

Economia e Políticas Públicas

Revista Eletrônica de Economia

Vol.13, n.1, jan./jun.2025
ISSN: 2318-647X (online)

<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/economiaepoliticaspublicas>

A resiliência da abrangência e dos investimentos da Assistência Farmacêutica: o caso do Programa Farmácia Popular do Brasil

The resilience of the scope and investments in pharmaceutical assistance: the case of the Brazilian Popular Pharmacy Program

La resiliencia del alcance y de las inversiones en la Asistencia Farmacéutica: el caso del Programa Farmacia Popular de Brasil

Eduardo Manhães¹
Lia Hasenclever²

Resumo: O objetivo desse artigo é demonstrar que, ao contrário do que se espera quanto aos esforços de financiamento e estruturação da política pública de assistência farmacêutica, no que tange o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, o recente período de instabilidade (2008/2022) não tem prejudicado criticamente essa ação. A metodologia empregada foi a pesquisa bibliográfica e os dados obtidos nos órgãos responsáveis pela política pública. Os resultados mostram que, apesar do período de incerteza econômica, retraindo o financiamento, essa não significou a deteriorização do programa e, por outro lado, a política demonstrou vigor em seu espraiamento no território nacional.

¹ Doutor em Planejamento Regional e Gestão da Cidade pela UCAM. Professor Adjunto no Departamento de Economia – UFF/Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4845-5480>. E-mail: jedums@hotmail.com.

² Doutora em Engenharia da Produção pela COPPE-UFRJ. Professora Colaboradora Voluntária Instituto de Economia - UFRJ e Universidade Cândido Mendes/Campos dos Goytacazes. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1384-6323> E-mail: lia@ie.ufrj.br.

Palavras-chave: Programa farmácia popular do Brasil; políticas públicas; Aqui tem farmácia popular, medicamentos básicos e essenciais.

Abstract: The objective of this article is to demonstrate that, contrary to expectations regarding financing and structuring efforts in public pharmaceutical assistance policy, specifically in providing basic and essential medications, the recent period of instability (2008–2022) has not critically impaired this action. The methodology employed involved bibliographic research and data obtained from public policy institutions. The results indicate that, despite the period of economic uncertainty and reduced funding, this has not resulted in deterioration of the program; rather, the policy has demonstrated resilience by effectively expanding its reach across the national territory.

Keywords: Brazilian popular pharmacy program; Public policies; Popular Pharmacy Here Program; basic and essential medicines.

Resumen: El objetivo de este artículo es demostrar que, contrariamente a las expectativas sobre el financiamiento y la estructuración de la política pública de atención farmacéutica, en lo que respecta a la provisión de medicamentos básicos y esenciales, el reciente período de inestabilidad (2008-2022) no ha afectado gravemente este esfuerzo. La metodología empleada fue la investigación bibliográfica y la obtención de datos de los organismos responsables de las políticas públicas. Los resultados muestran que, a pesar del período de incertidumbre económica, que redujo la financiación, esto no implicó un deterioro del programa. Por otro lado, la política demostró vigor en su expansión por todo el país.

Palabras clave: Programa de Farmacia Popular de Brasil; políticas públicas; Aquí hay Farmacia Popular; medicamentos básicos y esenciales.

1. Introdução

O Brasil é uma federação composta por níveis políticos e administrativos, com vinte e seis estados, um Distrito Federal, 5.570 municípios e com estimados 209 milhões de habitantes (IBGE, 2018). O Estado tem, conforme art. nº 196³, de sua Constituição Federal (1988), a responsabilidade quanto à atenção para com a saúde dos brasileiros e o papel de promotor de ações voltadas para esse fim.

Essa responsabilidade também é proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (1946), segundo a qual: "Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas." (OMS, 2004, p. 1). A OMS também ressalta o fato que grande parcela da população dos países não dispõe de acesso adequado aos medicamentos básicos e essenciais para o combate de enfermidades.

Assim, a atenção à saúde ao cidadão desprovido de condições coloca-se como um direito constitucional e fundamental, sendo, então, uma obrigação do Estado o

3 Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II, (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde).

estabelecimento de instrumentos e aprovisionamento de recursos voltados à promoção ao atendimento e assistência à saúde, inclusive da Assistência Farmacêutica (AF).

A ação do Estado no setor de saúde com foco na AF, também deve corrigir deficiências decorrentes da lógica do mercado concorrencial que não se interessa por lugares afastados ou de população reduzida e carente de meios para o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, visto que esses são relegados pelo capital privado.

Nesse contexto, o Estado brasileiro vem implementando, desde a década de 1970, diversos sistemas públicos de assistência à saúde voltada à população, conforme será descrito adiante, sendo a mais recente o Sistema Único de Saúde (SUS) (1990). A criação desse sistema foi o resultado de uma evolução de ações percebidas no decorrer do tempo em que os capitais públicos e privados se complementavam. O mesmo vem ocorrendo com a AF, que possui seu mais atual modelo vinculado a uma cadeia de dispensação, desenhada paralelamente, a rede pública de provisionamento do SUS, sendo essa vinculada a rede privada de farmácias e drogarias, conhecida como “Aqui Tem Farmácia Popular” (ATFP).

A AF possui uma complexidade derivada do fato de que existem muitos fatores definidores do nível de acesso por parte da população, como o financiamento, acessibilidade, preços, sistemas de distribuição, etc. (OMS, 2004). Nesse sentido, esse trabalho justifica-se, pois observaremos o comportamento de duas dessas variáveis, a saber: (i) quanto ao comportamento do financiamento no decorrer dos recentes anos e (ii) quanto a construção de uma rede de dispensação ampliada em que o capital privado ganha proeminência.

O objetivo desse artigo é ampliar esse entendimento mostrando que o que mudou foi o arranjo entre os capitais públicos e privados na AF, contemplando, inclusive, o período de 2019 a 2022, e os efeitos disso na resiliência e na abrangência da AF.

A hipótese com a qual se trabalha é que, no passar dos anos e, também, recentemente as ações e políticas públicas de AF de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais têm sido aperfeiçoadas e mantidas por ações e financiamento, mesmo em condições econômicas adversas e com governos de posicionamentos antagônicos, apesar de que o financiamento do Estado para a AF tem sido direcionado para o financiamento da iniciativa privada e não por investimentos diretos no setor público.

