comparação anual para garantir que não houvessem dados repetidos na contagem final do número de municípios, já que a inauguração de unidades podia resultar acréscimos de municípios previamente contemplados em anos anteriores.

Quanto à população

Agregados aos dados sobre as unidades constavam informações a respeito da população abrangida pelas mesmas. Esta população diz respeito àquela que as unidades têm possibilidade de atender. Além disso, foi possível determinar também a população abrangida por municípios, estados e regiões.

Os dados populacionais obtidos foram ainda cruzados com dados populacionais do IBGE, que diziam respeito à população total ou número de habitantes da região ou estado, para o mesmo ano da informação fornecida.

Em alguns casos a população abrangida pela unidade não se limitava apenas a seu município, englobava também povoados ou municípios vizinhos, o que, nestes casos, acabava resultando em uma população abrangida maior do que a população total daquele município. Em outros casos, a população de abrangência de uma determinada unidade dizia respeito apenas aos bairros vizinhos, situação freqüente nas capitais, onde muitas vezes são encontradas mais de uma unidade do Programa. Além disso, em outros casos encontramos uma população abrangida pela unidade, menor do que a população total do município, o que pode ser resultado das grandes distâncias entre alguns pontos do município. Considerando estes casos, para o cálculo da população total abrangida pelo PFPB foram utilizados os dados fornecidos pelo Programa. Entretanto, nos casos de mais de uma unidade por município, foi considerada a população total do mesmo, já que a soma da população abrangida por cada unidade resultaria em repetição, em um número maior do que a população total daquele território.

Dados referentes à população atendida dizem respeito aos atendimentos realizados pelas unidades do Programa e serão abordados a seguir, quando tratarmos dos usuários.

Quanto aos medicamentos

Foi feita análise da lista de medicamentos fornecida pelo Programa. Estes foram classificados segundo a Rename e em seguida verificou-se a presença de cada um nas versões de 2006 e de 2002 da Rename. Além disso também foi feita

comparação da lista do PFPB com as listas de medicamentos fornecidos gratuitamente pelo SUS. Foram consultados documentos legais como portarias e resoluções e os resultados foram ratificados através da consulta a um banco de dados referente aos medicamentos distribuídos pelo Ministério da Saúde ⁸⁶.

Através da Gerência Técnica do PFPB foram obtidos os dados referentes ao consumo dos medicamentos que integram a lista do Programa, tanto em número de unidades vendidas quanto em valores arrecadados. Com estes dados foi possível realizar o cálculo da curva ABC por estado e em seguida por região do Brasil. Foram selecionados os 10 medicamentos mais vendidos e os 10 medicamentos com maior valor arrecadado para cada estado. Para os primeiros, foi ainda calculada a dose diária definida (DDD), que é uma unidade de medida definida pelo *WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology* como a dose média de manutenção diária para determinado fármaco, na sua indicação principal, em adultos. Esta não é uma dose recomendada, mas uma unidade de medida que permite a comparação entre resultados ⁸⁷. As fórmulas descritas abaixo foram utilizadas para os cálculos. A primeira demonstra o cálculo do número de DDD e a segunda é aplicada para o caso de estudos populacionais.

$$\text{N}^\circ \text{ de DDDs} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de unidades vendidas ou dispensadas} \times \text{N}^\circ \text{ de formas farmacêuticas por unidade} \times \text{Quantidade de princípio ativo por forma farmacêutica}}{\text{Valor da DDD}}$$

$$\text{DDD}/1.000 \text{ hab./dia} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de DDDs} \times 1.000}{\text{N}^\circ \text{ de hab.} \times 365 \text{ dias}}$$

Com isso temos o resultado de “X” DDD/1.000 hab./dia, ou seja “X” doses de um dado fármaco, foram consumidas por um grupo de 1.000 pessoas por dia, ou ainda, “X” pessoas a cada 1.000 fizeram uso de 1 dose (1 DDD) por dia (0,X % da população).

Através das listas dos 10 medicamentos mais consumidos para cada região foi realizada uma comparação do consumo dos mesmos (em DDD) em cada região. Uma segunda análise foi realizada utilizando-se a segunda fórmula descrita acima, que proporciona a normalização do consumo pelo número de habitantes de cada uma das regiões. Neste caso, a população utilizada foi a abrangida pelo Programa, isto é, somente as pessoas que possuem reais possibilidades de utilizar o PFPB. Os medicamentos foram classificados segundo o código ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical Classification*)⁸⁸.

Os dados de consumo utilizados no estudo referem-se apenas ao ano de 2006. A opção por apenas um dos anos se deu devido ao grande volume de

informações referentes a cada um dos anos, o que prolongaria demasiadamente as análises. A opção pelo ano de 2006 foi feita por este ser um ano em que o Programa já estava mais estabelecido, com um maior número de unidades atuantes. O ano de 2007 não foi uma opção, pois a informação necessita de algum tempo para ser gerada, e no momento do pedido de dados, o ano de 2007 ainda não havia sido concluído.

Quanto aos usuários

Quanto aos dados sobre os usuários do Programa, estes se referem à procedência das pessoas que utilizaram o PFPB, se pública ou privada. Usuários procedentes do setor público são aqueles que apresentaram prescrição médica ou odontológica proveniente de serviços públicos de saúde, isto é, do SUS. Usuários procedentes do setor privado são todos os outros que não fazem uso do SUS, podendo ser provenientes de serviços de saúde privados, conveniados ou filantrópicos. Através da prescrição é possível identificar a procedência do usuário e este dado é coletado, no momento do atendimento, por um funcionário, em cada uma das unidades do Programa. Com isso, todas as pessoas que fazem uso do Programa são contabilizadas como provenientes de um dos dois setores.

Este dado refere-se aos anos de 2005, 2006 e 2007. O ano de 2004 não foi obtido, pois no início do Programa este dado ainda não era coletado regularmente.

Para a análise da procedência do usuário, usuários de origem pública e privada foram desmembrados da população total que acessa o Programa. Este dado pôde ser demonstrado para estados e regiões nos diferentes anos analisados.

Foi realizada comparação entre o número de atendimentos e a população abrangida para se avaliar a utilização do Programa. Para esta análise foi determinado o número de atendimentos em cada estado e região, para cada um dos anos. Em seguida foi possível calcular a média de atendimentos realizados entre estes anos e com este valor foi calculada a proporção em relação à população abrangida.

Critérios Éticos

A formulação do projeto contemplou as orientações presentes na Resolução CNS 196/96 ⁸⁹.

O presente estudo utilizou dados secundários e de entrevistas, respeitando os critérios de sigilo e confidencialidade dos dados.

Foram elaborados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, destinados aos atores-chave entrevistados (Anexo I). Foi elaborado também um pedido formal de utilização dos dados para a Coordenação Nacional do Programa (Anexo II). As entrevistas e consultas aos bancos de dados só foram realizadas mediante aceite em participar da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz, (parecer número 177/07).

A evolução do PFPB

No ano de 2004, o Governo Federal lançou o programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), um projeto baseado no sistema de co-pagamento e que surgiu com o intuito de ampliar o acesso aos medicamentos, por meio de ações que articulassem os setores público e privado. O programa admite como foco principal uma parcela da população diferente daquela que utiliza o SUS, para a qual disponibiliza uma relação de medicamentos que têm seu custo subsidiado em até 90%.

A seguir apresenta-se a evolução do Programa a partir dos indicadores de contexto, insumos e processo referidos no Quadro III. Os indicadores foram descritos em seqüência diferente daquela do Quadro, tendo em vista o encadeamento que se propôs dar ao texto.

A evolução do PFPB observada pelos indicadores do estudo

Contexto

Forma de organização da intervenção (indicador 1.1)

Segundo informações fornecidas pelos entrevistados nº 1 e nº 2, o Programa surgiu através de uma demanda do Governo Federal que solicitou a formulação de uma proposta de ampliação de acesso a medicamentos. Tal demanda surgiu por saber-se da existência, nas grandes metrópoles, de uma grande parcela da população fazendo uso de serviços privados mas com dificuldade de acesso a medicamentos.

Sendo assim, durante o início de seu governo o Presidente Lula visitou o Lafepe e conheceu o modelo de fornecimento de medicamentos a baixo custo lá implementado. A partir daí, passou-se a pensar em um Programa nos mesmos moldes, mas em nível Nacional.

Entretanto, o MS não poderia ser “dono” de uma iniciativa desse tipo, pois dentro de suas atribuições encontram-se as responsabilidades de formular, normatizar e fomentar, mas não de executar. Neste sentido foi necessária a agregação de

outra entidade que cumprisse esse papel e para isso foi pensada a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz.

Finalmente, o modelo de gestão do Programa passou a ser caracterizado pela gestão conjunta do Ministério da Saúde e da Fiocruz, sendo esta última a executora através dos convênios que firma com estados, municípios, órgãos, instituições e entidades para o estabelecimento das unidades.

Fundamentos legais ou normativos que sustentam a intervenção (indicador 1.4)

O Programa foi instituído através do Decreto nº 5.090 de 20 de maio de 2004 ⁹⁰, que regulamenta a Lei nº 10.858 de 13 de abril de 2004 ⁹¹. Esta última autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Desta forma, esse dispositivo acabou por alterar a natureza institucional da Fiocruz, a partir do momento em que esta passou a exercer a atividade de comercialização, mesmo que sem fins lucrativos.

Com isso, foram possibilitadas as vias para que o Programa fosse posto em prática. Este pretende ser uma nova política de assistência dentro do SUS e que está inserida numa política maior, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Por isso, baseou-se no texto da mesma para justificar sua existência, quando fala da “necessidade da adoção pelo Governo Federal, de mecanismos de inclusão, traduzidos na ampliação do acesso aos medicamentos e à assistência farmacêutica” ⁹².

Em documento elaborado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, denominado “A Política de Assistência Farmacêutica - Efetivando o Acesso, a Qualidade e a Humanização da Assistência Farmacêutica, com Controle Social”, no ano de 2002, encontramos o registro da proposta do Programa como parte integrante da Política ⁹³. Neste documento podem ser identificados os objetivos iniciais que cercavam a criação do Programa:

- Identificação dos medicamentos que mais causam impacto no gasto em saúde das famílias brasileiras;

- Inclusão dos medicamentos na proposta da Reforma Tributária, na menor alíquota de ICMS;
- Elaboração do projeto de implantação das farmácias.

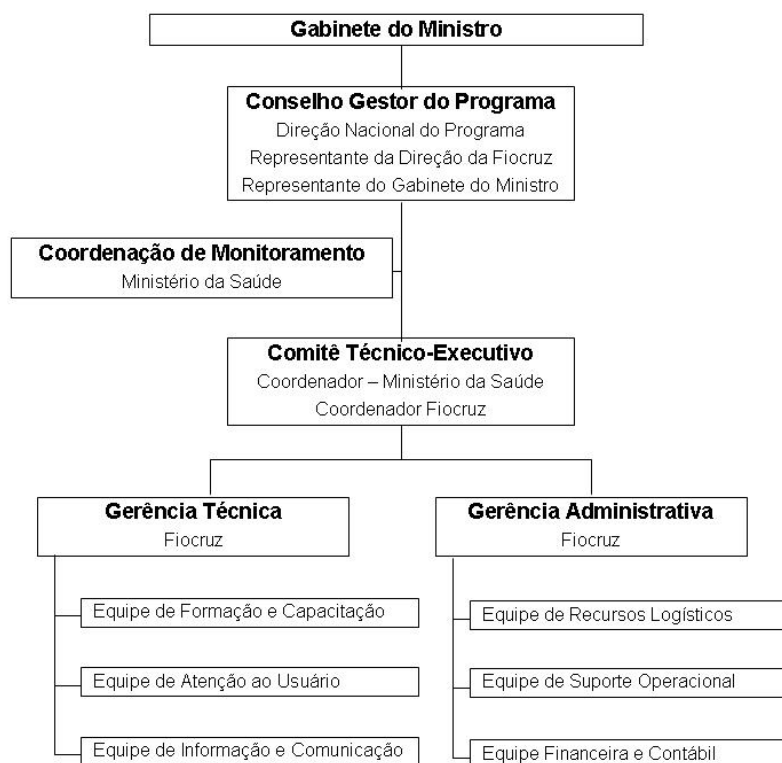
O modelo de gestão do Programa foi definido pela Portaria GM nº 1651 de 11 de agosto de 2004, a qual caracteriza gestão conjunta do Ministério da Saúde e da Fiocruz⁹⁴.

Status organizacional (indicador 1.2)

Segundo documentos do Programa, sua estrutura de gestão está organizada como mostra a Figura I, contando com Conselho Gestor, composto por um representante do Ministério da Saúde e um representante da Fiocruz; Coordenação de monitoramento, diretamente ligada ao Ministério da Saúde; Comitê Técnico-Executivo, também com representantes do MS e da Fiocruz⁹⁵.

Subordinadas à Direção da Fiocruz estão as Gerências Administrativa e Técnica, cada qual com suas respectivas equipes. A primeira cuida de aspectos relativos ao funcionamento das unidades, envolvendo contratação de recursos humanos, gestão de estoques de medicamentos, suprimentos de embalagens, expediente e informática. A segunda tem como principais funções o suporte técnico e treinamento dos profissionais atuantes no Programa, elaboração de material e atendimento às unidades.

Figura I – Organograma de Gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil ⁹¹



Articulação com outras instâncias (indicador 1.3)

O Programa tem por princípio o compartilhamento das responsabilidades de implantação e manutenção das unidades. Em vista disso, a Portaria GM nº 2587/04 ⁹⁶ estabeleceu o mecanismo de cooperação financeira entre União, estados, municípios e DF, com a criação de um incentivo que possibilitou as parcerias. O incentivo financeiro de que trata esta Portaria consiste de um total de recursos financeiros que se destinam à cobertura de despesas rotineiras como a manutenção, enviados mensalmente, e outra parte, dada de forma

integral, destinada aos gastos restritivamente necessários à implantação da unidade.

Os gastos com manutenção envolvem os destinados ao pagamento de pessoal em atividade na unidade, bem como outras despesas correntes necessárias ao seu pleno funcionamento. E os gastos com implantação englobam ações de reforma, adaptação ou adequação de áreas físicas para instalação de unidades do Programa conforme os padrões estabelecidos.

As parcerias podem ser estabelecidas através da adesão de municípios, DF e estados ao Programa, ou através de convênios com órgãos, entidades, ou instituições. No primeiro caso a adesão se concretiza mediante publicação de Portaria Ministerial que autoriza o início do repasse de recursos, permitindo que o incentivo seja transferido diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos de Saúde dos entes federados. No segundo caso, a adesão se formaliza através da celebração do convênio com o Ministério da Saúde, prevendo a transferência de recursos para o conveniado. Além disso, independente de uma ou de outra forma de adesão, é formalizado um convênio com a Fiocruz onde estão determinadas as responsabilidades mútuas, estabelecidos os termos para o abastecimento de medicamentos e da transferência de serviços por parte da Fiocruz. Estes últimos pontos são de suma importância, pois tanto os medicamentos quanto as atividades precisam ser padronizados em vista da uniformidade da qualidade dos serviços e produtos ofertados pelas unidades. Para isso existem Procedimentos Operacionais Padrão desenvolvidos pela Fiocruz e utilizados por todas as unidades integrantes do Programa.

Cabe aos proponentes a disponibilização de um espaço físico próprio para instalação das unidades e a ampliação ou necessidade de obras devem ser assumidas pelos mesmos, não podendo ser utilizados recursos do Programa. Além disso, para aderirem ao PFPB, os interessados precisam apresentar à Direção Nacional do Programa a Proposta de Adesão e o Termo de Compromisso, onde irão explicitar o dimensionamento da necessidade, as

condições de funcionamento da futura unidade e a previsão de gastos necessários, além de seu comprometimento à utilização responsável dos recursos. No caso de órgãos, instituições ou entidades, estes devem paralelamente encaminhar uma cópia da proposta a seus respectivos conselhos e secretarias de saúde para conhecimento dos mesmos.

Uma vez que a proposta é aprovada, os recursos passam a ser repassados para uma conta específica aberta pelo Fundo Nacional de Saúde, no caso dos convênios, e no caso de estados, DF ou municípios, os recursos são repassados fundo a fundo. A referência para os recursos do Programa é de R\$ 50.000,00 para instalação e R\$ 120.000,00 (divididos em 12 parcelas de R\$ 10.000,00 mensais) para manutenção ⁹⁵.

Insumos

Unidades dispensadoras de medicamentos (indicador 2.3)

Segundo o entrevistado nº 1, o Programa possui 3 modelos distintos de unidades:

- Modelo 1: Unidades próprias da Fiocruz.
- Modelo 2: Unidades estabelecidas em parcerias da Fiocruz com municípios / secretarias de saúde ou através de convênios com órgão e entidades e instituições públicas, e também privadas, sem fins lucrativos, mantenedoras de estabelecimentos de assistência à saúde ou de ensino superior de farmácia
- Modelo 3: Farmácias privadas, credenciadas ao Programa (Sob coordenação direta do MS, sem participação da Fiocruz).

Na prática, as unidades de modelo 1 e modelo 2 são iguais, não havendo diferença para os usuários. O que as distingue é apenas a gestão, já que as unidades de modelo 1 foram estabelecidas somente pela Fiocruz, diferente das unidades de modelo 2 que se baseiam na gestão conjunta com os parceiros. Já o modelo 3 do Programa diz respeito à sua expansão e não está inserido no

foco deste trabalho. Este é gerido diretamente pelo Ministério da Saúde e possui algumas particularidades que o distingue dos demais modelos do Programa, tais como uma lista de medicamentos mais restrita e focada em determinadas condições patológicas; preços de medicamentos que podem variar entre diferentes marcas de um mesmo medicamento ou entre os estabelecimentos participantes do Programa; e um cálculo diferenciado para o valor do subsídio, baseado em um Valor de Referência estabelecido para cada medicamento ⁹⁷.

Inicialmente a implantação do Programa se deu de forma gradual, priorizando municípios sede de regiões metropolitanas, segundo classificação do IBGE. Neste sentido, as primeiras unidades, inauguradas em 07 de junho 2004, correspondiam a unidades do modelo 1, isto é, aquelas totalmente geridas pela Fiocruz. Tais unidades foram instaladas em 4 estados:

- Rio de Janeiro: 1 unidade
- São Paulo: 9 unidades
- Salvador: 5 unidades
- Goiás: 1 unidade

Até o final de 2004 mais 5 unidades foram inauguradas em São Paulo, 1 no Rio de Janeiro, 2 na Bahia e 1 no Rio Grande do Sul.

Ainda segundo informações fornecidas pelo entrevistado nº 1, ao idealizar-se o Programa, estabeleceu-se um número limite de 50 unidades do modelo 1. Entretanto, existem apenas 38 unidades sob gestão exclusiva da Fiocruz (Tabela V), unidades estas que foram inauguradas entre 2004 e agosto de 2005.

Tabela V – Unidades de Modelo 1 do PFPB. PFPB, 2007

UF	Unidades
BA	9
CE	1
DF	1
GO	2
PA	1
PR	1
RJ	6
RS	1
SP	16
TOTAL	38

Até este momento ainda não havia sido definido o Incentivo Financeiro para os parceiros, o que seria necessário para a próxima etapa de implantação do Programa. Com isso, foram selecionados os 56 municípios núcleos de aglomerados urbanos conforme classificação do IBGE e hospitais filantrópicos com mais de 100 leitos SUS localizados nestes municípios. Estes foram convidados a participar de uma oficina de trabalho, realizada em setembro de 2004, no Rio de Janeiro, que tinha como objetivo apresentar e discutir os mecanismos de parcerias possíveis de serem estabelecidas com estes municípios.

Como resultado da Oficina, quase 70% dos municípios demonstraram interesse na implantação do Programa e assinaram um Termo de Intenção. A maioria destes foi habilitada ou conveniada ao Programa em dezembro de 2004, data em que foi estabelecido o incentivo financeiro do programa através da Portaria GM nº 2.587/ de 06 de dezembro de 2004⁹⁶. Estas unidades, gerenciadas pelo próprio parceiro, foram então chamadas unidades de Modelo 2.

Com isso, em 2005 deu-se início à inauguração de unidades do modelo 2, que rapidamente passaram a se expandir por outros municípios e estados. As unidades de modelo 2 possuíam meta pré-estabelecida de 500 unidades. A opção pela continuidade de apenas as unidades de modelo 2 se deu, obviamente, pelos custos que representavam, uma vez que sem as parcerias a Fiocruz deveria arcar integralmente com todas as despesas. A Tabela VI

demonstra o quantitativo de unidades do PFPB de acordo com o tipo de parcerias ou convênios.

Tabela VI – Unidades do modelo 2, segundo tipo de parceria/convênio

UF	Parceria		Convênio
	Município	Estado	
N	49	5	0
NE	112	15	3
SE	119	0	4
S	44	0	1
CO	15	1	2
TOTAL	339	21	10

Através desta tabela pode-se perceber que a grande maioria (92%) das unidades de modelo 2 são estabelecidas através de parcerias com municípios.