Além dessa Introdução, esse artigo está estruturado em três seções. Na primeira seção, expõe-se uma breve síntese teórica das políticas públicas e da metodologia utilizada no artigo. Na segunda seção, apresenta-se o desenvolvimento e distribuição territorial da assistência farmacêutica no Brasil, culminando com a criação do PFPB. Na terceira seção, será apresentada a questão referente ao financiamento da política pública de AF e, por fim, serão realizadas as conclusões do trabalho.

2. referencial

Após a década de 1945 o Estado passou a deter parcial ou plena participação na prestação de serviços, como geração e distribuição de eletricidade, transporte ferroviário, saúde

e outros como resultado do pacto que vigorou nos 30 anos após a II Guerra Mundial, período conhecido como os anos gloriosos. Esse contexto de atuação do Estado foi parcialmente revertido nas décadas de 1980 e 1990 com adoção por diversos países das concepções neoliberais propostas a partir do Consenso de Washington (1989) (Peter e Pierre, 2006, p. 5).

Nesse contexto, o papel do Estado e sua participação nas políticas públicas, bem como suas relações com a sociedade passam a decorrer da demanda por solução de distorções sociais e econômicas (Wagner, 2007), as chamadas falhas de mercado. E, nesse sentido, os objetivos das ações de políticas públicas tornam-se relacionados e direcionados a setores marginalizados da sociedade, que demandam formulações e ações do Estado na organização ou atenuação/eliminação de problemas existentes, ou seja, políticas públicas focadas e com participação de parcerias público privadas. Adicionalmente, as políticas públicas também podem estar voltadas ao desenvolvimento, criando empregos e renda, alavancando o crescimento econômico e proporcionando condições para melhoria de vida da sociedade (Teixeira, 2002, p.3).

Assim, uma política pública deve implementar ações modificadoras e/ou corretivas visando eliminar distorções percebidas na sociedade, com o objetivo de manter o equilíbrio social e econômico, tendo, também, como finalidade, a consolidação da democracia, justiça social, manutenção do poder e outros fatores (Saravia, 2007, p. 28-29).

A implementação de uma política pública, em um estado democrático, demanda a composição de uma agenda decorrente da percepção de problemas apresentados por forças de representação de interesses, que apesar de suas diferenças diversas, reconhecem a necessidade e complexidade nas relações estado/sociedade no sentido de solver distorções sociais (Lobato, 2006; Majone, 2006).

A partir da identificação dos problemas, definidos os mais relevantes e relacionados às opções das ações necessárias, cabe aos formuladores da política pública⁴ mensurar e avaliar seus supostos resultados, assim como sua relação custo-benefício e tomar a decisão quanto à implementação da política pública e seu formato. Nesse sentido, é de extrema importância, dada à complexidade da sociedade contemporânea, que a compreensão das estratégias seja plena, para que os resultados sejam efetivos (Cochran e Malone, 2014, p. 2).

Entende-se que a atual política pública de AF no Brasil decorre de uma trajetória histórica⁵, construída pelas instituições, em condição de causalidade social, que Hall e Taylor (1996 *apud* Bernardi, 2012) indicam depender de um importante conjunto de experiências que

4 Policy makers.

5 Path dependency.

possibilita aos formuladores da política pública desenvolver políticas. A construção teórica desse trabalho balizou-se no Neoinstitucionalismo Histórico⁶, no qual, a compreensão de que os interesses individuais não podem ser agregados coletivamente, por serem complexos, ficando então ao encargo das instituições o norteamento para determinados objetivos coletivos (Immergut, 2007, p. 158).

3. Metodologia

A metodologia desse estudo utiliza o método de leitura bibliográfica de documentos oficiais e outros artigos sobre o tema, sendo exploratória e descritiva. A revisão bibliográfica foi realizada com base no arcabouço teórico, no período 2008/2024, que alicerça as pesquisas e análises acadêmicas sobre o tema e o levantamento de dados sobre o financiamento do Estado brasileiro quanto ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais.

A seleção foi realizada em artigos científicos, capítulos de livros, dissertações, teses e publicações institucionais disponíveis em bases como FNS/MS, Fiocruz (via LAI), Scielo, Google Scholar, CAPES Periódicos e repositórios de universidades públicas. A busca foi guiada pelas palavras-chave: Programa Farmácia Popular do Brasil, políticas públicas, Aqui Tem Farmácia Popular, medicamentos básicos e essenciais.

Foram pesquisados: 26 artigos científicos nacionais, 4 artigos científicos internacionais, 14 livros, 6 teses/dissertações, 21 documentos e relatórios governamentais e 11 leis, normas e portarias. Para o desenvolvimento desse artigo, foram aplicados: 16 artigos científicos, 2 teses/dissertações, 16 documentos governamentais, 3 livros, 2 leis, normas e portarias.

Para fins de comparações, foram obtidos, através do MS/LAI (2023), e utilizados: (i) os valores monetários dispendidos para AF, que foram deflacionados a valor constante, utilizando-se o Índice de Preços no Consumidor Amplo (IPCA), tendo como base o ano de 2022, (ii) a quantidade de medicamentos autorizada pelo PFPB e (iii) a quantidade de pacientes atendidos por Cadastro de Pessoa Física (CPF) único acumulado.

Com essas informações foram calculados os seguintes índices:

Quantidade média autorizada por CPF⁷:

6 Para a adequada formulação de uma política pública, Souza (2006) e Frey (2000) indicam a relevância das contribuições teóricas do Neoinstitucionalismo Histórico, devido à importância das instituições e das regulações para uma adequada percepção do problema, pela tomada de decisão, pela formulação e implementação das políticas públicas.

7 Cabe destacar que, esse valor, conforme informado pelo MS (2023), refere-se a cada usuário atendido e não a quantidade de dispensações realizada para o CPF. “O Programa Farmácia Popular do Brasil informa que os dados referentes ao quantitativo de pacientes do programa não podem ser somados. Uma vez que o mesmo paciente pode

$$QMD_{CPF} = \frac{\text{Quantidade Autorizada no ano}}{\text{Quantidade de Pacientes (CPF) no ano}}$$

Custo (R\$) médio medicamento:

$$\overline{\text{Custo}}_{\text{medicamento}} = \frac{\text{R\$ total autorizado no ano}}{\text{Quantidade autorizada no ano}}$$

Custo (R\$) médio por paciente:

$$\overline{\text{Custo}}_{\text{paciente}} = \frac{\text{R\$ total autorizado no ano}}{\text{Quantidade de Pacientes (CPF) no ano}}$$

Essas formulações resultaram na formulação de índices de performance, cuja a evolução anual entre os anos de 2002 a 2022, será demonstrada no Gráfico 3.

4. Resultados e Discussões

Evolução da Assistência Farmacêutica no Brasil

A política pública de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais compõe uma estrutura regulatória derivada da segunda geração dos direitos fundamentais em sua evolução na proteção da dignidade humana, estando em sua essência a preocupação com as necessidades do ser humano (Silva, 2016, p. 5).

Em 1974 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)⁸, que geriu a atenção à saúde até 1990, porém existiu até 1993⁹. Sendo o primeiro passo de descentralização no cuidado com a saúde da população e na ampliação dessa atenção para com os indivíduos que não contribuíssem para com o sistema previdenciário (trabalhadores informais) e de assistência médica (Berenger, 1996, p. 9).

Porém, antes mesmo da criação do INAMPS, já se implementava o marco inicial da construção da AF, que desde então apresentou diversos momentos de estruturação por parte do estado, conforme já mencionado anteriormente, ocorrendo a criação da Central de

adquirir medicamento para mais de uma patologia, sendo dessa forma contabilizado mais de uma vez. O mesmo acontece no caso de o paciente adquirir medicamentos em estados diferentes.” (MS, 2023).

⁸ Pela divisão do, então, Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS (CONASS, 2007). “O INAMPS se constituía como a política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS e foi extinto pela lei federal 8.689, em 1993. O antigo Instituto era responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social.” (FIOCRUZ, 2018a).

⁹ A extinção do INAMPS ocorreu em 1990, com a criação do SUS, porém, esse órgão teve suas atividades oficialmente encerradas através da Lei nº 8.689/93, havendo então um período de transição e sobreposição de 1990 a 1993, período no qual, oficialmente, o INAMPS e o SUS coexistiram (BERENGER, 1996).

Medicamentos (CEME)¹⁰ (1971/1997), com o objetivo de atender a população carente quanto à demanda de medicamentos, com gestão e gerenciamento centralizado pelo governo federal.

Em 1983, foi implementado o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), com este vigorando até 1987, sendo alterada a relação entre o setor público e o setor privado, passando ao setor público total responsabilidade sobre as ações de atenção básica, de forma descentralizada, de saúde (Gerschman, 1995, *apud* Silva, 2013, p. 14).

Porém, essa ação não promoveu ganhos significativos levando a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (1987/1990). Nesse período a AF se fez através do Programa Farmácia Básica (PFB) (1987/1997) como um canal de provisionamento de medicamentos, sendo esses elencados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (SUS, 2018), ainda sob gestão do INAMPS e com a AF apresentando problemas de fomento (Souza, 2002).

Em 1998, foi formulada a Política Nacional de Medicamentos (PNM) motivada pelas deficiências na política anterior de Assistência Farmacêutica, como: falta de acesso, baixa qualidade, uso inadequado dos medicamentos, desarticulação entre níveis de gestão e serviços desorganizados (MS, 2006). Diante disso, a PNM foi criada para proporcionar e assegurar o acesso da população a medicamentos essenciais nos setores público e privado (Luiza et al., 2018).

Até a década de 1990 persistiam, na AF, deficiências quanto a programação na oferta de medicamentos desalinhadas com a demanda, resultando muitas vezes no excesso ou falta de medicamentos na rede de assistência, consequentemente, gerando desperdício de insumos e de recursos financeiros (CONASS, 2003), levando a criação do SUS¹¹ (1990). Entretanto, apesar de sua criação a execução dos serviços manteve-se paralela à saúde suplementar de origem privada.

Assim, a criação do SUS (1990) deriva dos problemas constatados no sistema de saúde vigente naquele momento, dentre os quais o de descontrole e de subfinanciamento e reduzida transparência dos gastos públicos (MS, 1990, p. 3) por parte da União. A sua operacionalização foi descentralizada pelas três esferas de governo (Vieira, 2009, p. 1.566; Fiocruz, 2018). Desta forma, o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais no SUS,

10 Decreto nº 68.806 de 25 de junho de 1971.

11 Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...) § 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (STF, 1988, p. 154).

seria realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS)¹², que além de pontos de dispensação de medicamentos, tinham também a função de ser a porta de entrada do SUS.

Em 2002, a operação da AF, no âmbito do SUS, foi objeto de avaliação por parte da Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica (GETAF/MS), no período 2000/2002, no qual foram apontados, entre outros problemas: (i) fragmentação das atividades do ciclo de AF; (ii) dificuldades técnicas, administrativas e operacionais na gestão dos recursos financeiros; (iii) dificuldades de interlocução entre as esferas gestoras; (iv) descompasso entre as áreas técnicas e as decisões políticas; (v) recursos humanos insuficientes; (vi) superposição de serviços e atividades e (vii) falta de planejamento, acompanhamento e avaliação de modo geral (MS, 2002).

Além desses problemas operacionais, que já eram percebidos na AF antes da década de 1990, em pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2011), quanto ao componente do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS), detectou-se a manutenção de deficiências que se derivam das imperfeições operacionais e que impactam diretamente nos pacientes, tais como: (i) necessidade de ampliação da lista de medicamentos distribuídos gratuitamente; (ii) falta de medicamentos e (iii) redução na demora no atendimento de retirada. Essas deficiências eram particularmente graves nas doenças que exigiam um tratamento medicamentoso contínuo por não terem cura, mas que podem ser controladas por medicamentos e, assim, evitar internações decorrentes das pioras de condições de saúde se não tratadas.

Ao final da década de 1990 ocorre um debate sobre os preços dos medicamentos. Os preços dos medicamentos no PFPB seriam definidos por portaria do Ministério da Saúde (MS) e regulados pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), que fiscaliza o mercado para coibir abusos contra consumidores e o setor público (MS, 2006; Brasil, 2016). Com base nos valores da CMED, ocorre uma negociação entre o Estado e o setor privado. O MS estabelece uma margem de 40% para farmácias credenciadas, superior ao limite de 33% praticado pelas farmácias privadas (MS, 2018).