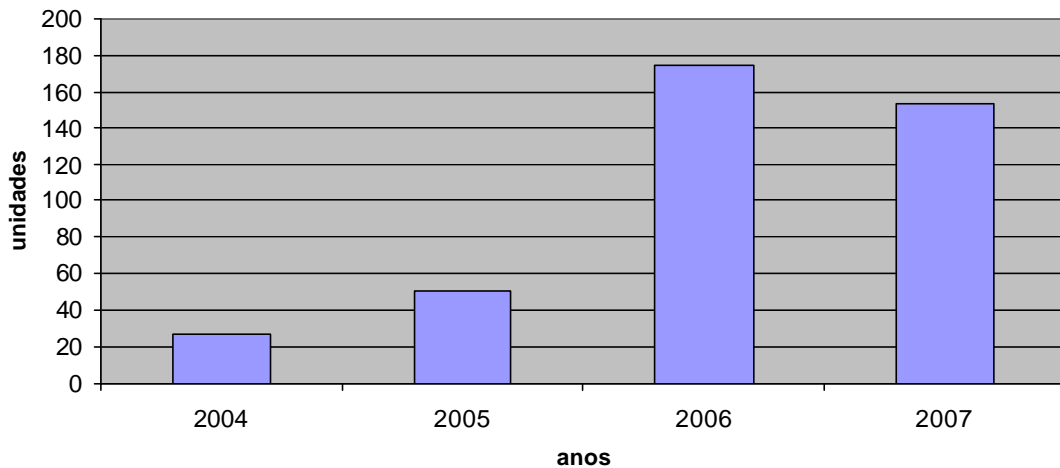
Tanto as unidades de modelo 1 quanto as de modelo 2 funcionam dentro de uma lógica de padronizada, que engloba medicamentos, estrutura das unidades equipes e abordagem aos usuários. Os medicamentos são os mesmos em todas as unidades. O estoque é controlado de maneira informatizada pela Fiocruz, sofrendo reposição contínua, de forma que não ocorra desabastecimento. A estrutura física das unidades deve permitir a disposição do *layout* estabelecido pela Direção do Programa, contemplando área de cadastro, salão de atendimento, caixas e área de dispensação, além das dependências internas, onde, entre outras coisas, se situa o estoque de medicamentos. As equipes envolvem dois farmacêuticos (um gerente e um co-responsável) e outros funcionários treinados para executarem uma dispensação padronizada que obedece um fluxo contínuo desde o momento que o usuário entra na unidade. As etapas envolvem o processo de triagem das receitas, cadastro dos medicamentos para posterior cobrança e dispensação. Além disso, o Programa se preocupa com uma abordagem mais humanizada ao usuário.

Quantitativo de unidades (indicador 2.2)

Com a inauguração das primeiras unidades e com a difusão sobre o formato do Programa, novos parceiros foram surgindo. Em 2005 a evolução ainda se deu de forma tímida devido ao desconhecimento sobre o PFPB e pela adaptação da

gestão do Programa para atender a demanda de novos parceiros. Mas a partir de 2006 ocorreu um grande incremento no número de unidades, como pode ser observado no Gráfico II.

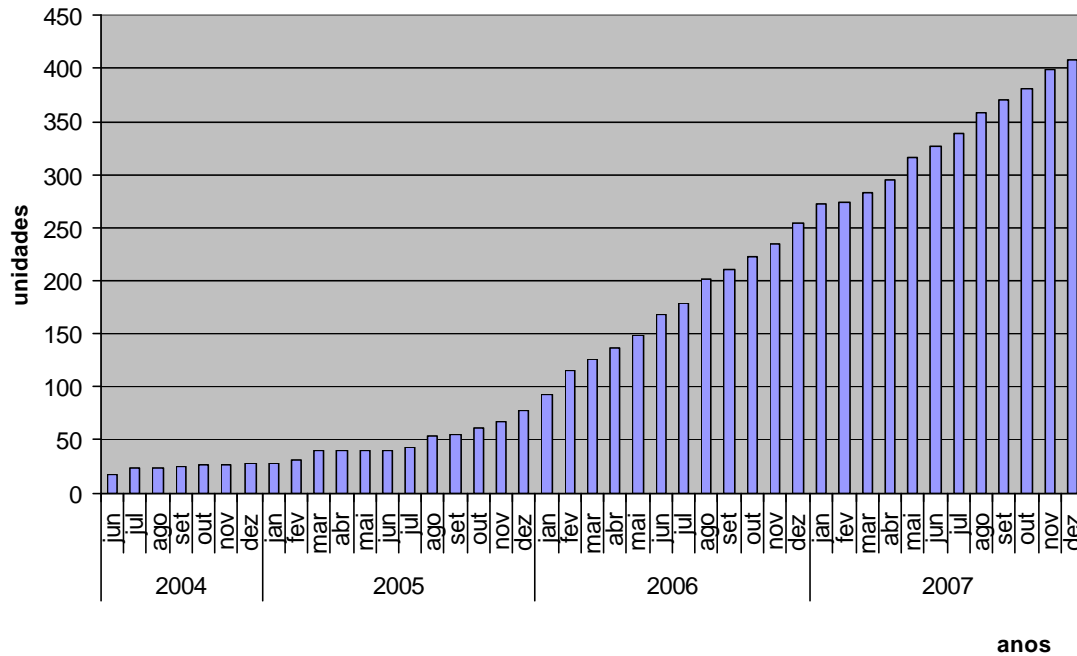
Gráfico II - Número de unidades inauguradas em cada ano de existência do Programa. PFPB, 2007.



Este gráfico mostra o número de unidades inauguradas, mas não apresenta os dados de forma cumulativa, apenas pontual.

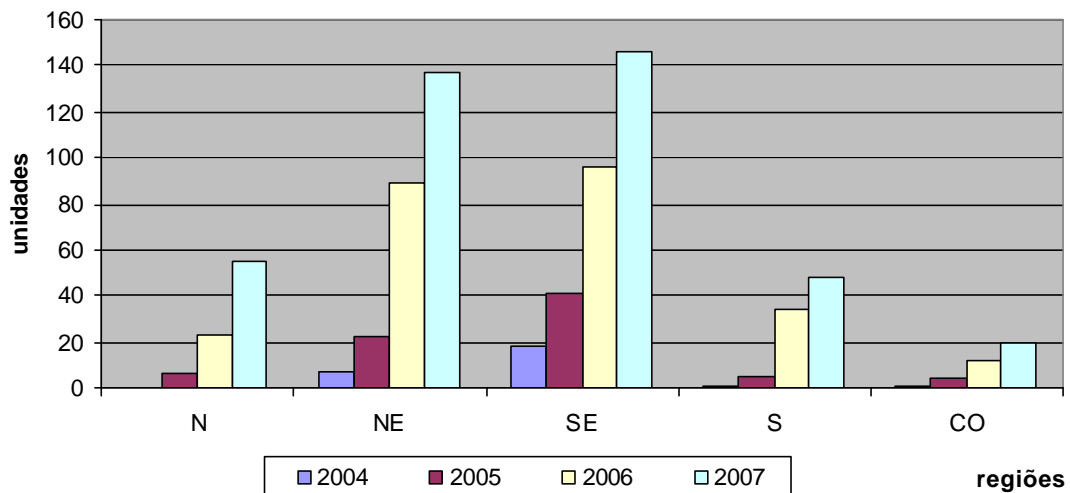
Ao final de 2007, o PFPB contava com 407 unidades inauguradas, como pode ser observado no Gráfico III, que apresenta a evolução da intervenção em termos cumulativos, o que deixa nítido o grande incremento ocorrido desde 2004.

Gráfico III – Evolução das unidades do PFPB entre os anos de 2004 e 2007. PFPB, 2007



Presença das unidades por unidade territorial do país (indicador 2.4)

Gráfico IV – Evolução das unidades do PFPB ao longo dos anos, por região. PFPB, 2007.



Como pode ser percebido através do Gráfico IV, no início do Programa as regiões SE e NE contavam com um número maior de unidades, o que se manteve com o passar dos anos. No entanto, ao longo do tempo, houve

incremento importante em regiões onde havia poucas unidades no início do Programa. Este dado pode ser mais bem percebido na Tabela VII que demonstra o aumento no número de unidades, ocorrido entre os anos de 2005 e 2007, nos estados do Brasil.

Tabela VII - Incremento de unidades do PFPB entre os anos de 2005 e 2007. PFPB, 2007.

Estados	Anos		Incremento	
	2005	2007	unidades	percentual
AC	1	1	0	0%
AL	0	3	3	N/A
AM	2	9	7	350%
AP	0	1	1	N/A
BA	11	40	29	264%
CE	1	23	22	2200%
DF	1	1	0	0%
ES	0	6	6	N/A
GO	3	12	9	300%
MA	2	19	17	850%
MG	2	39	37	1850%
MS	0	4	4	N/A
MT	0	3	3	N/A
PA	1	37	36	3600%
PB	3	21	18	600%
PE	3	10	7	233%
PI	1	7	6	600%
PR	2	11	9	450%
RJ	11	34	23	209%
RN	0	9	9	N/A
RO	1	2	1	100%
RR	0	1	1	N/A
RS	2	23	21	1050%
SC	1	14	13	1300%
SE	1	5	4	400%
SP	28	67	39	139%
TO	1	4	3	300%
TOTAL	78	406	328	421%

N/A – não se aplica

Pelos dados demonstrados na tabela pode-se perceber o grande incremento de número de unidades ocorrido em alguns estados como Pará, Ceará, Minas Gerais Santa Catarina e Rio Grande do Sul, todos com incremento maior que 1.000% entre 2005 e 2007. Sem mencionar estados como Espírito Santo e Rio Grande do Norte, que em 2005 não participavam do Programa, mas que em

2007 já apresentavam mais de 5 unidades em seu território. Entretanto, em números absolutos, tais estados não são os que possuem maior quantitativo. Isso se deve ao fato de no início do Programa a participação dos mesmos ter sido praticamente inexpressiva.

A Tabela VIII demonstra a mesma evolução agregada por Regiões do Brasil.

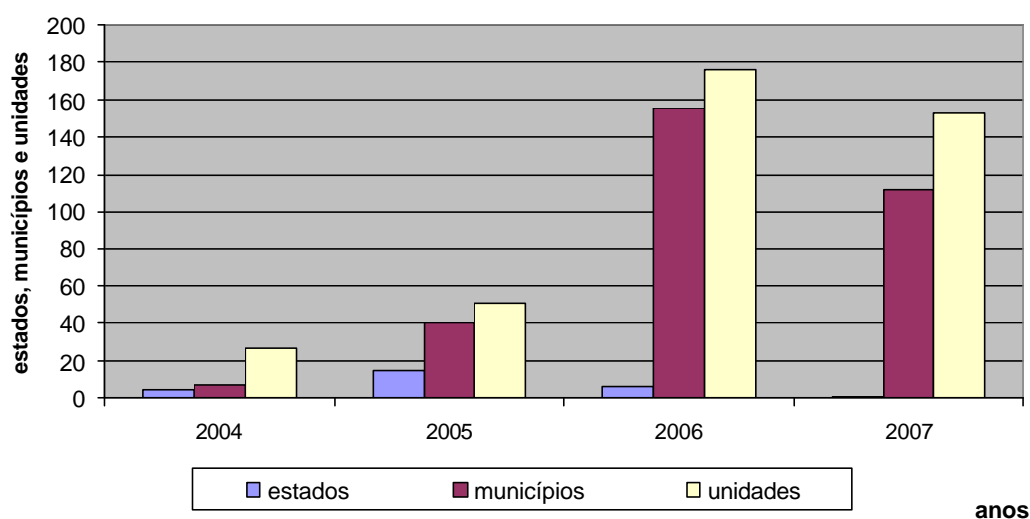
Tabela VIII – Incremento de unidades do PFPB entre os anos de 2005 e 2007, por Região. PFPB, 2007.

Regiões	Anos		Incremento	
	2005	2007	unidades	Percentual
N	6	55	49	817%
NE	22	137	115	523%
SE	41	146	105	256%
S	5	48	43	860%
CO	4	20	16	400%
TOTAL	78	406	328	421%

A análise por regiões permite observar o mesmo padrão, onde as Regiões Sul e Norte foram as responsáveis pelo maior incremento, fato que se deve também a pequena participação dos estados destas regiões no início do Programa, ao contrário das regiões Sudeste e Nordeste, que foram as pioneiras do PFPB.

Entre os anos 2004 e 2007, tanto estados, municípios e unidades tiveram aumento massivo na participação do Programa, como pode ser observado no Gráfico V. Observa-se também que o ano de 2006 foi o de maior crescimento da rede do PFPB.

Gráfico V – Estados, municípios e unidades do PFPB, por ano. PFPB, 2007.



Os estados estão representados na primeira coluna de cada ano. Entre 2004 e 2007, fica clara a adesão dos estados, sendo que em abril de 2007, com a inauguração de uma unidade no Mato Grosso, o Programa passa a contar com todos os estados da Federação (Tabela IX). Dados do Programa informam que entre 2004 e meados de 2005, as unidades inauguradas concentravam-se em alguns municípios de alguns estados, como os municípios sede do Rio de Janeiro e São Paulo, e Salvador na Bahia. Com isso o número de municípios contemplados era mais restrito. Tal situação passou a mudar a partir de meados de 2005, quando outros estados passaram a aderir ao Programa e outros municípios foram contemplados.

Como se pode ver, também complementarmente, na Tabela IX, a adesão de novos municípios acompanha a inauguração mais intensa de unidades, nos dois últimos anos, 2006 e 2007.

Tabela IX - Estados, municípios e unidades acumulados ao longo dos anos. PFPB, 2007.

Anos	Estados	Municípios	Unidades
2004	5	7	27
2005	20	47	78
2006	26	202	254
2007	27	314	407

No Gráfico VI pode-se observar a evolução do número de municípios participantes do Programa nos estados do Brasil e a Tabela X deixa mais clara esta observação ao contrastar os municípios participantes entre 2005 e 2007.

Gráfico VI – Evolução dos municípios participantes do PFPB ao longo dos anos, por estados. PFPB, 2007.

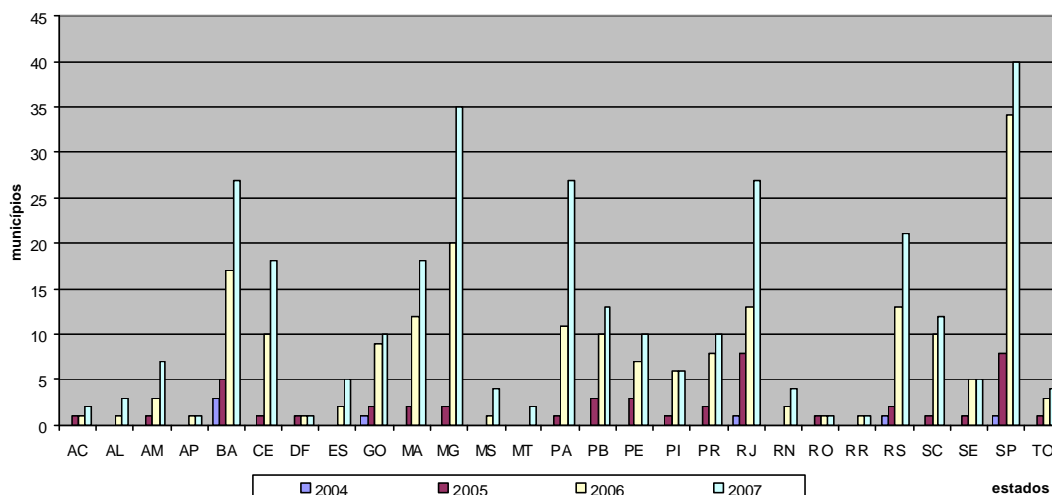


Tabela X - Incremento de municípios dos estados participantes do PFPB entre os anos de 2005 e 2007. PFPB, 2007.

Estados	Nº de municípios nos anos		Incremento de municípios	
	2005	2007	Número	Percentual
AC	1	2	1	100%
AL	0	3	3	N/A
AM	1	7	6	600%
AP	0	1	1	N/A
BA	5	27	22	440%
CE	1	18	17	1700%
DF	1	1	0	0%
ES	0	5	5	N/A
GO	2	10	8	400%
MA	2	18	16	800%
MG	2	35	33	1650%
MS	0	4	4	N/A
MT	0	2	2	N/A
PA	1	27	26	2600%
PB	3	13	10	333%
PE	3	10	7	233%
PI	1	6	5	500%

PR	2	10	8	400%
RJ	8	27	19	238%
RN	0	4	4	N/A
RO	1	1	0	0%
RR	0	1	1	N/A
RS	2	21	19	950%
SC	0	12	12	N/A
SE	1	5	4	400%
SP	8	40	32	400%
TO	1	4	3	300%
TOTAL	46	314	268	583%

N/A – não se aplica

Os dados acima deixam claro que a evolução de municípios participantes segue o mesmo padrão da evolução das unidades, com municípios do Pará, Ceará, Minas Gerais e Rio Grande do Sul apresentando o maior incremento.

Ao agregarmos os estados por região (Gráfico VII), fica clara a predominância de municípios das regiões Sudeste e Nordeste do país em todos os anos de existência do Programa. O incremento entre os anos de 2005 e 2007 é grande para todas as regiões, sendo as regiões Norte e Sul as regiões onde a diferença foi maior (Tabela XI).

Gráfico VII – Evolução dos municípios ao longo dos anos, por Região. PFPB, 2007.

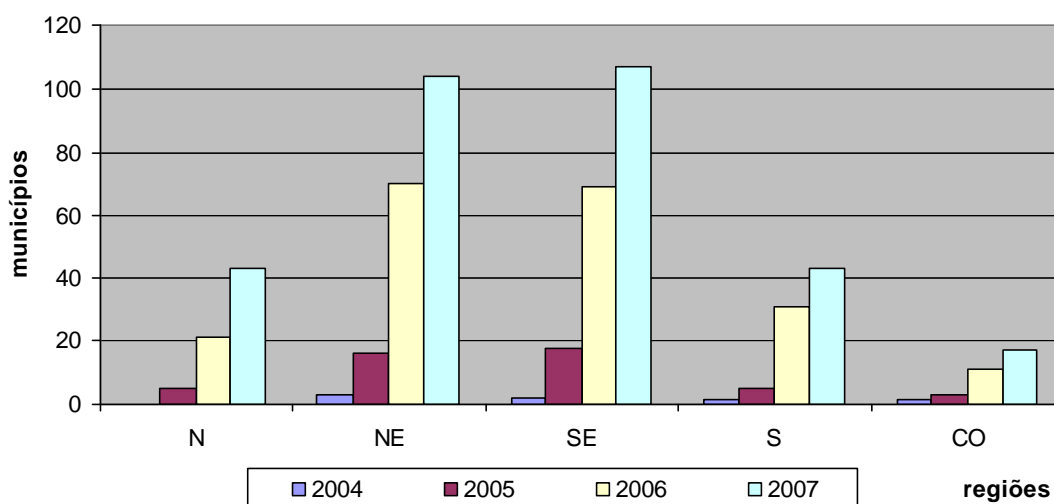


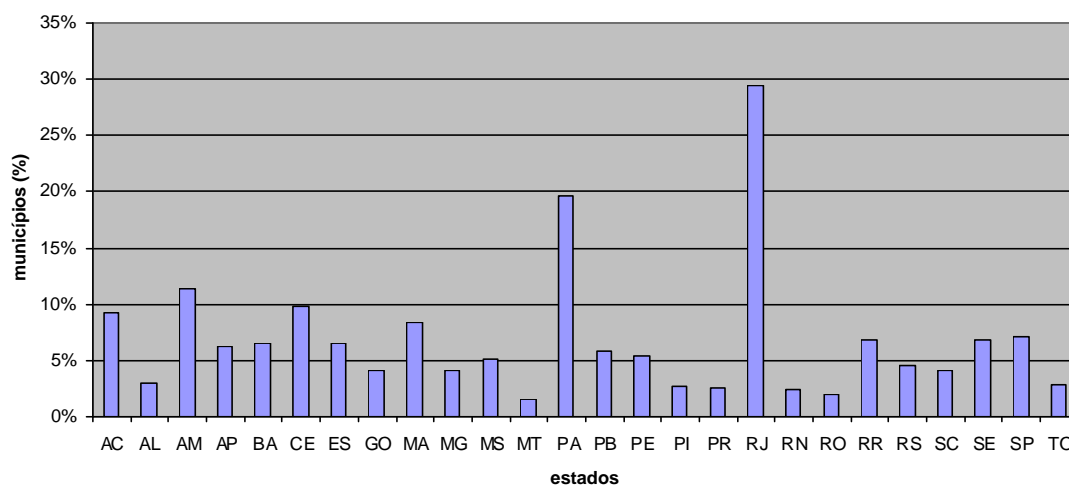
Tabela XI – Incremento de municípios do PFPB entre os anos de 2005 e 2007, por Região. PFPB, 2007.

Regiões	Anos		Incremento	
	2005	2007	Municípios	%
N	5	43	38	760%
NE	16	104	88	550%
SE	18	107	89	494%
S	5	43	38	760%
CO	3	17	14	467%
TOTAL	47	314	267	568%

Entretanto, ao contrastarmos com as unidades, vê-se que, apesar de seguirem o mesmo padrão na evolução do Programa, o aumento das últimas é ligeiramente maior do que o de municípios, o que mostra que ao longo da expansão do Programa alguns municípios foram contemplados com mais de uma unidade. Atualmente, o número médio é de 1,3 unidades por município participante do Programa.

O Gráfico VIII estabelece a relação entre o número de municípios participantes do Programa e o total de municípios de cada estado. O Distrito Federal foi excluído da análise, pois atinge os 100%, já que sua única unidade territorial é contemplada pelo Programa. De maneira geral, os estados apresentam baixa proporção de municípios participantes. Apenas Rio de Janeiro e Pará apresentam aproximadamente 30% e 20% de seus municípios participando do Programa, respectivamente. Todos os demais estados se situam abaixo dos 10%.