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) com a finalidade de ampliar o acesso a medicamentos, fomentar a inovação, fortalecer a indústria e qualificar os recursos humanos, garantindo equidade e cobertura populacional nas ações do SUS (Opas, 2005; MS, 2018).

12 As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. (MS, 2012, p. 9).

Essa nova ação, focou na ampliação à atenção a AF aos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial¹³, o MS (2002) ampliou o elenco de medicamentos básicos e essenciais, passando a adquirir os medicamentos e distribui-los diretamente aos municípios (MS, 2007). Essa ação fortalece um movimento de contraposição à descentralização que vinha ocorrendo no gerenciamento da AF básica (CONASS, 2003).

Aliado a essa ampliação e aos problemas persistentes na AF, sob a administração do MS, fora da administração do SUS e ainda no sentido centralizador, com intuito de dar continuidade à atenção relativa às demandas da população brasileira quanto à aquisição de medicamentos básicos e essenciais, o governo federal criou o “Programa Farmácia Popular do Brasil” (PFPB)¹⁴ (2004), com o propósito de ofertar medicamentos tanto gratuitamente como no formato de copagamento¹⁵ (MS, 2004).

O PFPB compõe-se de dois momentos, a saber: (i) em seu lançamento (2004), composto por unidades próprias de farmácias e gerenciado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), denominado “rede própria” (PFPB/RP) e posteriormente, (ii) em 2006, com a expansão para a composição com o credenciamento de unidades de farmácias privadas e gerenciadas diretamente pelo MS, denominado “Aqui Tem Farmácia Popular” (ATFP).

Política Pública do PFPB

As justificativas que levaram à implementação do PFPB, persistiam ainda após 17 anos de sua criação, a saber (i) na estrutura pública, a persistência de muitas das deficiências na AF do SUS, que já eram percebidas antes de sua criação e que precarizam a prestação desse serviço e possibilitam a continuidade dos problemas anteriormente mencionados e (ii) no âmbito da iniciativa privada (farmácias e drogarias), o problema dos preços dos medicamentos, que colocam-se como principal obstáculo a aquisição dos mesmos para tratamento de enfermidades (Manhães, 2019).

De fato, pode-se verificar, na Tabela 1, o volume e os valores totais comercializados nas farmácias privadas no Brasil em três momentos, a saber: 1989, 2006 e 2022.

13 O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde. (MS, 2018).

14 Lei nº. 10.858, de 13 de abril de 2004, institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.

15 A modalidade de fomento denominada copagamento foi instituída a partir da implementação do PFPB (2004) e continuada em 2006, com a ampliação do programa por meio da rede de farmácias privadas. (MS, 2016). Esse mecanismo visa, a princípio, minimizar do uso desnecessário, na medida em que demande desembolso por parte do usuário e esse não estará propenso a fazê-lo mediante gasto próprio e também como amenizador do desembolso de recursos públicos. (Santos-Pinto, 2014).

Tabela 1: Evolução vendas (unid/US\$) nas farmácias no Brasil -1989-2006-2022

	1989	2006	Δ 2006/1989	2022	Δ 2022/2006
Unidades (milhares)	1.556.393	1.434.360	-7,8%	5.339.868	272,3%
Vendas (US\$ 1.000)	2.037.785	9.868.159	384,3%	33.101.323	235,4%

Fonte: Febrafarma e IMS Health – elaboração própria

Percebe-se que, em 2006, o quantitativo de unidades vendidas foi de 7,8% menor do que o número de unidades vendidas em 1989, mas o valor monetário em US\$ foi 384,3% maior, ou seja, com um aumento populacional da ordem de 20 milhões de pessoas, o número de unidades de medicamentos vendidas diminuiu, enquanto que, o volume de vendas (em dólar), aumentou. Consequentemente, esse desproporcional encarecimento dos medicamentos, levou a população a abandonar seus tratamentos e induziu o Estado a buscar alternativas às políticas de AF já existentes, principalmente àquelas voltadas para tratamentos medicamentosos contínuos.

O resultado pode ser avaliado em dois aspectos: preço de aquisição dos medicamentos e abrangência de sua cobertura. A redução percebida no quantitativo vendido até 2006 reverteu-se até 2022 e aumentou, em 272,3%, o número de unidades vendidas (Frenkel, 2008)¹⁶, resultando em um aumento de 235,4% nas vendas em dólares, conforme Tabela 1. Se considerarmos que o Brasil enfrentou uma crise econômica desde o ano de 2008, com reduzido crescimento econômico e elevado nível de desemprego e posteriormente, a pandemia de Covid, um crescimento como o verificado nas vendas, somente pode se justificar através de um expressivo comprometimento orçamentário voltado a AF. Então, desde logo não houve redução do orçamento, mas uma mudança do financiamento direcionado aos serviços prestados pela iniciativa pública e pela iniciativa privada, argumento desenvolvido na próxima seção.

Quanto à questão da abrangência dos pontos de atendimento da AF, percebido através da capilaridade de cada um dos programas em todo território nacional, que é de suma relevância para a equidade do sistema de provisão de medicamentos, o SUS possui 37.690 unidades em todo território nacional, sendo que dessas 29.241 unidades promovem AF e o ATFP 30.904 unidades (MS, 2023). Muito embora a lógica de instalação de um estabelecimento privado siga parâmetros mercantis, podendo ocorrer concentração, o PFPB mais que duplicou os pontos de atendimento de AF das políticas públicas para o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais do governo federal (Tabela 2).

¹⁶ “A percepção deste fato, isto é, a incapacidade do mercado regular de atender às necessidades de medicamentos por parte da sociedade brasileira, certamente influenciou a preocupação crescente do governo com a ampliação do acesso ao medicamento, e influenciou os principais instrumentos da ação governamental neste decênio” (Frenkel, 2008, p. 12).

Tabela 2: Quantidade de estabelecimentos AF por região do país

Regiões	UBS/AF	ATFP	Δ% ATFP (2018/2023)	Total
Centro Oeste	1.934	3.270	-2,7%	5.204
Nordeste	11.679	4.111	-1,5%	15.790
Norte	2.609	881	-8,7%	3.490
Sudeste	8.065	14.857	6,0%	22.922
Sul	4.954	7.785	-9,4%	12.739
Total	29.241	30.904	-0,7%	60.145

Fonte: MS (2023).