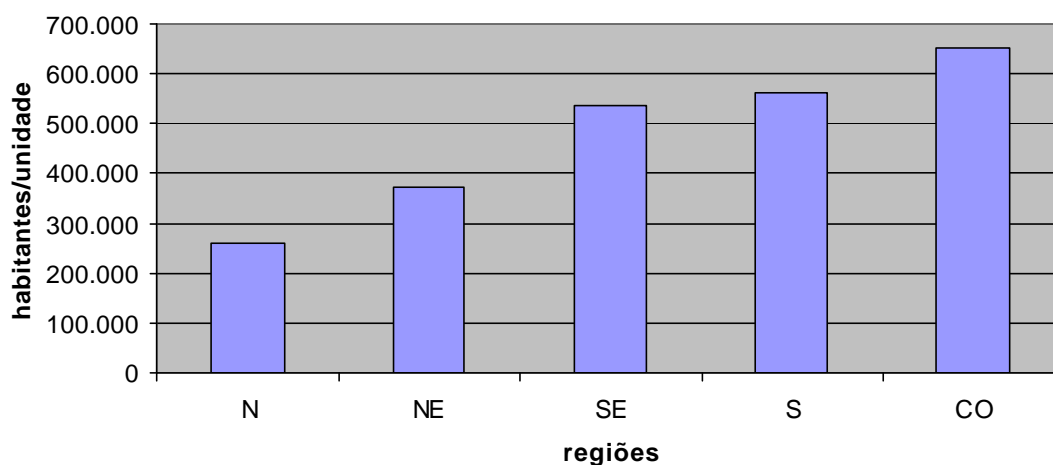
Gráfico VIII – Proporção de municípios atendidos pelo Programa, por estados do Brasil. PFPB, 2007.



Relação entre número de unidades e habitantes (indicador 2.1)

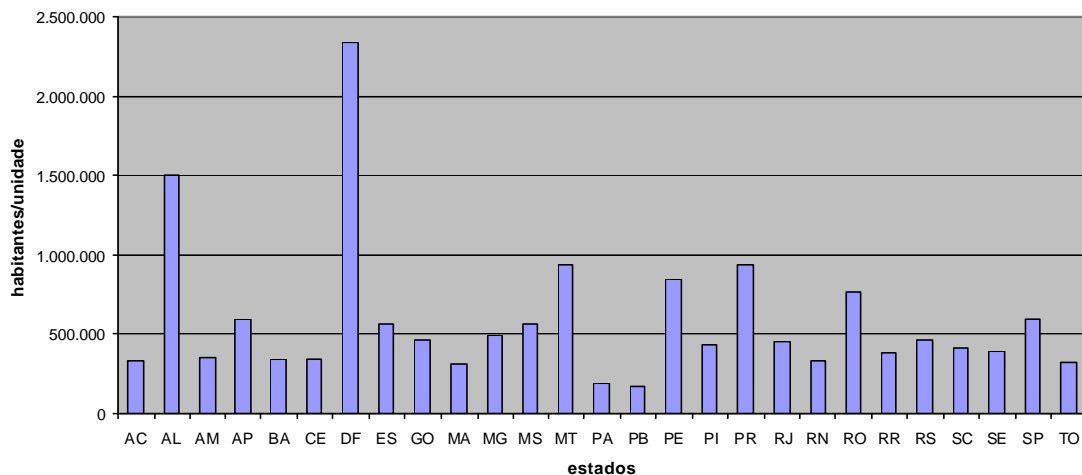
No que tange à caracterização da rede, falar de “unidades por habitantes” é mais adequado que “habitantes por unidades”; esta última forma talvez seja mais afeita à cobertura. No entanto, os valores resultantes fariam pouco nexo. Assim, escolheu-se falar de habitantes por unidade, o que pode ser observado no Gráfico IX. Podemos observar que as regiões Norte e Nordeste são as que possuem menor número de habitantes por unidade do PFPB.

Gráfico IX – Proporção de habitantes por unidade do PFPB, por região. PFPB, 2007.



O Gráfico X demonstra a mesma relação desmembrada em estados. Podemos perceber que a maioria possui menos de 500.000 habitantes por unidade do Programa, com destaque para Pará e Pernambuco. Entretanto, nenhum dos estados se situa abaixo da faixa dos 100.000 habitantes por unidade.

Gráfico X – Proporção de habitantes por unidade, por estados do Brasil, 2007



No entanto, o Programa delimita uma população abrangida pelas unidades e esta não diz respeito à população total do Estado, já que na maioria dos casos, a extensão territorial dos mesmos não permite que toda sua população acesse as unidades instaladas. Tais parâmetros serão mais bem explicitados pelo indicador de cobertura.

Lista de medicamentos que compõem o Programa (indicador 2.5)

Segundo informações do Programa, o elenco inicial era composto por 85 apresentações farmacêuticas, mas em outubro de 2004, foram incluídos cinco novos itens que já constavam na proposta inicial mas que só puderam ser disponibilizados neste segundo momento: acetato de medroxiprogesterona injetável, brometo de n-butilescopolamina, clorpromazina, fenitoína e preservativo masculino. Posteriormente foram retirados da lista o hidróxido de alumínio e magnésio, sulfadiazina e miconazol pó. Foram acrescentadas, ainda, apresentações diferentes dos medicamentos diazepam, fluconazol, metildopa e paracetamol, além do tiabendazol pomada a 5%, totalizando 92 itens. Em maio

de 2005, em virtude da demanda, foram incluídos 4 novos medicamentos: mononitrato de isossorbida, biperideno, atenolol e sinvastatina.

Atualmente a lista de medicamentos do Programa é composta por 107 itens, mas este número se reduz para 96 (mais o preservativo masculino) se não levarmos em consideração as variações de tamanho de embalagem, o que acontece para 10 itens. Com isso, tem-se 96 apresentações representando 71 medicamentos de diferentes classes terapêuticas, tais como: analgésicos, antiinflamatórios, antiinfetantes, medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central e periférico, anti-hipertensivos, anti-diabéticos, entre outros (Quadro IV).

Quadro IV – Lista de medicamentos do PFPB. PFPB, 2007.

	Medicamentos	Concentração
1	acetato de medroxiprogesterona	150 mg/ml
2	aciclovir	200mg/comp
3	ácido acetilsalicílico	500mg/comp.
	ácido acetilsalicílico	100mg/comp.
4	ácido fólico	5mg/comp.
5	albendazol	400mg/comp. Mastigável
6	alopurinol	100mg/comp.
7	amiodarona	200mg/comp.
8	amitriptilina(cloridrato)	25mg/comp.
9	amoxicilina	500mg/cáps.
	amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp. Oral
10	atenolol	25mg/comp.
11	azatioprina	50mg/comp.
12	azitromicina	500mg/comp.
13	benzilpenicilina benzatina	1.200.000ui/pó p/sus. inj.
14	benzilpenicilina procaína+potássica	300.000+100.000ui/pó/sus. inj.
15	benzoato de benzila	200mg/ml/emulsão
16	biperideno	2mg/comp.
17	brometo de n-butilescopolamina	10 mg/frasco
18	captopril	25mg/comp. Sulcado
19	carbamazepina	200mg/comp.
20	carbidopa + levodopa	25mg + 250mg/comp.
21	cefalexina(cloridrato ou sal sódico)	500mg/cáps.
	cefalexina(cloridrato ou sal sódico)	250mg/5ml/susp. Oral
22	cetoconazol	200mg/comp.
23	ciprofloxacino	500mg/comp.
24	cloreto de potássio	60mg/ml/xpe.
25	cloreto de sódio 0,9%	9mg/ml/sol. Nasal
26	clorpromazina	25mg/comp.
	clorpromazina	100mg/comp.
27	dexametazona	Crem.0,1%

28	dexclorfeniramina(maleato)	2mg/comp.
	dexclorfeniramina(maleato)	0,4mg/sol. Oral
29	diazepam	5mg/comp.sulcado
	diazepam	10mg/comp.sulcado
30	digoxina	0,25mg/comp.
31	dipirona	500mg/ml gts
32	doxiciclina	100mg/comp.
33	enalapril	10mg/comp.
	enalapril	20mg/comp.
34	enantato de noretisterona+valerato de estradiol	50mg+5mg/injetável
35	eritromicina(estearato ou etilsuccinato)	125mg/5ml/susp. Oral
	eritromicina(estearato ou etilsuccinato)	500mg/comp./cáps.
36	etinilestradiol+levonorgestrel	0,03mg+0,15mg/comp
37	fenitoína	100mg/comp.
38	fenobarbital	100mg/comp.
39	fluconazol	100mg/rev.
	fluconazol	150mg/rev.
40	furosemida	40mg/comp.
41	glibenclamida	5mg/comp.
42	haloperidol	1mg/comp.
	haloperidol	5mg/comp.
	haloperidol	2mg/ml/sol. Oral
43	hidroclorotiazida	25mg/comp.
44	ibuprofeno	300mg/comp.
45	levonorgestrel	0,75mg/comp.
46	mebendazol	100mg/comp.
	mebendazol	100mg/5ml/sup. Oral
47	metformina	500mg/comp.
	metformina	850mg/comp
48	metildopa	250mg/comp.rev.
	metildopa	500mg/comp.rev.
49	metoclopramida (cloridrato)	10mg/comp.
	metoclopramida (cloridrato)	4mg/ml/sol.oral
50	metronidazol	250mg/comp.
	metronidazol	5% creme vaginal
	metronidazol (benzoato)	200mg/5ml/susp. Oral
51	miconazol (nitrato)	2%/loção
	miconazol (nitrato)	2%/pó
52	monitrato de isossorbida	20mg/comp.
53	neomicina (sulfato) + bacitracina (zíncica)	5mg + 250ui/g/pom.
54	nifedipina	20mg/comp.lib.cont.
55	nistatina	25.000 UI/crem. Vaginal
	nistatina	100.000 UI/ml/ susp. Oral
56	noretisterona	0,35mg/comp.
57	omeprazol	20mg/cáps.
58	paracetamol	500mg/comp.
	paracetamol	200mg/ml/sol. Oral gts
	paracetamol	100mg/ml/sol. oral gts.
59	prednisona	20mg/comp.
	prednisona	5mg/comp.
60	prometazina (cloridrato)	25mg/comp.
61	propranolol (cloridrato)	40mg/comp.
62	ranitidina	150mg/comp.

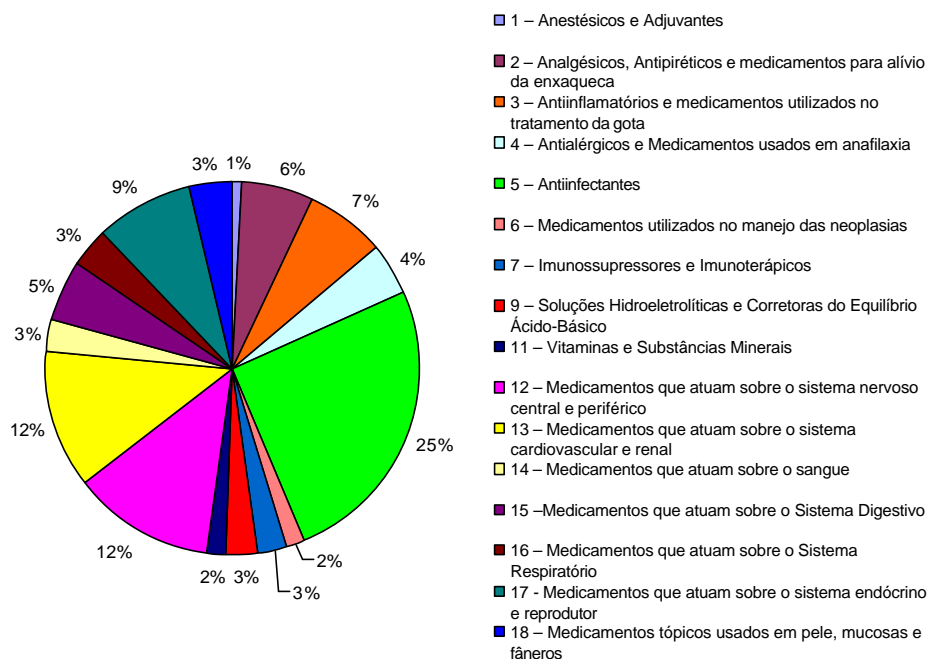
63	sais p/ reidratação oral	pó p/sol. Oral
64	salbutamol (sulfato)	2mg/comp. Sulcado
	salbutamol (sulfato)	2mg/5ml/xpe.
65	sinvastatina	20mg/comp.
66	sulfametoxazol + trimetoprima	400mg + 80mg/comp
	sulfametoxazol + trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp. Oral
67	sulfasalazina	500mg/comp.
68	sulfato ferroso	40mg Fe(II)/comp. rev.
	sulfato ferroso	25mg/ml Fe(II)/sol. Oral
69	tiabendazol	5%/pom.
70	valproato de sódio	50mg/ml/xpe.
71	verapamila(cloridrato)	80mg/comp.
	preservativo masculino	(correlato)

Das 96 formas farmacêuticas, 76 constam na Rename 2006. Dos 20 restantes, 12 constavam na Rename 2002, mas foram retirados ou substituídos na nova edição; 17 estão presentes na Rename 2006, mas em concentrações ou formas farmacêuticas distintas. Oito medicamentos do PFPB não constam em nenhuma das duas últimas Renames (Anexo III).

Percentual de medicamentos que pertencem à lista do PFPB, por classe terapêutica (indicador 2.6)

A análise dos medicamentos que compõem a lista (Gráfico XI) permite perceber uma grande variedade de classes terapêuticas contempladas. Algumas menos representadas com proporções entre 1% e 9% e outras mais como os antiinfecantes (25%), medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central e periférico (12%) e medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular e renal (12%). Estes, juntos, representam praticamente 50% da lista de medicamentos do Programa.

Gráfico XI - Medicamentos do PFPB por Grupo Farmacológico. PFPB, 2007.



Processo

Critérios para formulação da lista de medicamentos do Programa (indicador 3.1)

Segundo o entrevistado nº 2, no início da elaboração do Programa buscou-se um parâmetro para a seleção dos medicamentos que seriam oferecidos. Neste caso o modelo do Lafepe não pôde ser totalmente aproveitado, pois fugia aos critérios necessários para o uso racional, ao prestar atendimento sem receituário e ao possuir produtos que não constavam na Rename, sendo sua lista formulada, principalmente, de acordo com a demanda.

Com isso, algumas diretrizes foram primeiramente estabelecidas. A Rename para determinação do elenco, seguindo a Política Nacional de Medicamentos, que privilegia esta lista. Além disso, a proposta inicial era a de dar prioridade aos medicamentos produzidos por laboratórios oficiais; não havendo todos, passava-se a priorizar aqueles com registro de genérico. Em último caso, em não havendo registro de genérico, recorrer-se-ia ao setor privado para, aí sim, saber quais os medicamentos de maior demanda, o que sugeriria inclusão.

Finalmente, segundo consta em documentos do Programa, a formulação da lista de medicamentos fornecidos pelo Programa levou em consideração os seguintes pontos ⁹⁸:

- critérios epidemiológicos, considerando as principais doenças que atingem a população brasileira e cujos tratamentos geram maior impacto no orçamento familiar. Foram eleitos os medicamentos mais eficazes e seguros indicados para tratar tais doenças;
- a Rename, contemplando no mínimo um medicamento de cada um dos seus principais grupos terapêuticos;
- alguns medicamentos que já apresentam dados e informações clínicas suficientes para subsidiar uma proposta de inclusão na Rename e têm impacto importante nos orçamentos familiares;
- capacidade produtiva dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais;
- disponibilidade de registro como medicamentos genéricos;
- medicamentos que compõem os Programas Assistenciais do Ministério da Saúde; sugestões apresentadas pela equipe técnica do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids - DST/Aids (medicamentos que atendam às enfermidades oportunistas, e preservativos masculinos); sugestões apresentadas pela equipe do Ministério da Saúde, a partir da avaliação do estatuto do idoso; sugestões apresentadas pela equipe do Programa de Saúde da Mulher (inclusão de anticoncepcionais orais e injetáveis).

Também foi prevista pelo Programa a possibilidade de inclusão de novos medicamentos e de adaptações regionais, de acordo com as demandas locais, o que deveria ocorrer mediante sugestões e a devida avaliação da sua justificativa ⁹⁸.

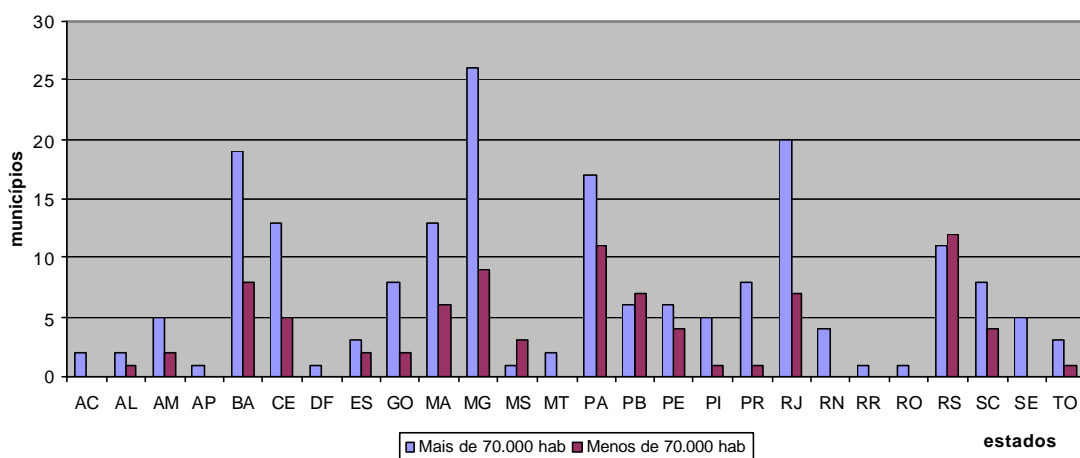
Critérios para definição dos locais prioritários para instalação das unidades (indicador 3.2)

Segundo documentos do Programa, o Projeto de implantação das Farmácias baseou-se em modelos distintos de unidades. Estas foram se situando, prioritariamente, em locais estratégicos, municípios cujo perfil socioeconômico da população fosse compatível com os objetivos do Programa, ou seja, aquela população que faz uso do setor privado e sob a qual os custos do tratamento medicamentoso incidem de forma mais importante.

Segundo o entrevistado nº 3, passados os primeiros momentos de implantação estabeleceu-se que os municípios candidatos a receberem unidades do Programa deveriam atender ao critério de possuírem mais de 100.000 habitantes no estado de São Paulo e mais de 70.000 habitantes nos demais estados do país. Além disso, a proporção de unidades instaladas deveria ser de 1:100.000 habitantes. Uma vez já atendidas as regiões tidas como estratégicas, foi dada uma alternativa para aqueles municípios que não atingiam tais critérios. Estes poderiam possuir unidades que atendessem à microrregião, levando-se em consideração a importância regional, a área abrangida e a acessibilidade.

Após mais de 3 anos desde o início do Programa, a conformação que temos demonstra que na maioria dos estados, os municípios contemplados com o Programa obedeceram a tal pré-requisito. Ainda assim, podem ser observados muitos casos onde os municípios contemplados possuem um número menor de habitantes do que o estipulado como mínimo pelo Programa (Gráfico XII). No caso de estados como Mato Grosso do Sul, Paraíba e Rio Grande do Sul, podemos observar que a quantidade de municípios com menos de 70.000 habitantes supera a quantidade de municípios com mais de 70.000 habitantes.

Gráfico XII - Municípios com unidades do PFPB, por estados. PFPB, 2007.



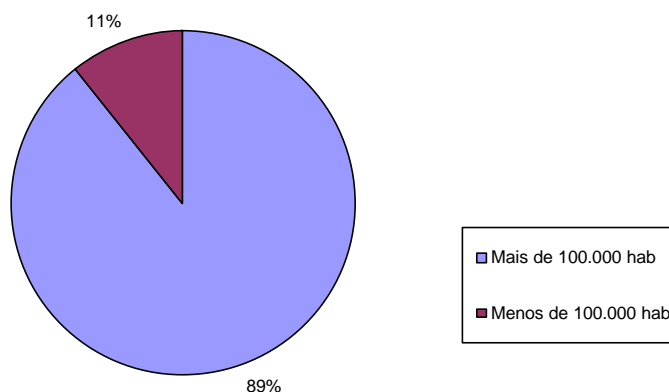
Entretanto, considerando-se o critério das microrregiões, através da Tabela XII podemos perceber que a maioria dos municípios com menos de 70.000 habitantes, que possui uma unidade do PFPB, contempla uma microrregião. Em 8 estados, todos os municípios com menos de 70.000 habitantes estão envolvidos com uma microrregião, elevando assim o número de habitantes que têm a possibilidade de utilizar o Programa. Vinte municípios atendidos pelo Programa, no entanto, ainda fogem aos critérios populacionais estabelecidos. Não se consegue vislumbrar viés regional.

Tabela XII – Número de municípios (com exceção de São Paulo) e microrregiões participantes do Programa. PFPB, 2007.

Estados	Municípios		microrregião	% de municípios com < 70.000 habitantes que atendem a uma microrregião
	> 70.000 hab	< 70.000 hab		
AL	2	1	1	100%
AM	5	2	1	50%
BA	19	8	6	75%
CE	13	5	5	100%
ES	3	2	1	50%
GO	8	2	2	100%
MA	13	6	6	100%
MG	26	9	2	22%
MS	1	3	2	67%
PA	17	11	9	82%
PB	6	7	6	86%
PE	6	4	4	100%
PI	5	1	1	100%
PR	8	1	1	100%
RJ	20	7	6	86%
RS	11	12	9	75%
SC	8	4	3	75%
TO	3	1	1	100%

Com relação ao estado de São Paulo, que tem o critério populacional diferenciado, em vista de seu grande número de habitantes, 5 (11%) dos municípios participantes do Programa possuem menos de 100.000 habitantes, entretanto apenas um destes municípios eleva o número de pessoas abrangidas para mais de 100.000 ao atender a uma microrregião (Gráfico XIII).

Gráfico XIII - Percentual de Municípios com unidades do PFPB de acordo com o critério populacional de 100.000 habitantes no estado de São Paulo. PFPB, 2007.



Compra de medicamentos pelo Programa (indicador 3.3)

Segundo o entrevistado nº 2, o cálculo da quantidade de medicamentos necessários para abastecimento do Programa também foi baseado na experiência do Lafepe. Utilizaram-se dados da demanda desta iniciativa para quantificar o atendimento.

A realização da compra ficou a cargo da Fiocruz, mas por ser um Programa definido como marca de Governo passou a ter acompanhamento estreito pelo gabinete do Ministro.

O fortalecimento dos laboratórios oficiais era uma meta do programa, entretanto isto não se deu da forma idealizada devido a motivos diversos, como o não cumprimento de contratos por parte destes laboratórios, o elenco restrito de medicamentos produzidos, além da falta de apoio, pois atribuíam ao Programa um cunho político-partidário grande. E como muitos laboratórios são ligados a estados, muitos não aderiram.

Entretanto, seguindo a lógica estabelecida para a aquisição dos medicamentos, os laboratórios oficiais foram consultados sobre o que poderiam produzir. À época (2003), todos estavam com capacidade de atendimento muito baixa. Na lei ficou estabelecido que só fossem usados os excedentes da produção sem

prejudicar a distribuição gratuita. O que não pudesse ser suprido por eles, seria aberto aos laboratórios privados.

No início, as compras foram feitas principalmente através de representantes, pois os fabricantes não se apresentavam para os pregões. Entretanto, com o passar do tempo e com a evolução do Programa os fabricantes passaram a comparecer, possivelmente como resultado de atribuição de credibilidade ao Programa.

O Programa tem como base o compromisso de nunca permitir a falta de medicamento. A Fiocruz, responsável pela aquisição dos medicamentos, realiza as compras através de processos licitatórios, regidos pela Lei 8.666/93 ⁶¹.

Nos documentos do Programa encontra-se também descrita a priorização de medicamentos genéricos, sempre que disponíveis no mercado. Além disso, a Fiocruz é responsável também pelo armazenamento e distribuição dos medicamentos para as unidades, tanto do modelo 1 quanto do modelo 2. Tais medicamentos são identificados com a logomarca do Programa e cada unidade é abastecida com o quantitativo necessário para sua operação, o que é controlado, de forma informatizada e centralizada, pela Fiocruz.

O programa fornece medicamentos mediante ressarcimento, cujo valor foi estabelecido pelo Conselho Gestor do Programa, sendo único para cada medicamento e o mesmo para todas as unidades do país, nos modelos 1 e 2. O ressarcimento dos medicamentos refere-se ao seu valor de compra associado às despesas administrativas do programa, sem que haja o objetivo de qualquer tipo de lucro.

Critérios de elegibilidade da população alvo (indicador 3.4)

Segundo a documentação pesquisada e as respostas dos entrevistados, o Programa não possui barreiras de acesso, a não ser a necessidade de uma prescrição médica. Com isso, qualquer pessoa pode adquirir medicamentos nas unidades, independente de sua procedência ser da rede pública ou privada.

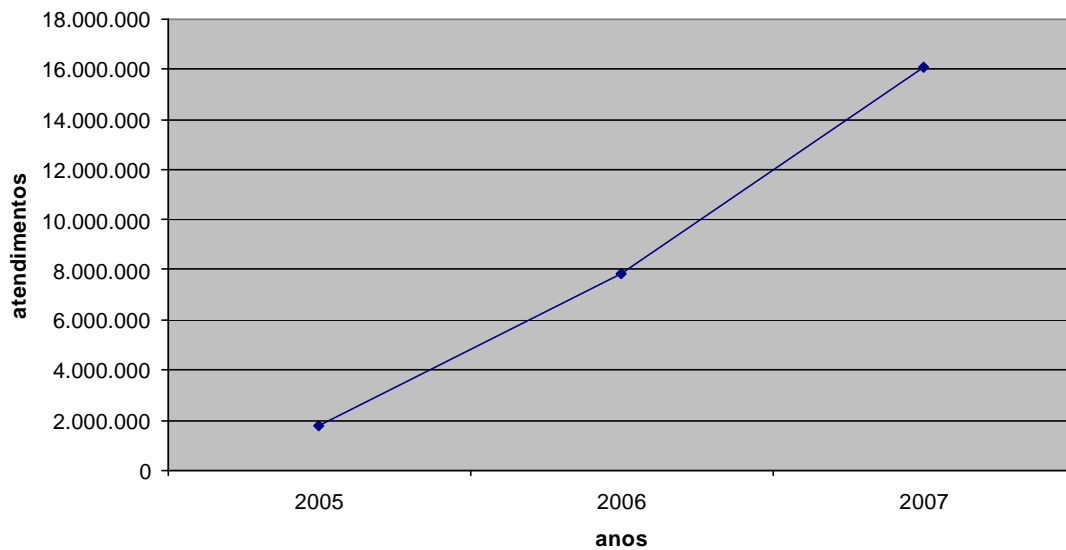
Segundo o entrevistado nº 2, decidiu-se que não haveria discriminação de receita médica (SUS ou não SUS) porque constataram, através de entrevistas realizadas com usuários do Lafepe, a existência de usuários do SUS que faziam a opção de comprar na rede privada.

O Programa, entretanto, foi idealizado visando, principalmente, uma faixa populacional específica, aquela formada por pessoas que não utilizam serviços do SUS, que possuem planos de saúde de baixa cobertura e que possuem rendimento familiar de 4 a 10 salários mínimos. Estas pessoas, muitas vezes não conseguem adquirir e/ou completar o tratamento com medicamentos devido ao peso que estes representam no orçamento familiar, como já demonstrado na III (pg. 45), e por não utilizarem o SUS, não recebem medicamentos de forma gratuita. Em vista disso o Programa se adequaria a esta faixa da população que teoricamente se mantinha à margem do acesso a medicamentos.

Número total de atendimentos do PFPB (indicador 3.5)

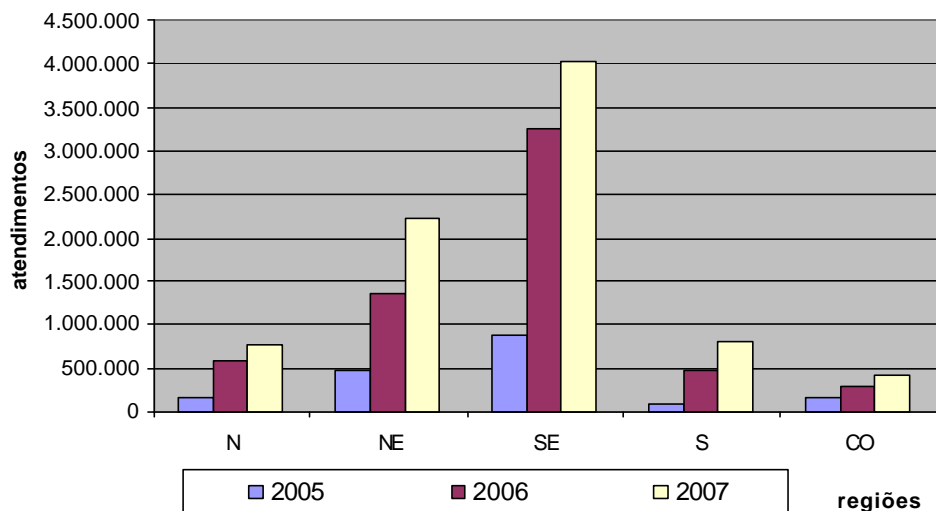
Como já foi dito, o principal objetivo do PFPB é a ampliação do acesso a medicamentos para a população. Neste sentido, as unidades do Programa disponibilizam medicamentos a todos que possuem prescrição médica. Entre os anos de 2005 e 2007 houve uma grande evolução no número de atendimentos, totalizando cerca de 16 milhões ao longo destes anos, como mostra o Gráfico XIV (dados cumulativos).

Gráfico XIV – Evolução dos atendimentos realizados pelo PFPB. PFPB, 2007



O Gráfico XV (dados pontuais) desmembra os dados entre as regiões e com isso pode-se perceber que a região Sudeste é a região com maior número de atendimentos em todos os anos de existência do Programa, seguida pela região Nordeste.

Gráfico XV – Evolução do número de atendimentos realizados pelo PFPB ao longo dos anos, por região. PFPB, 2007.



A Tabela XIII demonstra o mesmo dado e através dela podemos perceber que, para todas as regiões, com exceção do Centro-Oeste, o número de atendimentos dobra ou mais entre os anos de 2005 e 2006. Mais uma vez a região Sudeste é a que mais se destaca em todos os anos, seguida pela região Nordeste. Com isso percebemos que o padrão no número de atendimentos também acompanha o quantitativo de unidades das regiões.

Tabela XIII – Número de atendimentos realizados pelo PFPB ao longo dos anos, por região. PFPB, 2007.

Anos	N	NE	SE	S	CO
2005	163.819	477.865	868.360	98.137	158.534
2006	587.809	1.454.617	3.240.563	472.235	292.395
2007	764.210	2.216.596	4.035.848	814.877	427.879
TOTAL	1.515.838	4.149.078	8.144.771	1.385.249	878.808

Medicamentos mais consumidos pelos usuários do PFPB (indicador 3.6)

O consumo de medicamentos é estimado pelo número de unidades vendidas. Do momento que a análise é feita para traçar perfil do Programa e que este tem por objetivo aumentar acesso, não foram levados em consideração aqui, dados de medicamentos mais rentáveis ao Programa. As Tabelas XIV a XVIII demonstram os medicamentos mais consumidos em cada uma das regiões do país.

Tabela XIV – Medicamentos mais vendidos na Região Norte no ano 2006. PFPB, 2007.

Medicamento e Código ATC	Quantidade de comprimidos vendidos	Percentual	Percentual acumulado
captopril 25 mg (C09AA01)	2.231.980	8%	8%
omeprazol 20mg (A02BC01)	2.119.446	8%	16%
sinvastatina 20mg (C10AA01)	1.996.700	7%	23%
nifedipina 20mg (C08CA05)	1.819.980	7%	29%
ácido acetilsalicílico 100mg (B01AC06)	1.108.200	4%	33%
atenolol 25mg (C07AB03)	1.088.840	4%	37%
enalapril 20mg (C09AA02)	998.730	4%	41%
hidroclorotiazida 25mg (C03AA03)	985.180	4%	44%
ranitidina (A02BA02)	833.150	3%	47%
metformina (A10BA02)	816.460	3%	50%

Tabela XV – Medicamentos mais vendidos na Região Nordeste no ano 2006. PFPB, 2007.

Medicamento e Código ATC	Quantidade de comprimidos vendidos	Percentual	Percentual acumulado
omeprazol 20mg (A02BC01)	7.475.328	10%	10%
sinvastatina 20mg (C10AA01)	7.038.590	10%	20%
captopril 25mg (C09AA01)	5.742.460	8%	28%
nifedipina 20mg (C08CA05)	3.991.400	5%	33%
hidroclorotiazida 25mg (C03AA03)	3.653.580	5%	38%
atenolol 25mg (C07AB03)	3.587.350	5%	43%
enalapril 10mg (C09AA02)	2.604.670	4%	47%
enalapril 20mg (C09AA02)	2.419.850	3%	50%
ácido acetilsalicílico 100mg (B01AC06)	1.956.040	3%	53%
metformina 850mg (A10BA02)	1.906.460	3%	55%

Tabela XVI – Medicamentos mais vendidos na Região Sudeste no ano 2006. PFPB, 2007.

Medicamento e Código ATC	Quantidade de comprimidos vendidos	Percentual	Percentual acumulado
sinvastatina 20mg (C10AA01)	25.510.310	10%	10%
omeprazol 20mg (A02BC01)	23.341.010	9%	19%
captopril 25mg (C09AA01)	19.104.360	8%	27%
atenolol 25mg (C07AB03)	16.328.180	6%	33%
enalapril 10mg (C09AA02)	14.433.370	6%	39%
hidroclorotiazida 25mg (C03AA03)	11.769.100	5%	44%
enalapril 20mg (C09AA02)	10.625.280	4%	48%
metformina 850mg (A10BA02)	9.668.120	4%	52%
nifedipina 20mg (C08CA05)	8.060.220	3%	55%
ácido acetilsalicílico 100mg (B01AC06)	7.973.280	3%	58%

Tabela XVII – Medicamentos mais vendidos na Região Sul no ano 2006. PFPB, 2007.

Medicamento e Código ATC	Quantidade de comprimidos vendidos	Percentual	Percentual acumulado
sinvastatina 20mg (C10AA01)	4.446.400	14%	14%
omeprazol 20mg (A02BC01)	3.603.082	11%	25%
atenolol 25mg (C07AB03)	2.640.090	8%	34%
enalapril 10mg (C09AA02)	1.839.480	6%	39%
enalapril 20mg (C09AA02)	1.827.350	6%	45%
captopril 25mg (C09AA01)	1.378.100	4%	49%
hidroclorotiazida 25mg (C03AA03)	1.202.280	4%	53%
metformina 850mg (A10BA02)	1.022.630	3%	56%
paracetamol 500mg (N02BE01)	902.480	3%	59%
ácido acetilsalicílico 100mg (B01AC06)	801.170	3%	62%

Tabela XVIII – Medicamentos mais vendidos na Região Centro-Oeste no ano 2006. PFPB, 2007.

Medicamento e Código ATC	Quantidade de comprimidos vendidos	Percentual	Percentual acumulado
enalapril 20mg (C09AA02)	2.424.210	9%	9%
omeprazol 20mg (A02BC01)	2.424.086	9%	18%
atenolol 25mg (C07AB03)	1.562.920	6%	24%
nifedipina 20mg (C08CA05)	1.459.780	6%	30%
enalapril 10mg (C09AA02)	1.331.350	5%	35%
captopril 25mg (C09AA01)	1.317.700	5%	40%
sinvastatina 20mg (C10AA01)	1.316.700	5%	45%
hidroclorotiazida 25mg (C03AA03)	1.235.560	5%	49%
ranitidina 150mg (A02BA02)	1.050.720	4%	53%
metformina 850mg (A10BA02)	972.830	4%	57%

Para todas as regiões podemos observar que os medicamentos mais vendidos são praticamente os mesmos: atenolol, captopril, enalapril, hidroclorotiazida, metformina, omeprazol e sinvastatina. A nifedipina não consta entre os 10 mais consumidos; apenas na região Sul e o ácido acetilsalicílico apenas na região Centro-Oeste. Já o paracetamol aparece entre os dez mais consumidos apenas na região Sul e a ranitidina nas regiões Norte e Centro-Oeste. As variações que ocorrem dizem respeito à colocação destes medicamentos no *ranking* de cada região. Dos 11 medicamentos citados entre os 10 mais vendidos, entre todas as regiões, 64% são medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular.

Há medicamentos que, embora não estejam entre os mais consumidos, estão entre os que mais arrecadam para o PFPB. São eles, além daqueles mais consumidos, a cefalexina, a azitromicina, o ciprofloxacino, o fluconazol, a metildopa, a carbamazepina, a amoxicilina, a amitriptilina e a amiodarona (Anexo IV).

Os Gráficos XVI e XVII (abaixo) mostram os dez medicamentos mais consumidos por região. No primeiro gráfico, apresenta-se o consumo absoluto em número de DDD e observa-se supremacia da região Sudeste em relação às demais. No entanto, este tipo de apresentação da DDD não é proporcional à população. Quando se normaliza pela população adstrita, por região, nota-se

ainda consumo mais importante no Sudeste, mas os padrões do Norte e do Nordeste passam a ser bastante semelhantes. O Sul apresenta padrão de consumo intermediário, enquanto que o Centro-Oeste não apresenta padrão semelhante a quaisquer das demais regiões. O perfil dos medicamentos mais consumidos no Centro-Oeste é, na verdade, bastante discrepante. Nesta região, os consumos de enalapril – principalmente - e de omeprazol são maiores do que em todas as demais regiões, e o consumo de sinvastatina é o segundo mais alto após o Sudeste.

Gráfico XVI – Número de DDDs (absoluto), por regiões do Brasil no ano de 2006. PFPB, 2007

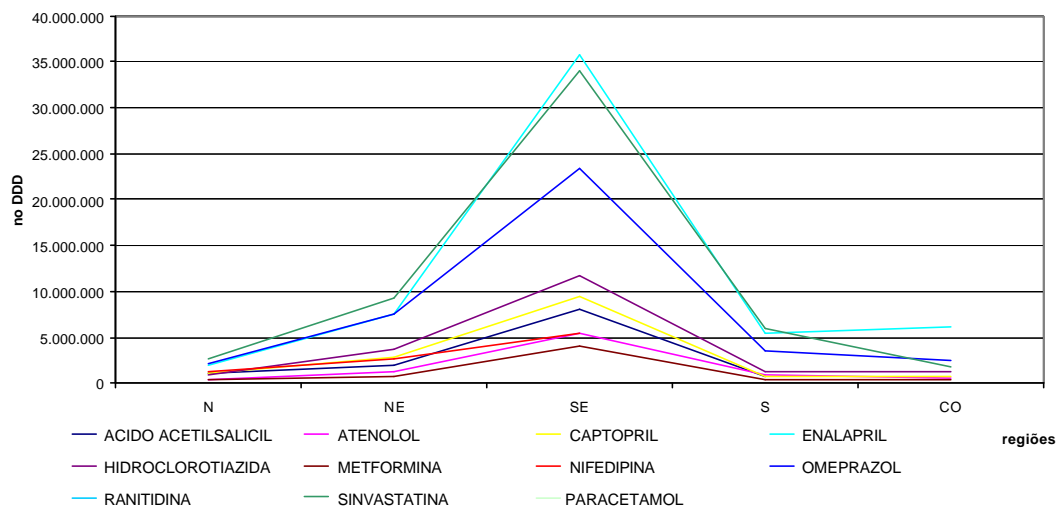
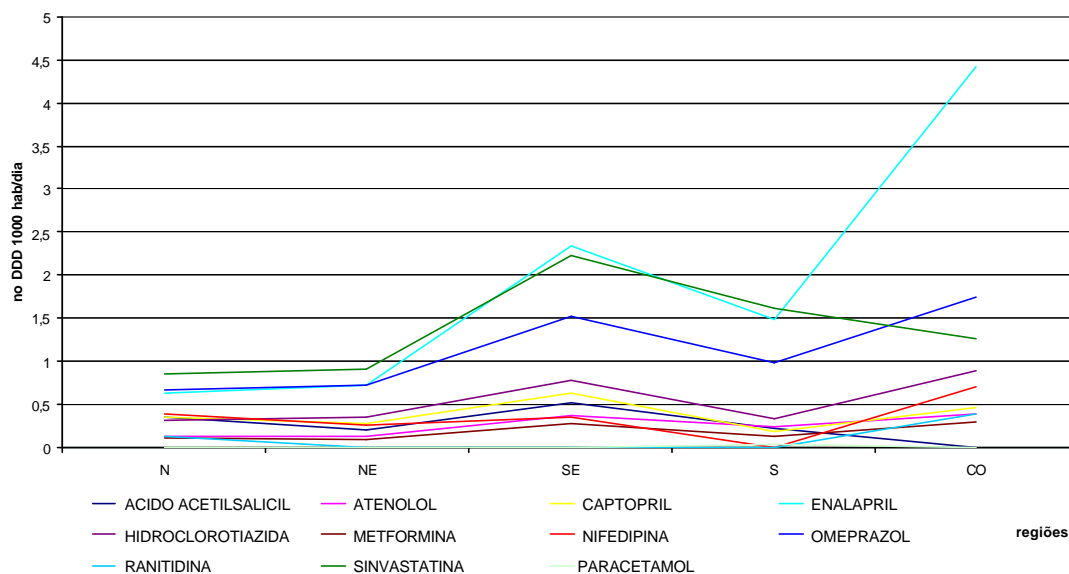