Cabe mencionar que, em 2018, a rede de unidades credenciadas do ATFP contava com 31.108 unidade, tendo apresentado uma redução total, porém não uniforme, da ordem de 0,7%, pois ocorreram descredenciamentos nas regiões Centro Oeste (2,7%), Nordeste (1,5%), Norte (8,7%) e Sul (9,4%) e credenciamentos na região Sudeste (6,0%).

Porém, deve-se destacar que, conforme explicitado pelo MS (2006), o objetivo¹⁷ do programa ATFP não era o de abarcar somente a população carente, mas ampliar o benefício da aquisição de medicamentos básicos e essenciais com baixo custo ou gratuitamente a todos e em todos os lugares, utilizando a rede de estabelecimentos privada, possuindo então um foco diferente da AF do SUS através das UBS. Ainda que a cobertura de medicamentos do PFPB tenha sido restrita ao rol de medicamentos voltados para hipertensão, diabetes e asma, e ser infinitamente inferior a lista de medicamentos da Relação Anual de Medicamentos Essenciais (Rename), que regula os medicamentos disponíveis nas UBS, a sua motivação principal foi ampliar a cobertura de medicamentos para essas doenças.

Financiamento da AF

O fomento do PFPB/RP era realizado com duas finalidades, a saber: (i) destinava-se a Fiocruz¹⁸ para a compra dos medicamentos e para as despesas administrativas e logísticas, e (ii) diretamente para o Fundo Nacional de Saúde (FNS) que repassava para o Fundo Estadual ou

¹⁷ “Levar o benefício da aquisição de medicamentos e insumos essenciais a baixo custo ou gratuitamente a mais lugares e mais pessoas, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção - distribuição - varejo), por meio de parceria do Governo Federal com o setor privado varejista farmacêutico (MS, 2016, p. 2).

¹⁸ “A Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz é responsável pela operação dos procedimentos de aquisição, por meio de processos licitatórios próprios, além do armazenamento central e da distribuição dos produtos.” (MS, 2004, p. 13).

Municipal de Saúde, voltado à implantação¹⁹ e manutenção²⁰ das unidades do PFPB/RP instaladas nos municípios ou estados (MS, 2004, p. 26).

Em 31 de março de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) decidiu pelo fim do repasse de manutenção as unidades próprias do PFPB, tendo sido pactuado que o MS repassaria integralmente esse montante para compra de medicamentos no ATFP. Em função desta decisão, as unidades do PFPB/RP foram fechadas no fim do ano de 2017 (LAI/MS, 2019) e consequentemente o montante orçamentário do PFPB/RP passou a compor o ATFP.

Já o financiamento ao ATFP, a partir de 2006²¹, ocorre de duas formas: (i) para medicamentos voltados ao controle da hipertensão arterial, diabetes e asma, para os quais o MS subsidia 100% do valor de referência (VR)²² e (ii) medicamentos²³ sobre os quais o MS subsidia 90% do VR, sendo os 10% restantes, por conta do paciente, na modalidade de copagamento (Silva e Caetano, 2015; MS, 2018).

Assim, o financiamento total de medicamentos básicos passou a ser dividido com o SUS. A coexistência de dois canais exigia mais recursos. Os repasses ao ATFP, iniciado em 2006, teve repasses crescentes (média de 23,2% ao ano), exceto em 2009, 2010, 2015 e 2016, por possíveis restrições fiscais. A partir de 2010, houve queda no financiamento às UBS e aumento ao ATFP, invertendo-se a lógica anterior. Entre 2015 e 2018, o total financiado continuou caindo, com nova retração em 2018 (1,3% menor que 2017).

Assim, esses recursos são canalizados para o setor privado, através de sua rede de varejo, que também se beneficia do ponto de vista mercadológico, com a vantagem que lhes é proporcionada pela atratividade, que o programa propicia, uma vez que nem todas as unidades de atendimento privado são credenciadas e nem oferecem todos os medicamentos elencados a preços subsidiados (Santos-Pinto, 2010 *apud* Silva, 2015, p. 31).

O governo federal no período 2003/2011 fomentou orçamentariamente, de modo significativo, a política de AF de medicamentos básicos e essenciais, assim como através da instituição de programas sociais voltados a saúde, como o “Pacto pela Saúde”. As ações

19 “Os recursos destinados à instalação de unidade devem ser aplicados na reforma e adaptação do imóvel onde funcionará a Farmácia, visando sua adequação às especificações contidas no Adendo IV e demais orientações deste Manual Básico” (MS, 2004, p. 28).

20 “No caso dos recursos para manutenção, a aplicação pode ser feita com os seguintes objetos: Luz, água, telefone, internet, etc.; Material de expediente; Pessoal, de acordo com a especificação contida no Adendo VII; Serviços de Terceiros (manutenção, segurança, limpeza, etc.); Despesas com pessoas jurídicas (gráficas e outros); Despesas com pessoas jurídicas (órgãos de fiscalização) e Outras a especificar.” (MS, 2004, p. 28).

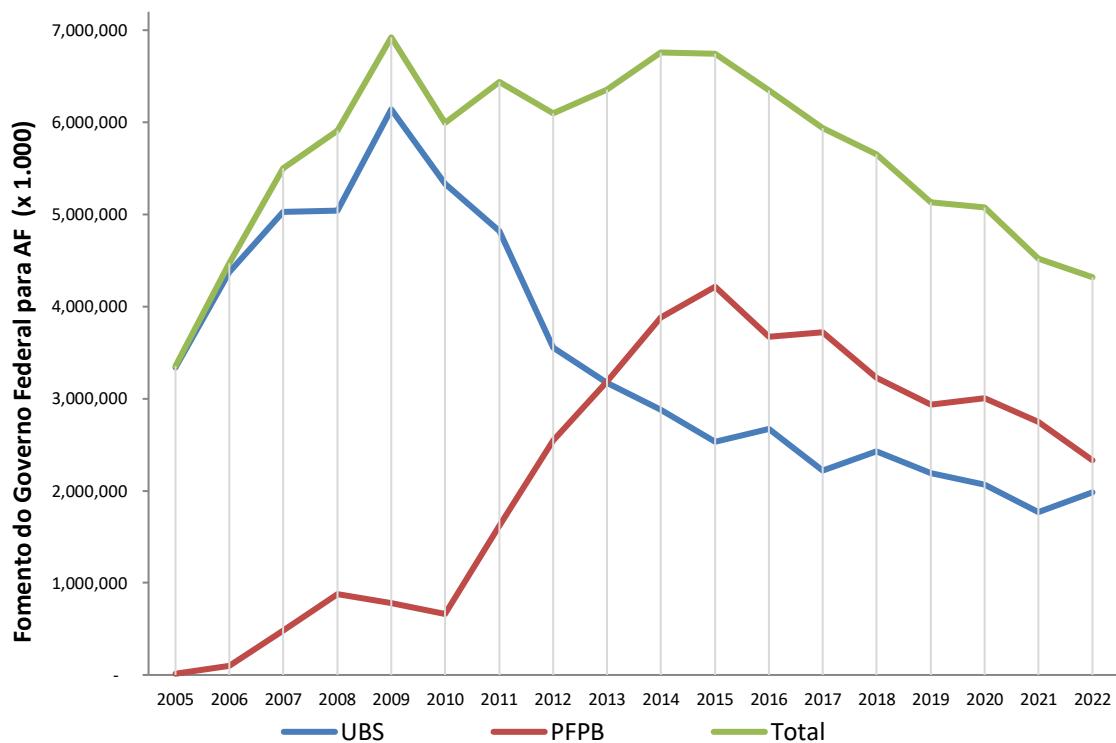
21 Exercício no qual também é aprovada a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241/2016 devido a fragilização das contas públicas, determinando a redução dos gastos públicos por 20 anos, inclusive as despesas com saúde e educação (ALMEIDA e VÉRAS, 2017, p. 279).