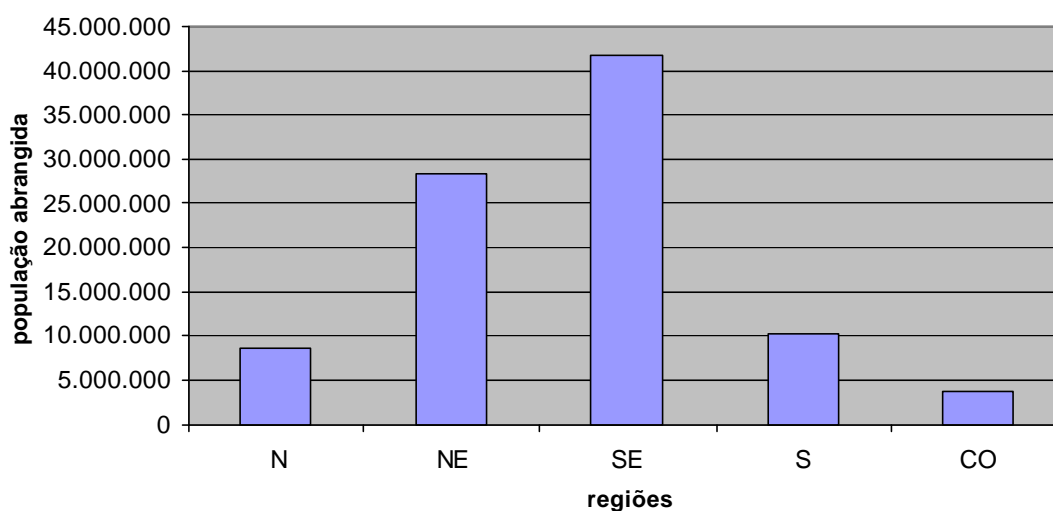
Gráfico XVII – Número de DDD/1.000 hab/dia, por regiões do Brasil no ano de 2006. PFPB, 2007



Cobertura (indicador 3.7)

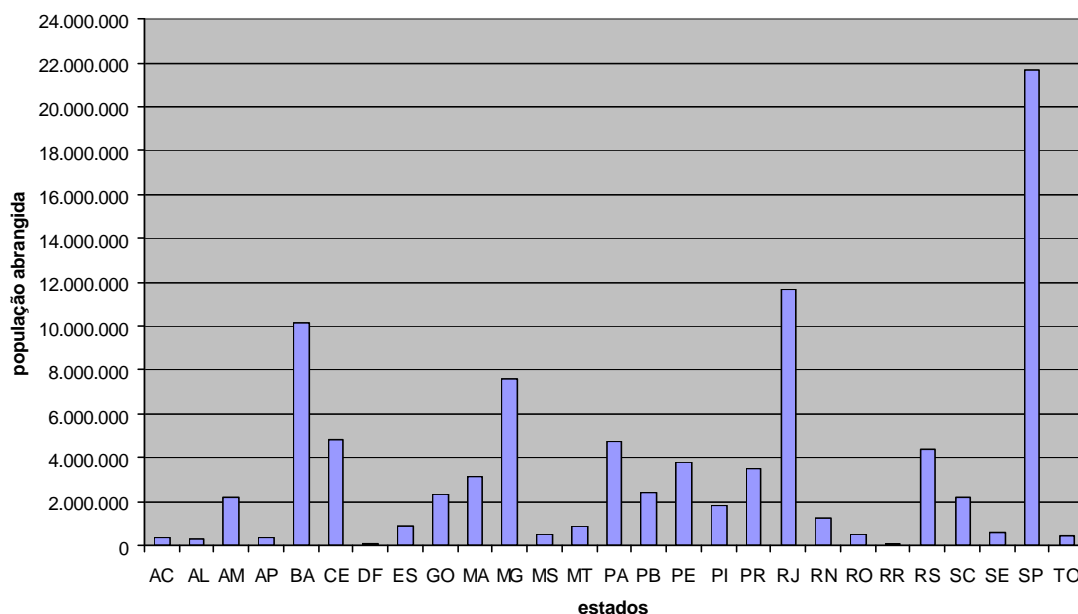
Ao longo dos últimos 4 anos, o Programa foi se estabelecendo no país, sendo que ao final de 2007 a população total abrangida, isto é, aquela com possibilidade de utilização do Programa, chegava a mais de 92 milhões de pessoas.

Gráfico XVIII - População abrangida pelo PFPB por regiões do Brasil, 2007



Através do Gráfico XVIII podemos observar a população abrangida pelas regiões. As regiões Sudeste e Nordeste são as que possuem o maior número de pessoas abrangidas pelo Programa, com cerca de 42 milhões e 27 milhões de pessoas com possibilidade de utilizar as unidades, respectivamente. Já as demais regiões, praticamente não ultrapassam 10 milhões. Isso pode ser explicado, além de pelo quantitativo de unidades instaladas, pela maior concentração populacional existente nas duas primeiras regiões, diferente das demais, onde a população encontra-se mais dispersa.

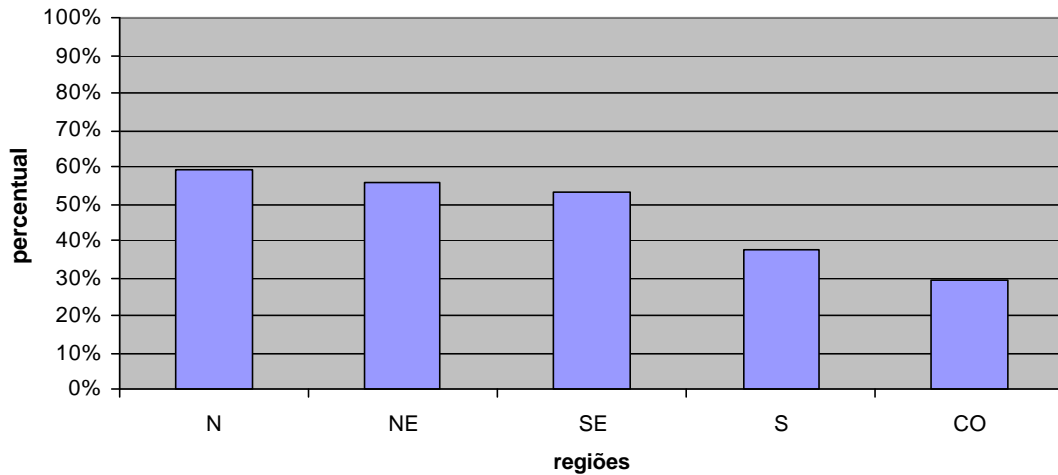
Gráfico XIX – População abrangida pelo PFPB por estados do Brasil. PFPB, 2007.



O mesmo dado desagregado por estados, demonstrado no Gráfico XIX, permite observar justamente estados do Sudeste como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais com o maior número de pessoas abrangidas por suas unidades. Na região Nordeste é o estado da Bahia o maior responsável pelo grande quantitativo da região. Vale destacar a cobertura populacional no estado do Pará e Rio Grande do Sul, ultrapassando os 4 milhões de habitantes, o que pode ser relacionado ao grande incremento de unidades anteriormente observado nestes estados.

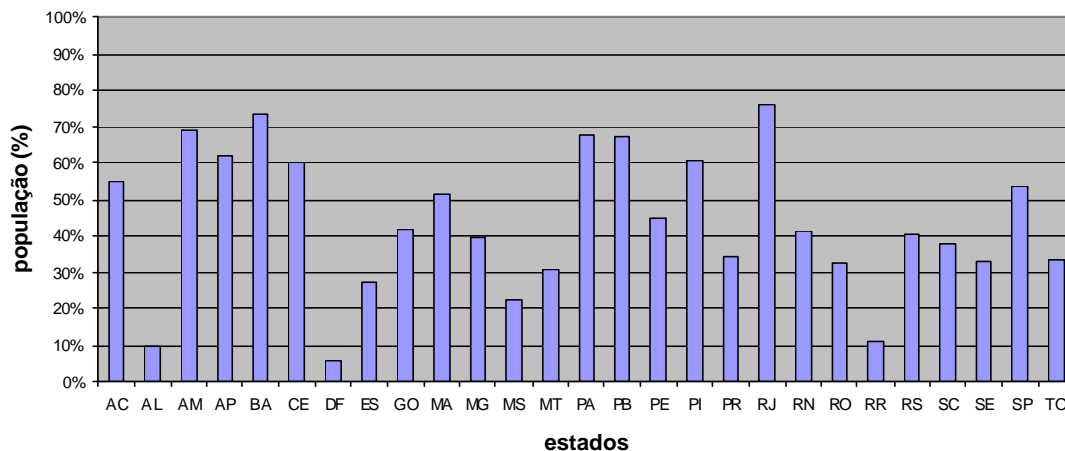
Os gráficos abaixo relacionam a população abrangida à população total das regiões (Gráfico XX) e estados (Gráfico XXI).

Gráfico XX – População abrangida pelo Programa em relação à população total, por regiões do Brasil. PFPB, 2007.



Apesar da análise em números absolutos ter demonstrado a região Sudeste como a de maior abrangência populacional, quando comparamos a população abrangida com a população total, percebemos que as regiões Norte e Nordeste são aquelas em que, proporcionalmente, a população tem maior possibilidade de utilizar o Programa. A população abrangida nestas regiões representa mais de 50% da população total.

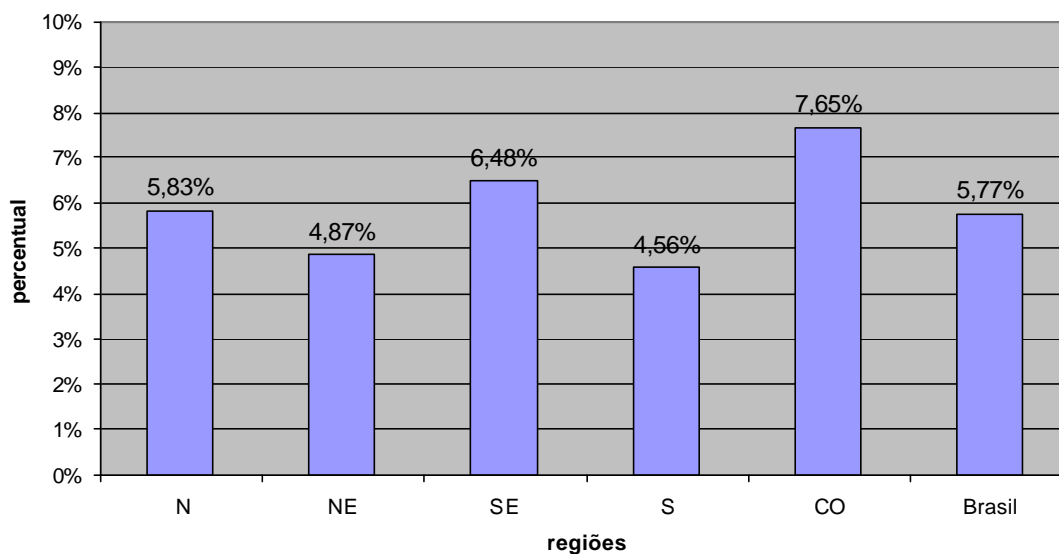
Gráfico XXI – Proporção de habitantes abrangidos pelo Programa em relação à população total, por estados do Brasil. PFPB, 2007.



Em relação aos estados, percebe-se que, entre os 27, apenas 11 apresentam população abrangida além de 50% do total de habitantes, sendo 2 (50%) na região Sudeste, 5 (62%) na Nordeste e 4 (57%) na Região Norte.

Quando comparamos a população abrangida com a média dos atendimentos realizados entre os anos 2005 a 2007 (Gráfico XXII), percebemos que em nenhuma das regiões o número de atendimentos realizados ultrapassa os 10% da população abrangida, sendo a região Centro-Oeste a região cuja população coberta mais utiliza o Programa. Confrontando-se esta informação com o dado sobre cobertura populacional, demonstrado anteriormente, podemos atribuir este resultado, também, à baixa cobertura populacional desta região, já que, em termos absolutos, como demonstrado pela Tabela XIII, esta região é a que realizou o menor número médio de atendimentos entre os anos 2005 e 2007.

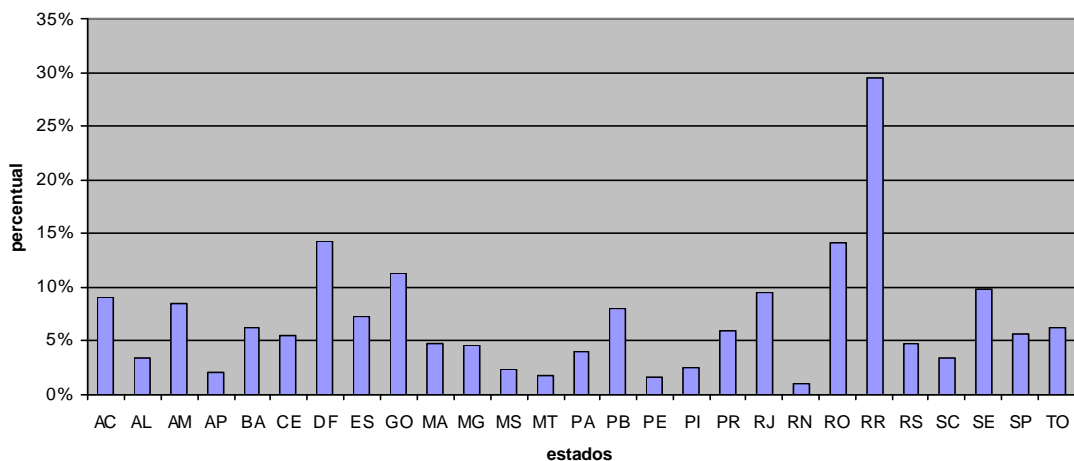
Gráfico XXII - Número de atendimentos realizados pelo PFPB (média entre todos os anos), em relação à população abrangida, por região. PFPB, 2007.



Em relação aos estados (Gráfico XXIII), podemos perceber que apenas o Distrito Federal, Goiás, Rondônia e Roraima ultrapassam os 10%, isto é, apenas estados da região Norte e Centro-Oeste. O estado de Roraima merece destaque por atingir quase 30% de pessoas atendidas em relação à população abrangida. Casos contrários que também merecem destaque são os dos estados da Bahia

e Rio de Janeiro, cujas populações abrangidas são as maiores do país, mas que, no entanto, demonstram baixa proporção de utilização efetiva.

Gráfico XXIII - Proporção de atendimentos realizados pelo PFPB (média entre todos os anos) em relação à população abrangida, por estados. PFPB, 2007.

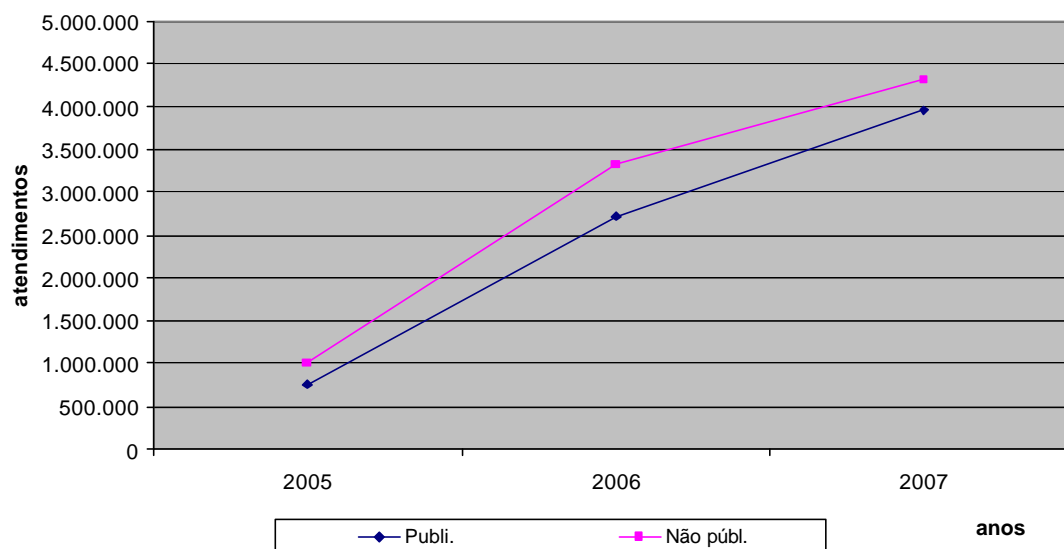


Proporção de usuários pertencentes à população alvo do Programa (indicador 3.8)

Como dito anteriormente, o PFPB tem como população-alvo as pessoas que não utilizam o SUS e sim o sistema privado de saúde. Com isso, torna-se interessante a análise da procedência dos usuários ao longo dos anos de existência do Programa.

O Gráfico XXIV demonstra a evolução dos atendimentos realizados pelo Programa ao longo dos anos, com distinção por tipo de usuário. Podemos perceber que em todos os anos, tanto o número de atendimentos a usuários do setor público quanto do privado vêm crescendo. De maneira geral, o usuário do setor privado é aquele que mais utiliza o Programa e esta diferença cresceu entre 2005 e 2006, entretanto, diminuiu entre 2006 e 2007.

Gráfico XXIV – Evolução dos atendimentos realizados pelo Programa ao longo dos anos, por tipo de usuário. PFPB, 2007.



A Tabela XIX corrobora a informação acima, demonstrando que, em todos os anos do Programa, a maioria dos usuários foi proveniente do setor privado.

Tabela XIX – Origem dos usuários do PFPB, segundo setor. PFPB, 2007.

Regiões	2005		2006		2007	
	Público	Não público	Público	Não público	Público	Não público
N	106.010	55.369	391.500	196.309	475.315	288.895
NE	233.042	244.823	708.618	745.999	1.231.542	985.054
SE	352.824	515.536	1.344.808	1.895.755	1.729.110	2.306.738
S	28.818	69.319	164.754	307.481	319.607	495.270
CO	37.996	122.978	115.990	176.405	197.700	230.179
TOTAL	758.690	1.008.025	2.725.670	3.321.949	3.953.274	4.306.136

Entretanto, ao analisarmos os dados isoladamente, por região, percebe-se que o perfil de acesso não segue um padrão entre todas. Os gráficos XXV e XXVI demonstram um maior número de usuários provenientes da rede pública acessando o Programa nas regiões Norte (Todos os anos) e Nordeste (em 2007), respectivamente. O contrário ocorre nas demais regiões, onde a maior parcela dos usuários é proveniente de serviços de saúde privados, como pode ser observado nos gráficos XXVII, XXVIII, XXIX.

Gráfico XXV – Comparação da origem dos usuários segundo setor na região Norte, 2005 – 2007. PFPB, 2007.

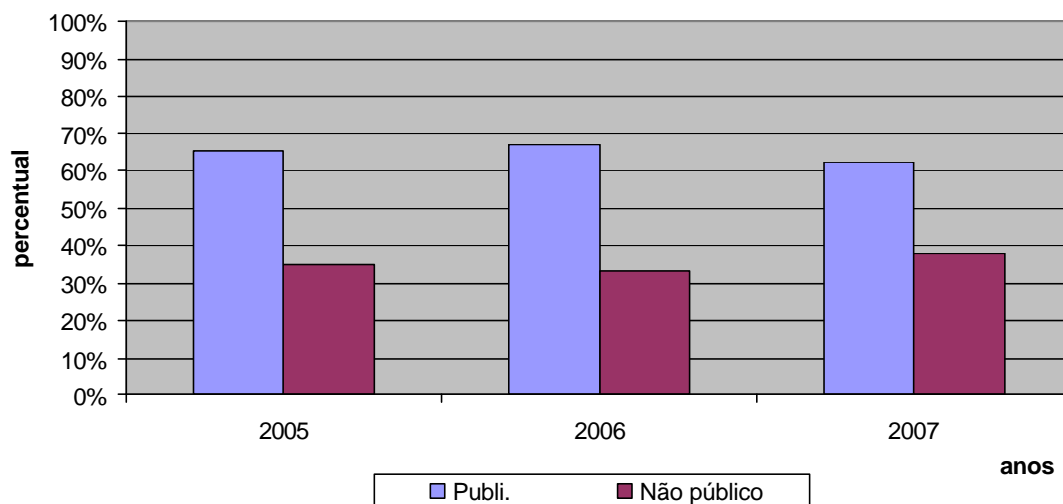


Gráfico XXVI – Comparação da origem dos usuários segundo setor na região Nordeste entre os anos 2005 – 2007. PFPB, 2007.

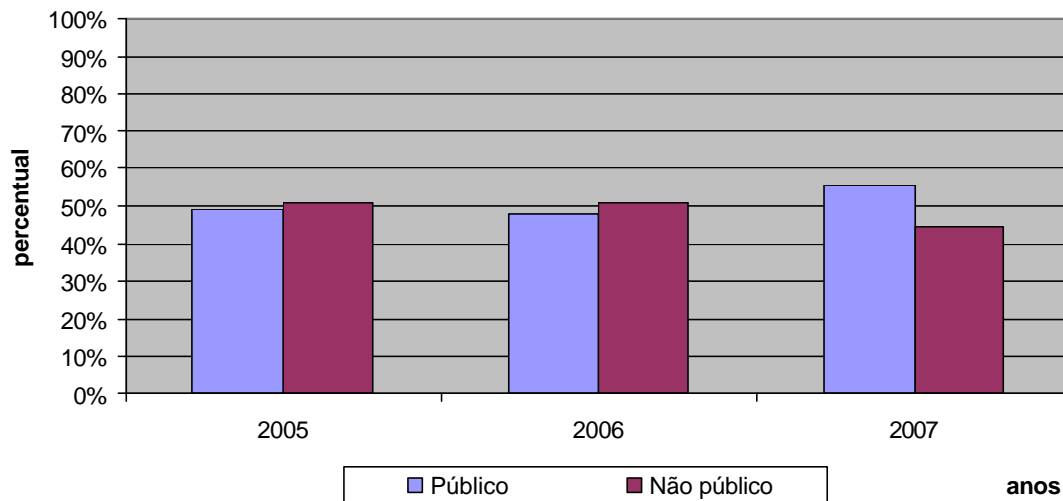


Gráfico XXVII – Comparação da origem dos usuários segundo setor na região Sudeste entre os anos 2005 – 2007. PFPB, 2007.