22 O Valor de Referencia é definido para cada princípio ativo pelo MS (MS, 2018).

23 Voltados ao tratamento de dislipidemia, doença de Parkinson, glaucoma, osteoporose, rinite, anticoncepcionais.

continuaram sendo desenvolvidas pelo governo federal, porém, com foco na reorganização das políticas públicas já existentes. Nesse período percebe-se a continuidade da dotação orçamentária, porém sem o crescimento constante (Gráfico 1), mas devendo-se considerar que, (i) desde 2008, o Brasil passava por uma crise econômica que gerou uma recessão que terminou oficialmente em 2009, mas que em muitos países se perceberam reflexos socioeconômicos por alguns anos e (ii) as severas consequências econômicas oriundas da pandemia de Covid-19.

Gráfico 1: Fomento Governo Federal para AF medicamentos básicos e essenciais – (x 1.000) – Valores constantes (IPCA).



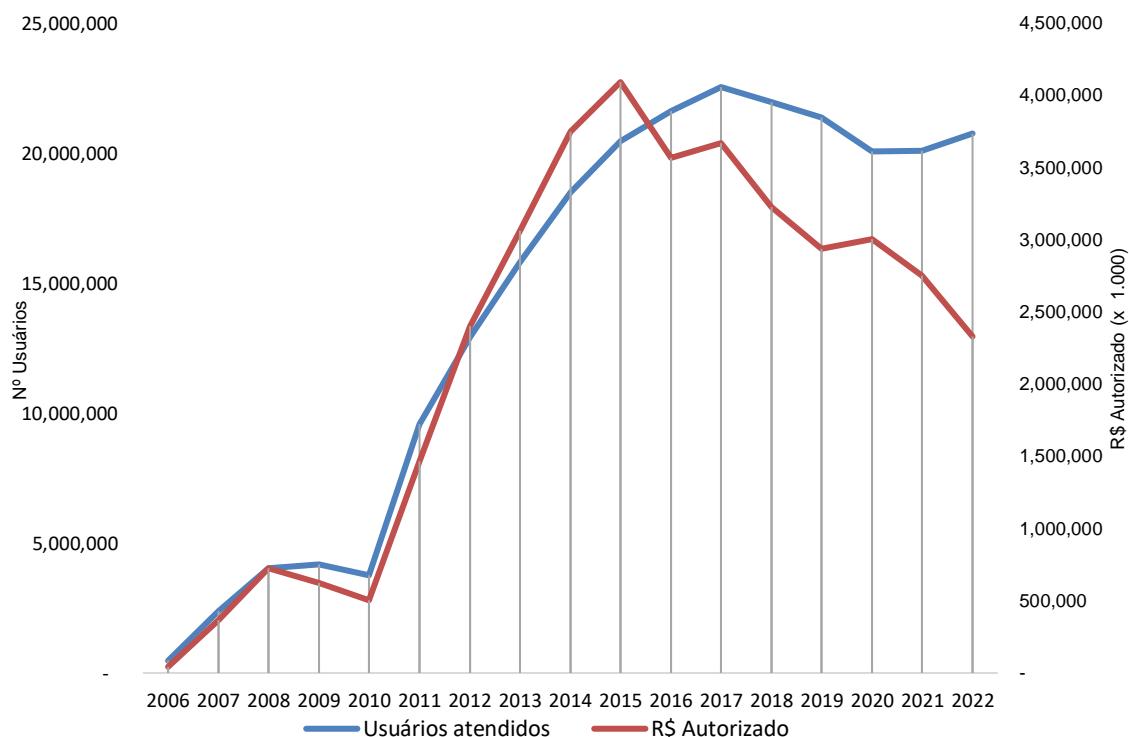
Fonte: Elaborado pelos autores conforme dados do FNS e MS/LAI (2023).

O financiamento total da AF nesse período percebe-se crescente até o ano de 2009. A partir de 2010 o direcionamento de recursos para a AF do SUS passa a ser realizado com montantes cada vez menores chegando em 2022 com um volume equivalente a 32,2% dos recursos recebidos em 2009. Já o PFPB tem seu fomento incrementado ano a ano até 2015 quando atingiu a 369,8% do valor utilizado em 2009. A partir de 2015, o PFPB apresentou uma constante redução chegando em 2022 ao patamar de financiamento verificado em 2012, mas mesmo assim, superior ao financiamento a AF do SUS.

O financiamento total a AF, desde 2015, tanto para o SUS como para o PFPB, apresentou uma redução da ordem 64,0% em termos monetários, porém, cabe apontar que, em 2022 o fomento a AF do SUS apresentou um incremento de 12,3%. (Gráfico 1).

O Gráfico 2, a seguir, demonstra a evolução da quantidade média de dispensação autorizada e o montante (R\$) do financiamento também autorizado.

Gráfico 2: PFPB - Usuários atendidos x Financiamento (x1.000).



Fonte: Elaborado pelos autores conforme dados do MS/LAI (2023).

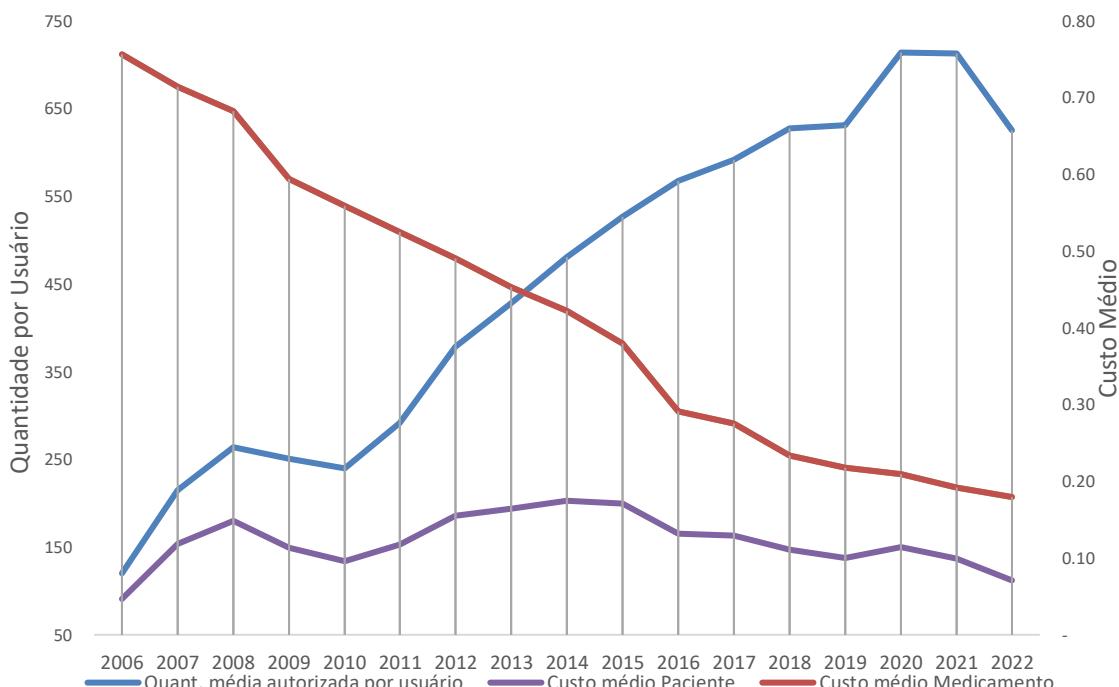
O atendimento dos usuários por parte do PFPB se mostrou crescente, no período 2016/2011 em média foram atendidos 4.071 mil usuários, em 2012/2016 foram 16.921 mil; em 2017/2018 22.259 mil e 2019/2022 foram 20.574 mil. No período analisado, até o ano de 2017 ocorreu um aumento médio da ordem de 65,2% ao ano. Em 2018 ocorre uma inflexão, intensificada em 2019 e 2020, provavelmente devido ao isolamento imposto pela pandemia de Covid e retornando a aumentar em 2021 (0,02%) e 2022 (3,2%).

Ao contrapor-se o valor das dispensações autorizadas e o quantitativo de usuários atendidos (Gráfico 2), especificamente do PFPB, percebe-se um descolamento de suas evoluções, também a partir de 2015, podendo esse aspecto ser explicado, principalmente, pela redução do custo médio do medicamento, que tem se apresentado de forma decrescente desde a

criação do PFPB, mas, se mostrou mais acentuado com uma redução, de 2015 a 2022, de 111,3% (Gráfico 3).

No Gráfico 3, a seguir, apresentam-se as evoluções da quantidade média de dispensações autorizadas por usuário, o custo médio por paciente e o custo médio do medicamento. Índices apurados conforme metodologia demonstrada.

Gráfico 3: PFPB – Índices de Performance



Fonte: Elaborado pelos autores conforme dados do MS/LAI (2023).

No Gráfico 3, adicionalmente, verifica-se a quantidade média de medicamentos autorizada por usuário, que apresentou um crescimento médio de 15,0% a cada ano do período de 2006 até 2020, ficou estável em 2021 e apresentou uma redução de 12,2% em 2022.

Diretamente relacionado ao crescimento na quantidade de medicamentos autorizados por usuário e a constante redução do custo médio do medicamento apura-se o custo médio por paciente (Gráfico 3) que manteve-se com uma variação média total no período de 3,1% de aumento.

Considerações finais

No que tange a questão de ampliação no atendimento a AF de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais à população brasileira é facilmente perceptível o aumento

da dispensação alcançada pelo PFPB, devido a vertente ATFP, que veio a adicionar às 29.241 unidades de AF das UBS's existentes mais 30.904 unidades e assim estabelecer, em 2022, em 60.145 pontos de dispensação de medicamentos básicos e essenciais em todo território nacional.

Dentro do horizonte desde sua implementação (2006/2022), a política pública do PFPB/ATFP totalizou um volume orçamentário de R\$ 38.533 bi, o que significa R\$ 2.267 bi anual de desembolso médio, o que consiste em um significativo esforço orçamentário, principalmente considerando que a partir de 2008 o Brasil passa por uma crise econômica, refletido na produção nacional e nas contas públicas. A partir de 2016, o quantitativo de pacientes atendidos passa a girar, na média, em 21,6 milhões de usuários, enquanto o valor de financiamento total decresce, indicando uma minimização no custo de aquisição dos medicamentos básicos e essenciais dispensados.

Os volumes apresentados demonstram a resiliência da abrangência e da destinação dos recursos orçamentários foram acompanhadas de uma mudança no direcionamento do financiamento público para a iniciativa privada. Quanto ao exercício de observação em um curto espaço de tempo para avaliar (i) uma política pública ou (ii) um comportamento orçamentário de investimento, seja ele público ou privado, entende-se que ele é limitado e apenas demonstra um desempenho pontual, sem que se possa construir argumentos consistentes sobre a real situação de uma política pública.

Qualquer inferência que se possa extrair de uma avaliação de curto prazo de uma política pública, pode não se sustentar a médio ou longo prazo, devido a eventuais fragilidades que ela possa apresentar, como a questão da ausência de um controle de preços mais rigoroso na destinação dos recursos para a iniciativa privada, em que pese a regulação de preços dos medicamentos em geral exercida pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos.