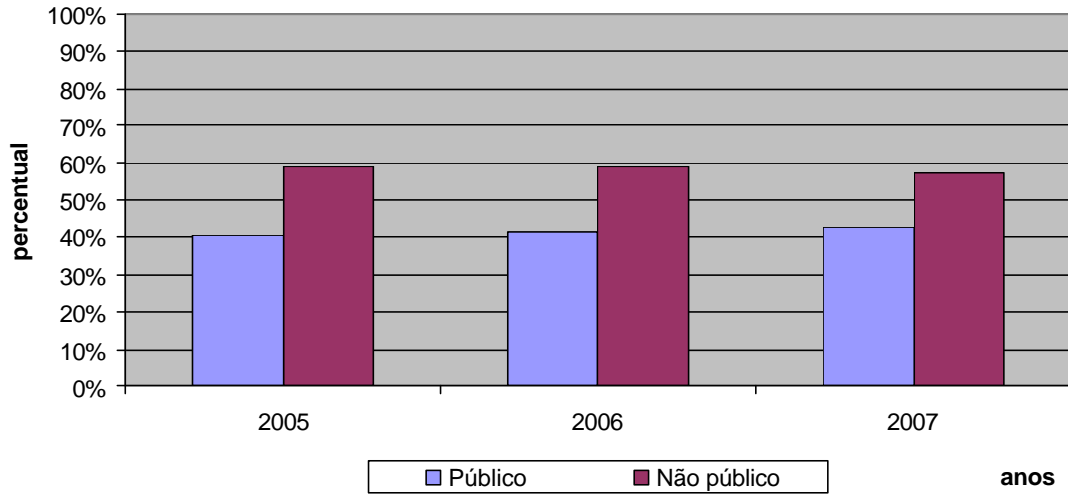


Gráfico XXVIII – Comparação da origem dos usuários segundo setor na região Sul entre os anos 2005 – 2007. PFPB, 2007.

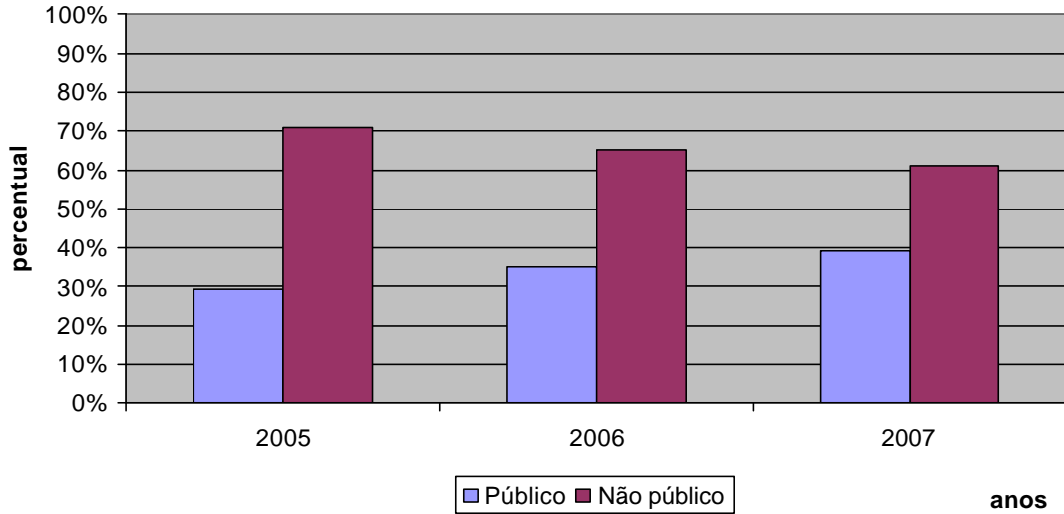
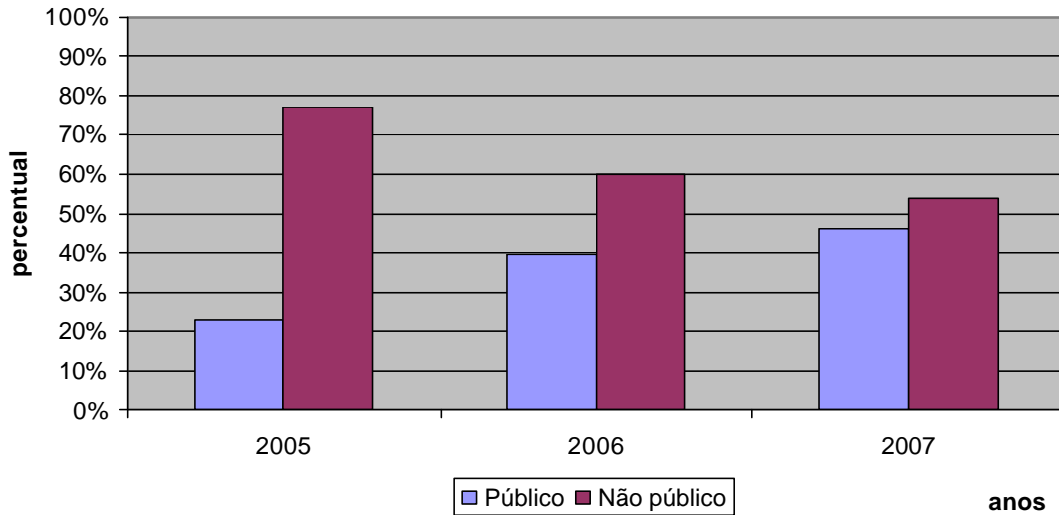


Gráfico XXIX – Comparação da origem dos usuários segundo setor na região Centro-Oeste entre os anos 2005 – 2007. PFPB, 2007.



Para todos os anos, na região Norte, mais de 60% dos usuários do Programa são provenientes do SUS. Já na região Nordeste, a proporção foi de, praticamente 50%, nos anos de 2005 e 2006, entretanto, em 2007 o número de atendimentos a usuários da rede pública supera o da privada com 56%. A região Sudeste mantém praticamente constante a proporção de atendimentos aos usuários provenientes de ambos os setores, em todos os anos, com maioria dos atendimentos (58% em média) para usuários da rede privada. Tanto na região Sul como na região Centro-oeste, o número de usuários provenientes do setor público vem crescendo mais do que o de usuários do setor privado, demonstrando uma tendência de inversão desta proporção. Assim, conclui-se que o objetivo do PFPB de atender ao usuário proveniente do setor privado estaria mais próximo nas regiões SE, S e CO. Entretanto, o grande número de usuários provenientes do setor público deixa dúvidas quanto ao alcance deste objetivo. Já nas regiões N e NE podemos afirmar que o Programa não está alcançando, majoritariamente, o público desejado.

Percentual de medicamentos comuns à lista do PFPB e às listas de financiamento público (indicador 3.9)

A análise da lista de medicamentos oferecida pelo Programa permitiu observar que mais de 70% dos medicamentos também fazem parte das listas dos programas do Ministério da Saúde, disponibilizados gratuitamente pelas unidades de saúde públicas operadas pelos níveis subnacionais (Anexo V).

A evolução do PFPB vista pelas categorias de análise

Quanto às unidades

O Programa teve início no ano de 2004, e ao longo destes anos passou por algumas fases, no que diz respeito à implantação de sua rede.

Os estados da Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo foram os pioneiros do Programa e por isso suas unidades funcionaram como uma espécie de referência para seu desenvolvimento. São estes estados os que concentram maior número de unidades do modelo 1. Não por acaso, estes foram escolhidos para o início do PFPB, mas sim devido ao perfil da população aonde as unidades foram instaladas. Ao longo de todos os anos estes estados sempre estiveram entre os mais contemplados com unidades, e suas regiões são também as de maior participação. Sudeste e Nordeste possuem tanto a maior quantidade de unidades quanto o maior número de municípios participantes. Por isso, podemos dizer que o Programa se iniciou, e de certa forma se mantém, mais concentrado, principalmente, nestas regiões.

Entretanto, se pensarmos no público-alvo do Programa, esta concentração poderia se justificar. Exatamente pelo fato do Brasil ser um país tão peculiar, com tantos contrastes intra e inter regionais, com uma distribuição de renda tão desigual, seria de se esperar que o Programa perseguisse esta conformação.

Quanto às regiões Norte e Sul, estas aderiram de forma mais tardia, e com isso seus incrementos, que dizem respeito tanto às unidades quanto aos municípios, foram os maiores entre as demais regiões. Tal fato pode ser visto como um investimento imediato ocorrido nos municípios destas regiões, como uma abrupta adesão ao Programa, mas que ocorreu de forma tardia em relação às regiões Sudeste e Nordeste.

Em todas as regiões percebemos um número de unidades maior do que o número de municípios que aderiram ao Programa, o que indica mais de uma unidade no mesmo município. Nas regiões Sudeste e Nordeste esta relação também é maior do que nas demais, o que talvez possa ser explicado pela maior

agregação populacional existente nestas regiões. Mas a percepção é de que isso represente uma opção da gestão pela concentração das unidades em determinados municípios.

A análise dos municípios atendidos pelo Programa permitiu perceber que, para a maioria dos estados, menos de 10% de seus municípios possuem unidades do Programa. Este é mais um fator que demonstra a concentração do Programa em determinadas regiões e em determinados municípios.

A escolha e adesão dos municípios que iniciaram o Programa não podem ser atribuídas somente ao perfil da população, já que o Brasil é composto por tantas cidades populosas que poderiam se enquadrar ao perfil do Programa. Provavelmente, a escolha e adesão destes municípios (Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo) devem-se também a um caráter político de apoio ao Programa. Alguns estados, como Minas Gerais, por exemplo, não quiseram aderir ao PFPB no primeiro momento, e isso acabou influenciando a conformação inicial do Programa (comunicação pessoal).

As unidades sofreram franca expansão ao longo do período. Entretanto, a meta de 500 unidades até final de 2006 não foi cumprida. Além disso, foi possível observar que nenhuma das regiões atingiu uma utilização efetiva de mais de 10% da população abrangida pelas unidades.

Paralelamente, e provavelmente como estratégia de atingir um maior número de pessoas, deu-se início à terceira etapa do Programa, com o modelo 3, de farmácias em parceria com a rede privada. Apesar de um elenco de medicamentos mais restrito, este modelo é responsável pela capilaridade do Programa, já que em dezembro de 2007 contava com mais de 4.300 farmácias credenciadas, sendo que a expectativa do Ministério da Saúde é que, das 50 mil farmácias comerciais existentes no país, metade opte por aderir ao programa ⁹⁹,

¹⁰⁰.

Em 2007 o PFPB passou a contar com todos os estados da Federação. Entretanto, podemos identificar um caráter mais municipal no Programa, já que

são, principalmente, com estas instâncias que as parcerias são firmadas (83% das unidades).

Seguindo os moldes de outros “pacotes de atividades” prestadas pelo município, o PFPB possibilita o repasse de recursos fundo a fundo aos municípios credenciados ao Programa. Este talvez seja um dos grandes incentivos à sua expansão. Além disso, aqueles municípios que não cumprem com as funções básicas de provisão de medicamentos acabam vendo no Programa uma possibilidade extra de solução para tal problema, ainda mais pelo fato das unidades instaladas serem vinculadas a um recurso próprio, independente da receita municipal para a saúde.

Caso seja esta a questão, é importante verificar se os municípios que aderem ao Programa têm seu plano de Assistência Farmacêutica em dia. O MS tem feito enorme esforço para trazer aos municípios brasileiros saudáveis práticas de planejamento, para que tenham autonomia para a autogestão ⁶². Os municípios que possuem e cumprem seu Plano deveriam ser aqueles prioritários na adesão ao Programa, uma vez que, assim, estaria assegurado o direcionamento do Programa à população alvo e não à população que utiliza o SUS.

Quanto à população

Em sua concepção, o Programa esclarece os critérios populacionais adotados para implantação das unidades. Os resultados permitiram perceber que, de maneira geral, estes procuraram ser cumpridos, sendo a maior parte dos municípios com população maior do que 70.000 habitantes (100.000, no caso de São Paulo) ou integrantes de microrregiões. Entretanto, alguns municípios (20) não cumprem com nenhum destes critérios e por isso sua adesão provavelmente foi baseada em critérios não explícitos nos documentos do Programa, como talvez uma necessidade demonstrada ou simplesmente vontade política.

As unidades de todo o país abrangem cerca de 50% da população brasileira e mais uma vez as regiões Sudeste e Nordeste são as que oferecem maior abrangência populacional. Quando levamos para nível estadual vemos que o

padrão se repete e Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo aparecem como os estados com maior cobertura populacional. Tal fato não surpreende, visto que anteriormente foi demonstrado o grande número de unidades presentes nestes estados. Além disso, estão entre os estados mais populosos do país e, principalmente, com maior concentração populacional.

A abrangência do Programa, em um primeiro momento, pode parecer baixa, entretanto não podemos esquecer que este não tem o intuito de substituir o sistema público de provisão de medicamentos, por isso não poderíamos esperar que a população abrangida representasse 100% da população brasileira. Por outro lado, a distribuição da abrangência também não se dá de forma homogênea entre os estados. Na verdade, a maior parte deles possui uma população abrangida que atinge menos de 50% de sua população total. Os que estão acima deste patamar estão concentrados em N e NE, com a exceção do Rio de Janeiro e São Paulo. A relação entre a população abrangida e os atendimentos realizados também demonstrou grandes discrepâncias tanto entre as regiões quanto entre os estados.

A estimativa da população abrangida deveria estar relacionada com o público-alvo do Programa, mesmo que usuários do setor público também acabem adquirindo medicamentos nas unidades do PFPB. Por este motivo, se mostra, de certo modo, paradoxal o fato de que, nas regiões N e NE observamos as maiores populações abrangidas do país. Se existe a clara intenção de cobrir população de classe média baixa, com alguma possibilidade de pagar pelos medicamentos, porque motivo a abrangência populacional do Programa seria maior justamente em regiões de mais baixo poder aquisitivo ¹⁰¹?

Com relação à efetivação da cobertura desta população, no entanto, a questão é curiosa. Por região, as coberturas efetivas foram muito baixas, todas menores que 10%. Situação que se repete no nível estadual. Os estados com maior cobertura efetiva foram: Distrito Federal (14,2%), Goiás (11,2%), Rondônia (14,1%) e Roraima (29,4%), mas estes estão também entre aqueles 50% que

possuem menor população abrangida (Distrito Federal - 5%, Rondônia - 11%, e Roraima – 34%, Goiás - 41%).

O estado de Roraima merece destaque por atingir quase 30% de pessoas atendidas em relação à população abrangida. Casos contrários são os da Bahia e Rio de Janeiro, cujas populações abrangidas são as maiores do país, mas que, no entanto, demonstram baixa proporção de utilização efetiva.

Isto pode ser demonstrativo de problemas no planejamento do PFPB, com superestimação da abrangência. Talvez fosse mais interessante para o Programa basear sua abrangência em estimativas mais realistas quanto à cobertura. O que parece ocorrer é que o critério utilizado para definição da população abrangida pelas unidades leva em consideração apenas parâmetros demográficos e não sociais. A análise de dados do IBGE ¹⁰² demonstrou que, para muitos municípios de estados das regiões Norte e Nordeste, a população-alvo do Programa não chega a 3% da população total. Com isso, caso fossem considerados os critérios sociais para a instalação das unidades, muitos destes municípios talvez não pudessem pleitear unidades do PFPB.

Quanto aos medicamentos

Entre os critérios de seleção adotados para construir a lista de medicamentos do Programa está a Rename como norteadora das escolhas. Os resultados demonstraram que 20 medicamentos do Programa não constam na Rename 2006 ³⁸. Entretanto, na época em que foi elaborada, a Rename vigente era a de 2002 ³⁷, e, com relação àquela lista, são 9 os medicamentos não concordantes.

De qualquer forma, a edição da nova Rename deveria ser motivo para uma revisão da lista do Programa, visto que dos medicamentos do Programa que não constam na Rename, metade são devidos a problemas de eficácia ou de segurança e os demais a ajustes ou diferenças de posologia (Anexo III). Alguns medicamentos que não atendem ao critério Rename estão presentes por conta da demanda da população, sendo exemplos o atenolol e a sinvastatina, presentes na Rename, mas em concentrações diferentes.

O Programa não deveria fugir ao critério de essencialidade. Independentemente de ser um Programa voltado para usuários do sistema privado de saúde, sua lista deve ser um incentivo à prescrição racional por parte dos profissionais deste setor, pois diferentemente do setor público, onde médicos estão sujeitos a prescrever de acordo com listas padronizadas e protocolos clínicos, no setor privado médicos podem prescrever qualquer medicamento, o que muitas vezes não ocorre de forma racional.

O Programa previa adaptações regionais da lista de medicamentos, entretanto as listas de todas as unidades, independente do estado, se mantêm as mesmas desde o início. Talvez essa possibilidade tenha sido levantada para que regiões com maior prevalência de determinadas doenças pudessem ser atendidas de forma diferenciada.

Entretanto, a diferença no perfil epidemiológico entre as regiões diz respeito, principalmente, às endemias presentes em algumas delas, como por exemplo, a malária na região Norte ou até mesmo a dengue, de forma sazonal, na região Sudeste. Tais situações são cobertas por Programas verticais (estratégicos) específicos do Ministério da Saúde ^{103, 104} e dizem respeito ao SUS. Nestes Programas, em que a estratégia de enfrentamento muitas vezes está centrada em diagnóstico precoce e tratamento, o abastecimento de medicamentos é controlado pela gestão central do Programa e está intimamente ligado ao tratamento; isto é, a conduta para determinada doença pressupõe a existência, *a priori*, do medicamento na rede ¹⁰⁵. Portanto, estes medicamentos, fogem ao escopo do PFPB. Talvez por isso seja difícil haver uma diferenciação regional, visto que a população alvo do Programa, ou seja, as pessoas de classe média baixa, independente da região, acabam sendo acometidas pelas mesmas condições de saúde.

Em relação à abrangência, a lista se mostrou de acordo com os critérios epidemiológicos para o país, contemplando diversas classes terapêuticas e com atenção especial às doenças mais prevalentes entre a população, o que é

refletido pelo elenco de antiinfeciosos, medicamentos para o sistema cardiovascular e para o sistema nervoso central e periférico.

Em relação ao consumo de medicamentos, mais uma vez a região Sudeste lidera a lista, o que já era de se esperar, em vista, tanto do número de unidades, quanto da população abrangida. O dado mais curioso é o que fala sobre quais os medicamentos mais consumidos em cada região. Surpreendentemente, são praticamente os mesmos em todas as regiões do país. Isto reflete de forma incisiva o perfil da demanda, construído em parte pelos perfis de prescrição e em parte pelo perfil epidemiológico da população, visto que a grande maioria dos medicamentos em termos qualitativos e quantitativos se referem a doenças cardiovasculares.

A análise do consumo por número de DDD demonstrou que a região Sudeste realmente tem um consumo mais elevado, mesmo ponderando o consumo por habitante. Com isso podemos dizer que os usuários do PFPB da região Sudeste consomem mais medicamentos do que os usuários das demais regiões, o que não pode ser atribuído simplesmente à imputação de uso irracional ou a um consumo desnecessário, visto que todos os medicamentos só são disponibilizados na apresentação de prescrição médica. Além do grande número de unidades do PFPB, já mencionado, estudos demonstram que a região Sudeste é aquela onde a população possui mais acesso a serviços de saúde ¹⁰⁶. Este dado, junto à evidência demonstrada pelo trabalho, levanta a hipótese de que este maior acesso pode estar refletindo diretamente na demanda por medicamentos.

Além disso, a análise da lista também demonstrou uma grande coincidência entre seu elenco e os medicamentos disponibilizados pelos Programas do MS, o que não é surpreendente, visto que ambos se baseiam na RENAME e acabam se voltando para as condições de saúde mais prevalentes entre a população. Tal fato demonstra que o Programa é uma opção para a obtenção de medicamentos tanto para usuários da rede privada, como também para os usuários da rede pública.

Quanto à origem dos usuários

O Programa atingiu em 2007 a marca de 16 milhões de atendimentos em todo o Brasil. As regiões Sudeste e Nordeste foram as que registraram mais atendimentos entre todas as demais, em todos os anos do Programa.

A análise da procedência dos usuários revelou que, em sua maioria, são originários do setor privado. Entretanto, a análise de cada região, separadamente, demonstrou que este fato não reflete a realidade de todas.

As regiões Norte (em todos os seus anos), e a região Nordeste (em 2007) demonstraram maior número de usuários provenientes da rede pública. Já as demais regiões seguiram o perfil demonstrado pelo dado agregado, mas com exceção da região Sudeste, todas demonstraram tendência de crescimento de atendimentos a usuários do SUS. Qual seria o motivo deste comportamento? Seria este fato consequência de falhas na provisão pública de medicamentos?

Esta é uma hipótese que deve ser levada em consideração, principalmente se olharmos o dado global e percebermos que, independente de haver maior número de atendimentos a usuários da rede privada, o número de usuários da rede pública é muito grande, mais de 7 milhões, representando 46% dos atendimentos prestados pelo Programa.

É claro que esse número não se deve única e exclusivamente a um fator isolado. Como dito por um dos entrevistados, foi feito um levantamento entre usuários do Lafepe e muitos, apesar de serem usuários do SUS, relatavam preferência por comprar seu medicamento. Esta opção não é estranha dentro do contexto do co-pagamento, como foi demonstrado anteriormente pela iniciativa de Bamako⁷³.