Porém, a contribuição do artigo é meritória porque traz a relação existente entre a destinação de rubricas orçamentárias beneficiando ou desfavorecendo ora o setor público e ora o privado, e mostra que elas são resultantes de decisões dos gestores das políticas públicas em contextos diferentes e influencias distintas da sociedade.

Outro importante aspecto a ser destacado, derivado da implementação do ATFP, a canalização de recursos públicos para a iniciativa privada, por meio de sua rede de distribuição de medicamentos, e mesmo que esses sejam lícitos e inseridos no contexto de uma política pública, são percebidos como favorecer a lógica privada e não ao bem-estar social.

References

ALMEIDA, Silvia Rebouças Pereira de; VÉRAS, Maura Nardini Bicudo. O Programa Farmácia Popular: Alcance e limites como alternativa de acesso a medicamentos essenciais. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, [s.l.], v. 22, n. 72, p.278-295, 2017. Fundação Getulio Vargas. <http://dx.doi.org/10.12660/cgpc.v22n72.64639>.

BERENGER, Mercedes Moreira. Descentralização ou Desconcentração: AIS - SUDS - SUS. 1996. 79 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

BERNARDI, Bruno Boti. O conceito de dependência da trajetória (path dependence): definições e controvérsias teóricas. *Perspectivas*, São Paulo, v. 41, p.137-167, 2012. Semestral.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

COCHRAN, Charles L.; MALONE, Eloise F.. *Public Policy: Perspectives and Choices*. 5. ed. Boulder: Lynne Rienner Publishers, 2014. 425 p.

CONASS. Para entender a gestão do SUS. Brasilia: Conass, 2003. 247 p.

FEBRAFARMA. Saúde e indústria farmacêutica em debate. São Paulo: Cubzac, 2008. 220p.

FIOCRUZ. Pense Fiocruz. 2018b. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>>. Acesso em: 10 maio 2018.

FIOCRUZ/Lai. Fiocruz/Lei Acesso a Informação. 2019. Disponível em: <<https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.aspx?ReturnUrl=%2fsistema%2fPedido%2fDetalhePedido.aspx%3fid%3dgwUXmHtRv3w%3d&id=gwUXmHtRv3w%3d>>. Acesso em: 04 fev. 2019.

FNS. Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br>>. Acesso em: 11 out. 2018.

FRENKEL, Jacob. Programas de acesso aos medicamentos: ações diretas do governo e/ou mecanismos de mercado. In: GADELHA, Carlos Augusto et al. Saúde e indústria farmacêutica em debate. São Paulo: Cubzac, 2008. p. 123-141. FEBRAFARMA - Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica.

IBGE. Conta-Satélite de Saúde Brasil 2010-2015. 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/contas-nacionais/9056-conta-satelite-de-saude.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 16 maio 2018.

IMMERGUT, Ellen. O Núcleo Teórico do Novo Institucionalismo. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. *Políticas Públicas*: Coletânea. Brasília: Enap, 2007. p. 155-195.

IMS HEALTH. Disponível em: <<http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth>>. Acesso em: 12 out. 2018.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Org.). *O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)*. Brasília: Ipea, 2011.

LOBATO, Lenaura. Algumas considerações sobre a representação de interesses no processo de formulação de políticas púb. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. *Políticas Públicas*. Brasília: Enap, 2006. p. 289-313. (Coletânea).

MAJONE, Giandomenico. Agenda Setting. In: GOODIN, Robert E. (Ed.). *The Oxford Handbook of Political Science*. London: Oxford University Press, 2006. Cap. 10. p. 228-250.

MANHAES, José Eduardo. Arranjos de provisão de medicamentos básicos e essenciais: análise do Programa Farmácia Popular do Brasil. 2019. 176 f. Tese (Doutorado em Planejamento Regional e Gestão da Cidade) – Universidade Candido Mendes, Campos dos Goytacazes, 2019.

MS (Brasil). ABS do SUS Doutrinas e Princípios. Ministerio da Saúde, Brasília, v. 1, n. 1, p.1-10, jan. 1990.

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

MS. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência farmacêutica. Relatório de Gestão. Brasília. 2002.

MS. Assistência Farmacêutica no Sus / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 20. ed. Brasília: Conass, 2007.

MS. Estrutura do SUS. 2018. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

MS. Farmácia Popular. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular>>. Acesso em: 02 fev. 2018. 2004.

MS/LAI. Acesso a Informação. Disponível em: <<https://falabr.cgu.gov.br>>. Acesso em: 04 fev. 2019. 2019.

MS/LAI. Acesso a Informação. Disponível em: <<https://falabr.cgu.gov.br>>. Acesso em: 07 fev. 2023. 2023.

OMS. How to investigate the use of medicines by consumers: 2004. Amsterdam: World Health Organization, 2004. 98 p.

PETERS, B. Guy; PIERRE, Jon (Ed.). *Handbook of public policy*. Londres: Sage Publications, 2006. 525 p.

SANTOS-PINTO, Claudia Du Bocage. Copagamento como Ampliação do Acesso a Medicamentos: Programa Farmácia Popular do Brasil. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa et al. Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Cap. 24. p. 355-362.

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

SILVA, Bárbara Virgínia Groff da. Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1. Aedos, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 12, p.133-146, 2013.

SILVA, Cristina Aparecida da. O fornecimento de medicamentos: política essencial para a efetivação do direito à saúde. 2016. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,o-fornecimento-de-medicamentos-politica-essencial-para-a-e>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

SILVA, Rondineli Mendes da; CAETANO, Rosangela. Programa: caracterização e evolução entre 2004-2012. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 20, n. 10, p.2943-2956, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.17352014>.

SINDUSFARMA (org.). Indicadores Econômicos. 2023. Mercado Total Farmacêutico - PMB (série histórica). Disponível em: <https://sindusfarma.org.br/mercado/indicadores-economicos>. Acesso em: 01 fev. 2023.

SOUZA, Renilson Rehem de. Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as es. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2016.

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

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

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.1565-1577, out. 2009.

WAGNER, P. Public Policy, Social Science, and the State: An Historical Perspective. In: FISHER, F.; MILLER, G. J.; SIDNEY, M. S. Handbook of Public Policy Analisys: Theory, Politics, and Methods. Boca Raton: Crc Press, 2007. Cap. 3. p. 29-42.