Além disso, podemos atribuir esta situação também a outros fatores, como: distância até a unidade de saúde, tempo de espera pelo medicamento ou atendimento ou até mesmo a falta do medicamento. Entretanto, todos são fatores relacionados ao acesso e, caso algum deles esteja comprometido, todo o acesso, através da rede pública, também estará. Desta forma, o número de atendimentos a usuários provenientes do SUS, reflete problemas com a provisão

pública, o que faz com que estes recorram às unidades do PFPB em busca do medicamento que deveria ter obtido na unidade de saúde.

O PFPB frente à PNM e à descentralização

O Programa inaugura a convivência de dois modelos de provisão de medicamentos situados sob a mesma gestão pública. Entretanto, possuem diferenças marcantes, trazendo à tona, mais uma vez, o embate entre a proposta descentralizadora e a centralizadora na provisão de medicamentos.

O PFPB parece trazer de volta o antigo modelo de gestão ao retornar à prática da compra e gestão centralizadas de um sistema de provisão de medicamentos. Como visto anteriormente, o centralismo na área de medicamentos vem de experiências como a Ceme e o Programa Farmácia Básica. Atualmente a centralização federal ainda é utilizada para a provisão de medicamentos específicos como os anti-retrovirais, que merecem, sob controvérsias, tratamento especial por parte do Governo Federal, assim como os demais medicamentos do componente estratégico⁶⁰.

Do momento que o desabastecimento não pode ser admitido nem na gestão dos medicamentos estratégicos nem na gestão dos demais medicamentos essenciais, por que existe tratamento diferenciado aos primeiros? Existiria uma pressuposição, por parte do Governo Federal, de que a gestão municipal seria incapaz de resolver seu abastecimento?

A atual tendência recentralizadora traz consigo a constatação de que o Executivo Federal não reduziu sua importância como instituição política, e que, além disso, participa de uma disputa silenciosa por reconhecimento com os entes federativos¹⁰⁷.

Diferente da política descentralizada do SUS, da qual o executivo federal não consegue retirar para si reconhecimento, pois as ações são difusas e nem sempre bem sucedidas, PFPB parece resgatar esta possibilidade e associar ao

Governo Federal o sucesso da iniciativa de provisão de medicamentos essenciais.

Entretanto, nota-se que o PFPB se utiliza de algumas estratégias da experiência descentralizadora do sistema, como por exemplo, ao partilhar com os parceiros a responsabilidade sobre as unidades. Além disso, é exatamente o grau de autonomia dos governos locais que define a participação no Programa. Os gestores locais, seguindo a lógica de escolha racional também procuram retirar para si a associação com o Programa, já que, segundo Bossert ⁶, agentes públicos locais racionais buscam a reeleição, e para isso, propostas como a do PFPB são percebidas como benéficas, e com um custo proporcionalmente inferior ao benefício de reconhecimento que geram.

Entretanto, em momento algum o Programa deixa de ser estreitamente controlado e regido pelo Executivo Federal, e com isso, o PFPB centraliza a relação do SUS com a provisão dos medicamentos essenciais.

A partir desta relação, o Programa, mesmo que de forma não intencional, passa a funcionar como um termômetro da outra forma de provisão, apesar de não se destinar ao mesmo público. O mesmo elenco de medicamentos possibilita estabelecer tal relação, já que os distintos tipos de usuários utilizam os mesmos medicamentos. Os resultados demonstram que o Programa sinaliza ineficiências na provisão de medicamentos pelo SUS em alguns municípios, estados e regiões, o que seria evidência da má gestão do ciclo da assistência farmacêutica nos mesmos.

Dados da imprensa corroboram estes achados, demonstrando que, em alguns municípios, a Farmácia Popular vem suprindo a demanda do serviço público devido às constantes faltas de medicamentos nas unidades ¹⁰⁸.

O PFPB funciona como um reflexo destas diferenças, pois permite identificar o público que utiliza o Programa, sendo que, em alguns estados, este é quase que exclusivamente constituído por usuários do setor público, como é o caso de Amazonas, Acre e Amapá, na região Norte, ou Maranhão na região Nordeste, os quais, em todos os anos de existência do Programa, apresentaram mais de 70%

de seus usuários provenientes da rede pública de saúde. O fato é que estes usuários não estão obtendo seus medicamentos na rede pública e por isso acabam recorrendo ao Programa.

A descentralização da saúde trouxe ganhos inquestionáveis, entretanto existem evidências de que não tem se mostrado eficaz para a gestão da assistência farmacêutica em todos os municípios do Brasil. Após a descentralização, a maioria dos municípios brasileiros não logrou atingir o grau de independência necessária a uma gestão autônoma competente ¹⁰⁷. O comportamento diferenciado das regiões Norte e Nordeste pode ser reflexo da descentralização, que permite que municípios e estados atendam de forma distinta sua população. O número demasiadamente grande de municípios existentes no país torna difícil a capacitação eficiente e a responsabilização de tantos gestores para o ciclo da assistência farmacêutica.

Desta forma, o Programa se destaca ao conseguir prover medicamentos à população de forma satisfatória para os usuários ¹⁰⁹, através de uma gestão centralizada que padronizou o atendimento às condições de saúde prevalentes entre a população, com medicamentos, em sua maioria, essenciais.

Cabe lembrar que o Programa funciona de forma independente, e sua criação não alterou as responsabilidades de estados e municípios na provisão de medicamentos à população. Sendo assim, o FFPB, junto à judicialização e ao Projeto de Lei nº 219/07 ¹¹⁰, que tem como principal objetivo a delimitação do elenco de medicamentos e serviços que devem ser ofertados pelo SUS, caracteriza o cenário atual de problemas no acesso a medicamentos através do SUS.

Não se pode garantir que a descentralização, apontada por Bossert ⁶, como uma forma de se alcançar equidade, eficiência e qualidade no sistema, realmente logrará estes objetivos, pois como visto anteriormente, caberão aos municípios, reais agentes do sistema, as escolhas que definirão os resultados.

Não se pode dizer que com a criação do Programa o Governo Federal retoma a opção pela gestão centralizada do sistema; entretanto, também não se pode

negar a influência deste modelo na concepção do Programa. Tal característica reforça o papel, mesmo que não intencional, do PFPB, como indicador de falhas na provisão pública de medicamentos no país.

CONCLUSÕES

A opção pelo co-pagamento no Brasil, diferente dos demais contextos que o adotaram, não pode ser atribuída simplesmente à necessidade de contenção de gastos ou à necessidade de ampliação do acesso ou mesmo à necessidade de redirecionamento das políticas sociais universais em prol da sustentabilidade econômica. A opção do Governo pela inserção do co-pagamento no contexto da saúde reflete a percepção do mesmo de que são necessárias alternativas para ampliação do acesso a medicamentos e que, conseqüentemente, o modelo atual, apoiado na descentralização, parece estar falhando em prover medicamentos à população de forma satisfatória.

O trabalho traz evidências sobre o processo de desenvolvimento do PFPB desde sua criação até final de 2007. Foi possível descrever sua base legal, seus critérios de elegibilidade, e a evolução de toda sua estrutura.

No ano de 2007 o Programa contava com 407 unidades próprias do Programa distribuídas por todos os estados da Federação e por 314 municípios. Tanto as unidades quanto os municípios estavam em maior número na região Sudeste e Nordeste, entretanto, na maioria dos estados o número de municípios participantes não chega a 10%. Com isso, foi constatada uma concentração do Programa, tanto regional, privilegiando as regiões Sudeste e Nordeste, quanto estadual, privilegiando estados como Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia. Esta concentração é também municipal, com muitos casos de municípios com várias unidades instaladas.

A análise da procedência dos usuários demonstrou que, de forma geral, são aqueles provenientes da rede privada, os que mais utilizam o Programa. Entretanto, a análise desmembrada por regiões, demonstrou que este não é um padrão homogêneo. Foi observada uma grande proporção de usuários do SUS acessando o Programa em todas as regiões.

O consumo de medicamentos acaba sendo praticamente idêntico entre as regiões, com a maioria destes servindo ao propósito de doenças

cardiovasculares. Entretanto, tais medicamentos são, em sua maioria, oferecidos pelo SUS. A coincidência entre as listas reside no fato de todas se basearem no critério da essencialidade e com isso se destinarem ao tratamento das principais condições de saúde prevalentes na população. O fato é que tal coincidência entre os elencos, aliada a informação sobre a procedência dos usuários, evidencia a possível falha na provisão descentralizada do SUS.

Independente da região analisada pode-se afirmar que há um grande contingente de usuários da rede pública buscando no PFPB medicamentos aos quais teriam direito gratuitamente.

Não é possível identificar precisamente as causas da demanda desta população por medicamentos no PFPB. Existem hipóteses positivas como a presença contínua de medicamentos nas unidades ou o bom atendimento oferecido; e as negativas como a falta de medicamentos na rede pública ou a insatisfação com o serviço público. Mas o fato é que usuários que deveriam estar obtendo seus medicamentos de forma gratuita vêm optando por obter acesso mediante desembolso.

O trabalho enfrentou algumas limitações, tais como o fato de os dados sobre atendimento serem provenientes de estatísticas informadas pelas próprias unidades, o que os sujeita a um viés de informação. Alguns meses de algumas unidades não foram computados; entretanto foram casos pontuais e não suficientes para alteração das proporções finais. Além disso, como já mencionado, não foi possível coletar dados de financiamento do Programa, o que seria interessante para avaliar o impacto sobre os gastos públicos. A forma como foram definidos os preços finais do elenco de medicamentos não consta em documentos formais do Programa e também não pôde ser identificada através das entrevistas.

Por fim, cabe reiterar que a análise só levou em consideração os modelos 1 e 2 do Programa, o que se deu pelo fato da percepção do maior investimento do PFPB, por sua estrutura formal mais bem definida e por sua ligação direta com a Fiocruz.

Não obstante, o estudo demonstra que, no exame ao PFPB, podem-se vislumbrar aspectos do sistema de provisão de medicamentos no Brasil que precisam ser continuamente avaliados.

A incapacidade do SUS em absorver toda a população abriu espaço para a atuação da assistência médica suplementar a partir da década de 90. Da mesma forma, o PFPB vem absorvendo grandes contingentes de usuários provenientes do SUS, já que o cenário demonstrado sugere que o setor público não vem sendo capaz de prover medicamentos, de forma adequada à população. Não resta dúvida que estudos adicionais sobre acesso e efetividade do PFPB serão necessários para dimensionar os impactos para a superação do dilema entre o público e o privado no âmbito do setor saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliveira, MA. A Política de Medicamentos. Mimeo; 2007
2. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.
3. Messeder, AM, Osório-de-Castro, CGS, Luiza, VL, 2005. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública 2005; 21(2):525-534.
4. Guerra AA, de Assis Acúrcio F, Gomes CAP, Miralles M, Werneck GAF, Carvalho CL. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004;15(3):168-75.
5. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF). <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2003/default.shtm> (acessado em 05/mai/2007)
6. Bossert, T. Analysing the decentralization of health systems in developing countries: Decision space, innovation and performance. Social Science and Medicine 1998; 47:1513-1527.
7. Oliverira, FEB. Políticas Sociais. Ministério das Relações Exteriores. <http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/previd/apresent/index.htm> (acessado em 23/jul/2007).
8. Souza, RR. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional – Tendências e desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Ministério da Saúde 2002.
9. Médici, AC. Políticas Sociais. Ministério das Relações Exteriores. <http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/apresent/index.htm> (acessado em 23/jul/2007).
10. Bahia, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciência e Saúde Coletiva 2001; 6 (2): 329-340.
11. Oliveira, JA de A, Teixeira, SMF. Implantação do modelo de privilegiamento do produto privado (1966-1973). In: Oliveira, JA de A, Teixeira, SMF, organizadores. A (Im) Previdência Social Brasileira. Rio de Janeiro: ABRASCO/Vozes; 1986. p. 201-234.

12. Vianna, MLTW. Em torno do conceito de política social: notas introdutórias. Rio de Janeiro, 2002.
http://www.unerj.br/ead/ead/20052/curso_sequencial/up_cidadania/arquivos/Em_torno_do_conceito_de_politica_social.pdf (acessado em 18/10/2007).
13. Bennett, S; Quick, JD, Velásquez, G. Public-private roles in the pharmaceutical sector: implications for equitable access and rational drug use. Health Economics and Drugs 1997. DAP series no 5. WHO/DAP/97.12.
14. Médici, AC, Maciel, MCMP. A Dinâmica do Gasto Social nas Três Esferas de Governo: 1980-1992. In: Affonso R Silva PLB, organizadores. Descentralização e Políticas Sociais. São Paulo: FUNDAP/Editora Unesp; 1996. p.41-105.
15. Lei nº. 8.080, Lei Orgânica da Saúde 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 1990; 20 set.
16. Levcovitz, E, Lima, L, Machado, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e Saúde Coletiva 2001; 6(2):269-291.
17. Resolução INAMPS nº. 258, de 7 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/NOB-SUS nº. 01/91, sobre a nova política de financiamento do SUS para 1991. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Diário Oficial da União 1991; 10 jan.
18. Portaria GM/MS nº. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 01/93. Diário Oficial da União 1993; 24 mai.
19. Portaria GM/MS nº. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União 1996; 6 jul.
20. Costa NR, Silva PLB, Ribeiro JM. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. Revista do Serviço Público 1999; 50:33-55.
21. Souza, C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. São Paulo em Perspectiva 2004; 18(2):27-41.

22. Portaria GM/MS nº. 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União 2001; 29 set.
23. Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado dos-Santos S, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2003. p 120-124.
24. Viana, AL, Lima, LD, Oliveira, RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. Ciência e Saúde Coletiva 2002; 7(3): 493-507.
25. Arretche, M. Financiamento Federal e Gestão Local de Políticas Sociais: O Difícil Equilíbrio entre Regulação, Responsabilidade e Autonomia. Ciência e Saúde Coletiva 2003; 8 (2): 331-345.
26. Bermudez, JAZ.. Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade. Rio de Janeiro: HUCITEC-SOBRAVIME; 1995
27. Fernandes, AMMS; Castro, CGSO; Luiza, VL. Arcabouço legal da Política Nacional de Medicamentos no Brasil: uma revisão. In: Garcia, M. et al. organizadores. Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Escola de Governo em Saúde, 2004.
28. Central de Medicamentos, Plano Diretor de Medicamentos, 1ª etapa: 1973/1979, Plano de Ação. Brasília, Presidência da República, 1973.
29. Controladoria Geral da União. Ciset / Saúde realiza auditoria de missão na Central de Medicamentos. <http://www.cgu.gov.br/sfc/dominio/dp15/ceme.htm> (acessado em 03/abr/2006)
30. Cosendey, MAE. Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: Um Estudo Multicêntrico em Cinco Estados do Brasil. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
31. Medida Provisória 1.576, de 5 de Junho de 1997. Dispõe sobre a extinção da CEME, Brasília.1997; 5 jun.
32. Portaria MPAS/GM n.º 233 de 08 de julho de 1975. Regula a prestação da assistência farmacêutica na previdência e assistência social. Brasília, DF: Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil, 08 de ago. Seção I.
33. Organização Mundial da Saúde. Seleção de Medicamentos Essenciais. Informe de um Comitê de Especialistas da OMS. Série de Informes Técnicos 615. Genebra: OMS; 1977.

34. Bermudez, JAZ, Epsztejn, R; Oliveira, MA, Hasenclever, L. O Acordo Trips da OMC e a Proteção Patentária no Brasil: Mudanças Recentes e Implicações para a Produção Local e Acesso da População aos Medicamentos. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz/Organização Mundial da Saúde, 2000.
35. Portaria nº. 3.916/GM de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 1998; 18 nov.
36. Cosendey, MAE. Bermudez, JAZ, Reis, ALA, Silva, HF, Oliveira, MA, Luiza, VL,. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde: a Experiência de Três estados Brasileiros. Cadernos de Saúde Pública 2000; 16:171-182.
37. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename. Brasília:Ministério da Saúde; 2002.
38. Ministério da Saúde, 2006. Rename 2006: O processo de revisão e atualização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006
39. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999; 27 jan.
40. Portaria GM/MS nº. 176, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 1999; 11 mar.
41. Ferraes, AMB. Política de medicamentos na atenção básica e a assistência farmacêutica no Paraná. [Dissertação de Mestrado] Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2002.
42. Portaria GM nº 1.105, de 5 de Julho de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos nesse nível de atenção à saúde. Diário Oficial da União 2005; 12 ago.
43. Portaria GM nº 2.084 de 26 de outubro de 2005. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências. Diário Oficial da União 2005; 28 out.

44. CONASS. Proposta de Revisão da Portaria GM/MS Nº. 2084 de outubro de 2005, que regulamenta o Componente Assistência Farmacêutica Básica do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica. <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT21-07.pdf> (acessado em 12/02/2008).
45. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília, 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Disponível em <http://www.saude.gov.br/dab> Diário Oficial da União (acessado em 09/out/2007)
46. Portaria MS/GM nº. 371 de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília:Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 2002; 06 mar.
47. Ministério da Saúde. Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS : orientações básicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
48. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília, DF; 2000.
49. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. <http://www.inca.gov.br/tabagismo/> (acessado em: 05/02/2008).
50. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Alimentação e Nutrição: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/> (acessado em 05/02/2008).
51. Ministério da saúde. Saúde amplia acesso ao tratamento de asma e rinite. http://portalweb05.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=14128 (acessado em: 05/02/2008).
52. Portaria GM/MS nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; Ministério da Saúde, 2002.
53. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental – 1990-2004. Brasília: 5ª edição ampliada; 2004.

54. Ministério da Saúde. Programas Estratégicos. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25311 (acessado em 14/11/2006).
55. Ministério da Saúde. Plano Estratégico para Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no Período 2001-2005. Resumo Executivo. Brasília; 2000.
56. Portaria GM nº. 3535, de 2 de setembro de 1998. Estabelece uma rede hierarquizada dos centros que prestam assistência oncológica e atualiza os critérios mínimos para o cadastramento de centros de alta complexidade em oncologia. Diário Oficial da União 1998; 3 set.
57. Portaria GM nº. 3536, de 2 de setembro de 1998. Determina a implantação do sistema de autorização de procedimentos de alta complexidade na área de oncologia (APAC/ONCO). Diário Oficial da União 1998; 3 set.
58. Brasil, Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de dispensação em caráter excepcional / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 1997.
59. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 2006; 23 fev.
60. Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 2007; 31 jan.
61. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, D.F.: Diário Oficial da União 1993; 20 jun.
62. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
63. Manual do Usuário. O Registro Nacional de Preços de Medicamentos e Correlatos. Ministério da Saúde, 2004.

64. Cárdenas, FE. Análise da utilização do registro nacional de preços de medicamentos como instrumento para aumento da oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde. [Dissertação de mestrado profissional]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Porto Alegre, 2005.
65. Vieira, FS, Mendes, ACR. Evolução dos Gastos do Ministério da Saúde com Medicamentos. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Núcleo Nacional de Economia da Saúde. Brasília, 2007.
66. Vianna, SM, Piola, SF, Reis, COO. Gratuidade no SUS: Controvérsias em Torno do Copagamento. Série Texto para Discussão nº 587. IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: Brasília; 1998.
67. Santos, SCM., Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da competição extra-preço. [dissertação de mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
68. World Health Organization. Health: A Precious asset. Accelerating follow-up to the World Summit for Social Development. Geneva, Switzerland: WHO; 2000.
69. Puig Junoy, J. Los Mecanismos de Copago en Servicios Sanitarios: Cuando, Cómo y Porqué. Hacienda Pública Española nº 158. Barcelona, 2001.
70. Barros, PP, 2001. Procura de cuidados de saúde - os efeitos do estado de saúde, tempo, copagamento e rendimento. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa. Documento de trabalho 2/2001. Lisboa, 2001.
71. Copago en Europa, 2002. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. Madrid, 2002. <http://www.elglobal.net/documentacionpdf/docglobal91.pdf> (acessado em 26/06/2006).
72. Rêgo, ECL. Políticas de Regulação do Mercado de Medicamentos: A Experiência Internacional. Revista do BNDES 2000;v. 7, n. 14, p. 367-400.
73. Knippenberg R, Alihonou E, Soucat A, et al. Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea. International Journal of Health Planning and Management. 1997; 12, Suppl. 1: 29-47.
74. Hardy, C. Las Políticas Sociales en America Latina en los Noventa. www.chile21.cl/medios/PDF/Coleccion/col8.pdf (acessado em 06/07/2006).

75. Simionatto, I. Reforma do Estado ou modernização conservadora? O retrocesso das políticas sociais públicas nos países do Mercosul, 2000. <http://www.artnet.com.br/gramsci/arquiv150.htm> (acessado em 06/07/2006).
76. Costa, N. R. Reforma do Estado e As Mudanças Organizacionais No Setor Saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva 1998; v. 3, n. 1, p. 52-66.
77. Phang, C. Medicamentos Essenciais no Peru: Programa Social no Estado Liberal? [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
78. LAFEPE (Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco). Farmácias LAFEPE. Disponível em: <http://www.lafepe.pe.gov.br/farmacias> (acessado em 8/jun/2006).
79. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte. <http://www.saude.rn.gov.br/noticias.asp?idnoticia=5090> (acessado em 8/jun/2006).
80. IVB (Instituto Vital Brazil). <http://www.ivb.rj.gov.br/principal.asp> (acessado em 8/jun/2006).
81. IVB (Instituto Vital Brazil). Disponível em: <http://www.ivb.rj.gov.br/noticias/noticia100.asp> (acessado em 20/fev/2008).
82. Yin, R. Case study research: Design and Methods (3ª ed.) Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003.
83. Coutinho, CP, Chaves, JH. O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. Revista Portuguesa de Educação 2002; v. 15, n. 1, p. 221 - 243.
84. Worthen, B. R.; Sanders, J. R.; Fitzpatrick, J., Avaliação de programas: concepções e práticas. Trad. Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Editora Gente, 2004.
85. Efetividade do desenvolvimento em saúde: experiências exitosas na América Latina e Caribe. Campinas: NEPP/UNICAMP/BID; 2006.
86. Pontes Junior, DM; A seleção de medicamentos para o monitoramento da qualidade laboratorial no Brasil: articulação entre a vigilância sanitária e a Política Nacional de Medicamentos.[dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
87. Osorio-de-Castro, CGS.; Mosegui, GBG.; Peixoto, MAP.; Castilho, SR. & Luiza, VL. Estudos de Utilização de Medicamentos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

88. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology and Nordic Council on Medicines. Guidelines for ATC classification. Oslo, 1990.
89. Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União 1996; 16 out.
90. Decreto nº. 5.090 de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 21 mai.
91. Lei nº. 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 2004; 13 abr.
92. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União 2004; 06 mai.
93. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. A política de assistência farmacêutica: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização da assistência farmacêutica, com controle social. http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/portal_daf/index_daf.htm (acessado em 20/10/2006).
94. Portaria MS/GM nº. 1.651, de 11 de agosto de 2004. Dispõe sobre o modelo de gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. Brasília:Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 2004; 12 ago.
95. Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil - FPB. Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil: Manual Básico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
96. Portaria nº 2.587/GM de 6 de dezembro de 2004. Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 09 dez.
97. Portaria GM nº 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa "Farmácia Popular do Brasil". Diário Oficial da União 2006; 10 mar.
98. Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil-FPB. Critérios Utilizados para a Definição do Elenco de Medicamentos para o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília:Ministério da Saúde. mimeo; 2004.

99. Ministério da Saúde. Saúde inaugura Farmácia Popular em Uruará (PA) (13/12/2007).
http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=40357 (acessado em 12/02/2008).
100. Ministério da Saúde. Acordo com CEF aperfeiçoa programa Farmácia Popular do Brasil (09/08/2007).
http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=34677 (acessado em 12/02/2008).
101. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Produto Interno Bruto dos Municípios 2002-2005. Brasil, 2007.
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2005/tab01.pdf> (acessado em 26/02/2008).
102. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades:
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php> (acessado em: 26/02/2008).
103. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue
http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21389 (acessado em 26/02/2008).
104. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária:
http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21400 (acessado em 26/02/2008).
105. Osorio-de-Castro CGS, Ruiz AM, Chaves GC, Miranda ES, Mutis MS, Freitas LF, *et al.* Projeto modelo de avaliação para assistência farmacêutica em endemias focais na Amazônia Legal, Brasil: prescrição, dispensação e adesão ao tratamento de malária não complicada por *P. vivax* e *P. falciparum* em municípios de alto risco. Rio de Janeiro: Núcleo de Assistência Farmacêutica, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
106. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; v. 5 n.1:133-149.
107. Souza, C. Governos locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; v. 7 n. 3:431 – 442.
108. Jornal de Araxá. Faltam medicamentos na farmácia municipal.
[http://www.jornalaraxa.com.br:80/jornalTemp/noticias.asp?cod_materia=847&\\$pub=saude](http://www.jornalaraxa.com.br:80/jornalTemp/noticias.asp?cod_materia=847&$pub=saude) (acessado em: 29/02/2008).

109. Ferreira, RL.; Análise de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
110. Projeto de Lei do Senado nº 219, de 2007. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a oferta de procedimentos terapêuticos e a dispensação de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

ANEXOS

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) Senhor(a)

Eu, Cláudia Du Bocage Santos Pinto, mestranda da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Ensp/Fiocruz, portadora do RG 11827434-9, estabelecido(a) no endereço institucional Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 Sala 629, Manguinhos, Rio de Janeiro RJ CEP: 21041-210, Tel: 2598-2564, estou desenvolvendo uma pesquisa que envolve a política de medicamentos no Brasil e, especialmente, o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Este é um estudo descritivo, que incluirá dados documentais, numéricos do Programa e entrevistas com atores-chave.

Sua participação nesta pesquisa envolve uma entrevista voluntária e não determinará qualquer implicação futura, sendo as informações obtidas de suma importância para a realização do estudo.

INFORMO QUE O SR(A) TEM A GARANTIA DE ACESSO, EM QUALQUER ETAPA DO ESTUDO, SOBRE QUALQUER ESCLARECIMENTO DE EVENTUAIS DÚVIDAS E QUE PODERÁ RETIRAR SUA CONCORDÂNCIA À PARTICIPAÇÃO, TAMBÉM A QUALQUER MOMENTO.

Estima-se que a publicação dos resultados se faça por divulgação da própria dissertação e por artigos científicos. É importante que, caso deseje participar, informe sua anuência a uma das duas opções abaixo:

- concordo com a divulgação das informações por mim fornecidas e **também** com a associação do meu nome às mesmas **no corpo da dissertação da pesquisadora acima citada.**

- concordo com a divulgação das informações por mim fornecidas mas **não** com a associação do meu nome às mesmas **no corpo da dissertação da pesquisadora acima citada.**

Reitero que, nos artigos científicos, não haverá divulgação dos nomes dos informantes.

Data ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP
Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 Sala 314
Manguinhos Rio de Janeiro RJ
CEP: 21041-210
tel: (21) 2598-2863

Anexo II

SOLOCITAÇÃO DOS DADOS À DIREÇÃO NACIONAL DO PROGRAMA

Rio de Janeiro, 16 de maio de 2007

Dr. Reinaldo Guimarães,

Venho através desta, fazer a solicitação formal dos dados referentes ao Programa Farmácia Popular do Brasil, para execução de minha dissertação de mestrado que vem sendo desenvolvida na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz.

Os dados supracitados referem-se a: estatísticas de atendimento, população abrangida e consumo de medicamentos pelos usuários do Programa.

Saliento que tais dados terão somente finalidade acadêmica.

Grata,

Cláudia Du Bocage Santos Pinto

Anexo III

MEDICAMENTOS DO PFPB QUE NÃO CONSTAM NA RENAME 2006

Elenco FPB	Presente na RENAME 2002	Motivo para não constar na RENAME
Atenolol 25mg/comp.	Não	Apenas 50 e 100 mg
Benzoato de Benzila 200mg/ml/emulsão	Sim	Pelo mais alto perfil de toxicidade, recomendou-se a exclusão de benzoato de benzila.
Brometo de n-butilescopolamina 10 mg/frasco	Sim	A eficácia é discutível em várias situações e, quando aparece, é igual à de outras alternativas mais seguras, pelo que se recomendou a exclusão de butilbrometo de escopolamina.
Cetoconazol 200mg/comp.	Sim	Cetoconazol sistêmico tornou-se agente de segunda linha para a maioria das infecções fúngicas, cedendo lugar para medicamentos de amplo espectro de ação como a Griseofulvina.
Cloreto de Potássio 60mg/ml/xpe.	Não	Apenas solução injetável
Diazepam 10mg/comp.sulcado	Não	Apenas 5 mg
Enalapril 10mg/comp.	Não	Apenas 5 mg
Eritromicina(Estearato ou Etilsuccinato) 125mg/5ml/susp. oral	Sim	Apenas 50 mg/ml Foi substituído para adequação de posologia.
Ibuprofeno 300mg/comp.	Sim	Apenas 200 e 600 mg
Levonorgestrel 0,75mg/comp.	Não	Apenas 1,5 mg Estudos indicam não ser necessária a repetição da dose de 0,75 mg por 2 dias. A dose única de 1,5 mg já é suficiente para a contracepção de emergência.
Metildopa 500mg/comp.rev.	Não	Apenas 250 mg
Monitrato de Isossorbida 20mg/comp.	Não	Apenas 40 mg
Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zíncica) 5mg + 250ui/g/pom.	Sim	Foi excluída em vista da baixa eficácia e pelos riscos.
Nifedipina 20mg/comp.lib.cont.	Sim	Apenas 10 mg Nifedipino de liberação controlada foi retirado da relação, como medicamento cardiovascular e substituído por besilato de anlodipino. Isso se deu por estudos demonstrarem sua associação com um aumento significativo na mortalidade total de pacientes com doença coronariana, quando usado em doses altas e moderadas. O Nifedipino 10 mg passou a integrar a

		relação mas por sua ação tocolítica.
Nistatina 25.000 UI/crem. Vaginal	Sim	Foi excluído por já se encontrar na Rename o miconazol (nitrato), creme vaginal 2% e por revisões sistemáticas terem demonstrado que casos sintomáticos de cândida vaginal devem ser tratados com imidazólicos tópicos e não nistatina.
Paracetamol 100mg/ml/sol. oral gts.	Sim	Apenas 200mg/ml/sol. Oral gts Essa apresentação permite o cálculo de 1 gt.
Salbutamol (Sulfato) 2mg/comp. Sulcado	Sim	As apresentações orais foram substituídas por aquelas de via inalatória devido a diminuição dos efeitos adversos sistêmicos.
Salbutamol (Sulfato) 2mg/5ml/xpe.	Sim	As apresentações orais foram substituídas por aquelas de via inalatória devido a diminuição dos efeitos adversos sistêmicos.
Sinvastatina 20mg/comp.	Não	Apenas 10 e 40 mg
Tiabendazol 5%/pom.	Sim	Apenas Comprimidos e Susp oral Não foram encontradas evidências que indiquem a utilização do Tiabendazol tópico.

Anexo IV

MEDICAMENTOS DE MAIOR ARRECADAÇÃO NO PFPB ENTRE AS REGIÕES DO BRASIL

Medicamentos de maior arrecadação na Região Norte no ano de 2006. PFPB, 2007

Medicamento	Arrecadado	Percentual	Percentual acumulado
sinvastatina 20mg	758.746,00	17%	17%
omeprazol 20mg	487.472,58	11%	28%
cefalexina 500mg	230.440,00	5%	34%
azitromicina 500mg	230.091,84	5%	39%
ciprofloxacino 500mg	182.837,00	4%	43%
fluconazol 150mg	130.911,90	3%	46%
metildopa 500mg	120.431,40	3%	49%
nifedipina 20mg	109.198,80	2%	51%
ranitidina 150mg	99.978,00	2%	54%
metformina 850mg	89.810,60	2%	56%

Medicamentos de maior arrecadação na Região Nordeste no ano de 2006. PFPB, 2007

Medicamento	Arrecadado	Percentual	Percentual acumulado
sinvastatina 20mg	2.674.664,20	25%	25%
omeprazol 20mg	1.719.325,44	16%	40%
azitromicina 500mg	408.260,16	4%	44%
cefalexina 500mg	324.336,00	3%	47%
ciprofloxacino 500mg	299.447,60	3%	50%
atenolol 25mg	269.051,25	2%	52%
nifedipina 20mg	239.484,00	2%	55%
captopril 25mg	233.694,40	2%	57%
metformina 850mg	209.710,60	2%	59%
amoxicilina 500mg	202.133,40	2%	60%

Medicamentos de maior arrecadação na Região Sudeste no ano de 2006. PFPB, 2007

Medicamento	Arrecadado	Percentual	Percentual acumulado
sinvastatina 20mg	9.693.917,80	28%	28%
omeprazol 20mg	5.368.432,30	16%	44%
atenolol 25mg	1.224.613,50	4%	48%
metformina 850mg	1.063.493,20	3%	51%
enalapril 10mg	866.002,20	3%	53%
ranitidina 150mg	819.073,20	2%	56%
captopril 25mg	765.772,80	2%	58%
enalapril 20mg	743.769,60	2%	60%
cefalexina 500mg	740.340,00	2%	62%
azitromicina 500mg	702.860,40	2%	64%

Medicamentos de maior arrecadação na Região Sul no ano de 2006. PFPB, 2007

Medicamento	Arrecadado	Percentual	Percentual acumulado
sinvastatina 20mg	1.689.632,00	33%	33%
omeprazol 20mg	828.708,86	16%	49%
atenolol 25mg	198.006,75	4%	53%
amitriptilina 25mg	140.868,20	3%	56%
azitromicina 500mg	138.536,64	3%	59%
enalapril 20mg	127.914,50	3%	61%
fluconazol 150mg	123.599,75	2%	64%
metformina 850mg	112.489,30	2%	66%
enalapril 10mg	110.368,80	2%	68%
ciprofloxacino 500mg	108.683,80	2%	70%

Medicamentos de maior arrecadação na Região Centro-Oeste no ano de 2006. PFPB, 2007

Medicamento	Arrecadado	Percentual	Percentual acumulado
omeprazol 20mg	557.539,78	16%	16%
sinvastatina 20mg	500.346,00	14%	30%
enalapril 20mg	169.694,70	5%	34%
ranitidina 150mg	126.086,40	4%	38%
atenolol 25mg	117.219,00	3%	41%
cefalexina 500mg	109.376,00	3%	44%
metformina 850mg	107.011,30	3%	47%
amiodarona 200mg	106.864,00	3%	50%
azitromicina 500mg	106.619,04	3%	53%
carbamazepina 200mg	97.321,90	3%	56%

Anexo V

PRESENÇA DOS MEDICAMENTOS DO PFPB NOS PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

	Elenco PFPB	Presença nos programas do MS
1	acetato de medroxiprogesterona 150 mg/ml	Atenção Básica (Saúde da Mulher)
2	aciclovir 200mg/comp.	DST
3	ácido acetilsalicílico 500mg/comp.	-
4	ácido acetilsalicílico 100mg/comp.	Atenção Básica
5	ácido fólico 5mg/comp.	Atenção Básica (Atenção Nutricional)
6	albendazol 400mg/comp. mastigável	Atenção Básica DST
7	alopurinol 100mg/comp.	-
8	amiodarona 200mg/comp.	-
9	amitriptilina(cloridrato) 25mg/comp.	Saúde Mental
10	amoxicilina 500mg/cáps.	Atenção Básica Programa Saúde da Família
11	amoxicilina 250mg/5ml/pó p/susp. oral	Atenção Básica Programa Saúde da Família
12	atenolol 25mg/comp.	-
13	azatioprina 50mg/comp.	Medicamentos Excepcionais
14	azitromicina 500mg/comp.	Medicamentos Excepcionais DST
15	benzilpenicilina benzatina 1.200.000ui/pó p/sus. inj.	Atenção Básica Programa Saúde da Família
16	benzilpenicilina procaína+potássica 300.000+100.000ui/pó/sus. inj.	Atenção Básica
17	benzoato de benzila 200mg/ml/emulsão	Atenção Básica
18	biperideno 2mg/comp.	Medicamentos Excepcionais
19	brometo de n-butilescolamina 10 mg/frasco	-
20	captopril 25mg/comp. sulcado	Atenção Básica (Hipertensão e Diabetes)
21	carbamazepina 200mg/comp.	Saúde Mental
22	carbidopa + levodopa 25mg + 250mg/comp.	Medicamentos Excepcionais Saúde Mental
23	cefalexina(cloridrato ou sal sódico) 500mg/cáps.	-
24	cefalexina(cloridrato ou sal sódico) 250mg/5ml/susp. oral	-
25	cetoconazol 200mg/comp.	DST
26	ciprofloxacino	Medicamentos Excepcionais

	500mg/comp.	DST
27	cloreto de potássio 60mg/ml/xpe.	-
28	cloreto de sódio 0,9% 9mg/ml/sol. nasal	-
29	clorpromazina 25mg/comp.	Saúde da Mental
30	clorpromazina 100mg/comp.	Saúde da Mental
31	dexametazona crem.0,1%	Atenção Básica Programa Saúde da Família
32	dexclorfeniramina(maleato) 2mg/comp.	-
33	dexclorfeniramina(maleato) 0,4mg/sol. oral	-
34	diazepam 5mg/comp.sulcado	Saúde Mental
35	diazepam 10mg/comp.sulcado	Saúde Mental
36	digoxina 0,25mg/comp.	Atenção Básica (Hipertensão e Diabetes)
37	dipirona 500mg/ml gts	-
38	doxiciclina 100mg/comp.	Medicamentos Estratégicos (Malária)
39	enalapril 10mg/comp.	-
40	enalapril 20mg/comp.	-
41	enantato de noretisterona+valerato de estradiol 50mg+5mg/injetável	Atenção Básica (Saúde da Mulher)
42	eritromicina(estearato ou etilsuccinato) 125mg/5ml/susp. oral	Atenção Básica
43	eritromicina(estearato ou etilsuccinato) 500mg/comp./cáps.	Atenção Básica
44	etinilestradiol+levonorgestrel 0,03mg+0,15mg/comp	Atenção Básica (Saúde da Mulher)
45	fenitoína 100mg/comp.	Saúde Mental
46	fenobarbital 100mg/comp.	Saúde Mental
47	fluconazol 100mg/rev.	DST
48	fluconazol 150mg/rev.	-
49	furosemida 40mg/comp.	Programa Saúde da Família
50	glibenclamida 5mg/comp.	Atenção Básica (Hipertensão e Diabetes) Programa Saúde da Família
51	haloperidol 1mg/comp.	Saúde Mental
52	haloperidol 5mg/comp.	Saúde Mental
53	haloperidol 2mg/ml/sol. oral	Saúde Mental
54	hidroclorotiazida 25mg/comp.	Atenção Básica (Hipertensão e Diabetes) Programa Saúde da Família
55	ibuprofeno 300mg/comp.	-

56	levonorgestrel 0,75mg/comp.	Atenção Básica (Saúde da Mulher)
57	mebendazol 100mg/comp.	Atenção Básica Saúde Mental
58	mebendazol 100mg/5ml/sup. oral	Atenção Básica Saúde Mental
59	metformina 500mg/comp.	-
60	metformina 850mg/comp.	Atenção Básica (Hipertensão e Diabetes)
61	metildopa 250mg/comp.rev.	
62	metildopa 500mg/comp.rev.	Programa Saúde da Família
63	metoclopramida (cloridrato) 10mg/comp.	Atenção Básica Programa Saúde da Família
64	metoclopramida (cloridrato) 4mg/ml/sol.oral	-
65	metronidazol 250mg/comp.	Atenção Básica Programa Saúde da Família
66	metronidazol 5% creme vaginal	Atenção Básica
67	metronidazol (benzoato) 200mg/5ml/susp. oral	Atenção Básica
68	miconazol (nitrato) 2%/locão	Atenção Básica
69	miconazol (nitrato) 2%/pó	-
70	monitrato de isossorbida 20mg/comp.	-
71	neomicina (sulfato) + bacitracina (zíncica) 5mg + 250ui/g/pom.	Atenção Básica
72	nifedipina 20mg/comp.lib.cont.	-
73	nistatina 25.000 ui/crem. vaginal	Atenção Básica
74	nistatina 100.000 ui/ml/ susp. oral	-
75	noretisterona 0,35mg/comp.	Atenção Básica (Saúde da Mulher)
76	omeprazol 20mg/cáps.	-
77	paracetamol 500mg/comp.	Atenção Básica Programa Saúde da Família
78	paracetamol 200mg/ml/sol. oral gts	Atenção Básica Programa Saúde da Família
79	paracetamol 100mg/ml/sol. oral gts.	Atenção Básica Programa Saúde da Família
80	prednisona 20mg/comp.	Atenção Básica (Asma e Rinite) Medicamentos Estratégicos (Hanseníase)
81	prednisona 5mg/comp.	Atenção Básica (Asma e Rinite)
82	prometazina (cloridrato) 25mg/comp.	Saúde Mental
83	propranolol (cloridrato) 40mg/comp.	Atenção Básica (Hipertensão e Diabetes) Programa Saúde da Família
84	ranitidina 150mg/comp.	Atenção Básica
85	sais p/ reidratação oral	Atenção Básica

	pó p/sol. oral	
86	salbutamol (sulfato) 2mg/comp. sulcado	Atenção Básica (Asma e Rinite) Medicamentos Excepcionais Programa Saúde da Família
87	salbutamol (sulfato) 2mg/5ml/xpe.	Atenção Básica (Asma e Rinite) Medicamentos Excepcionais Programa Saúde da Família
88	sinvastatina 20mg/comp.	Medicamentos Excepcionais
89	sulfametoxazol + trimetoprima 400mg + 80mg/comp.	Atenção Básica Programa Saúde da Família Medicamentos Estratégicos (Peste Bubônica)
90	sulfametoxazol + trimetoprima 200mg + 40mg/5ml/susp. oral	Atenção Básica Programa Saúde da Família Medicamentos Estratégicos (Peste Bubônica)
91	sulfasalazina 500mg/comp.	Medicamentos Excepcionais
92	sulfato ferroso 40mg fe(ii)/comp. rev.	Atenção Básica (Atenção Nutricional)
93	sulfato ferroso 25mg/ml fe(ii)/sol. oral	Atenção Básica (Atenção Nutricional)
94	tiabendazol 5%/pom.	Atenção Básica
95	valproato de sódio 50mg/ml/xpe.	Saúde Mental
96	verapamila(cloridrato) 80mg/comp.	-
97	preservativo masculino	-
	TOTAL	74%