

A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO PERÍODO 2004 – 2018

Eduardo Manhães¹

Lia Hasenclever²

Resumo: A Assistência Farmacêutica é um importante aspecto da atenção à saúde e nessa percebe-se o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais para o tratamento de enfermidades e tem sido foco de políticas públicas no Brasil, operada, de forma descentralizada, pelo Estado através do Sistema Único de Saúde. Porém, recentemente, observou-se uma ação centralizadora por parte da União, no redirecionamento dessa política através de parceria público-privada, reinserindo, nessa ação, agente orientado pela lógica do Capital. Os resultados observados na pesquisa são no sentido de que a ação pautada na parceria público-privada promoveu absorção de parte do orçamento público enfraquecendo as ações de Assistência Farmacêutica pública, apesar de essa dispor de uma maior rede de provisionamento de medicamentos, com maior espraiamento territorial, debilitando a assistência farmacêutica e o provisionamento de medicamentos público.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Medicamentos Básicos e Essenciais, Sistema Único de Saúde, Unidades Básicas de Saúde.

Abstract: Pharmaceutical Assistance is an important aspect of health care. It encompasses the provision of basic and essential medicines for the treatment of diseases and it has been the focus of public policies in Brazil, being operated in a decentralized way by the State by means of the Public Health System. Recently, however, a centralizing action by the Union has been observed regarding the redirection of this policy via public-private partnerships, reintroducing, in such an initiative, an agent oriented by the logic of capital. The results verified in this research show that the action based on the public-private partnership has led to the absorption of a part of the public budget, reducing the actions of the public Pharmaceutical Assistance, although it has a larger medicine supply network, with a larger territorial coverage, weakening the pharmaceutical assistance and the public provision of medicines.

Keywords: Pharmaceutical assistance, Basic and Essential Medicines, Public Health System, Basic Health Units.

¹ Universidade Federal Fluminense. jedums@hotmail.com

² Universidade Federal do Rio de Janeiro. lia@ie.ufrj.br

Introdução

O Estado brasileiro, historicamente, tem implementado ações voltadas à atenção à saúde de sua população, sendo a de maior amplitude a estabelecida através do Sistema Único de Saúde – SUS (1990)³. Essas ações estabeleceram uma ampla estrutura de atenção a saúde pública, atendendo a diversos aspectos relacionados à saúde do cidadão (BOING, 2013), na qual percebe-se a AF, através da qual ocorre o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, foco desse trabalho.

Esse posicionamento deve-se a proposição de órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde – OMS (1946), que indicam que significativa parcela da população mundial não dispõe de acesso adequado aos medicamentos (HOGERZEIL; MIRZA, 2011), e nesse contexto, percebem-se as ações voltadas a assistência farmacêutica (AF), essas voltadas para seus cidadãos.

No Brasil, essa responsabilidade é estabelecida a partir do texto constitucional de 1988 (BRASIL, 2016) suportada, também, pelo entendimento de que a atenção à saúde do indivíduo coloca-se como um direito fundamental a todos os brasileiros, sendo o Estado o responsável pela construção de políticas públicas e pelo provisionamento de recursos voltados à promoção das condições necessárias de atendimento e assistência à saúde da população.

Assim, atuação do Estado, preferencialmente, deve voltar-se a localidades afastadas dos centros, com baixa densidade populacional ou com população de baixa renda, buscando equidade, visto que esses locais não são objetos dos investimentos privados, pois não resultam em retorno do capital investido.

A dimensão territorial de ordem continental, percebida no Brasil, coloca-se como uma importante dimensão e requer um planejamento logístico relevante para o atendimento da população brasileira, assim como a ordem de grandeza relativa ao financiamento de suas ações. Além disso, a alocação de unidades públicas para provisionamento de medicamentos básicos e essenciais também demanda da observação de aspectos políticos, que aliado as dimensões mencionadas anteriormente, resultarão no posicionamento geográfico, devendo esse, a princípio, estar relacionado a atenção de populações desassistidas e não a densidade populacional ou a melhores níveis de renda dos residentes de uma região, pois ao contrário do que se pode supor, a simples ampliação da oferta de pontos de dispensação de medicamentos pode não estar atendendo as necessidades de considerável parcela da sociedade.

Em 2004, foi criado o Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB, esse instituído paralelamente à estrutura do SUS e, também, voltado ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, constituindo-se em uma nova rede de provisionamento, com 31.108 unidades no território (BRASIL, 2018) e imputando o fracionamento orçamentário pertinente ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais entre esse arranjo e a AF do SUS (MANHÃES, 2019).

³ Cujo princípio legal foi estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, sendo posteriormente implemento através da Lei nº 8.080/90.

Pretende-se, nesse artigo, analisar a política pública de AF referente ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais na rede pública do SUS, realizado através das Unidades Básicas de Saúde – UBS, quanto às dimensões territorial e orçamentária, a partir da implementação do PFPB.

Esse trabalho tem como objetivo geral, realizar uma avaliação aplicada com base nas informações existentes, com o intuito de detectar o comportamento quanto aos aspectos de fomento e disponibilização do provisionamento de medicamentos básicos e essenciais pela rede de UBS.

Essa pesquisa terá como objetivos específicos: (i) apresentar a distribuição territorial das UBS, com vista a caracterizar concentração ou dispersão das unidades, (ii) mensurar e analisar a relação existente entre a criação de UBS, com o volume populacional e a renda média *per capita* das regiões do Brasil e (iii) mostrar o financiamento destinado a AF das UBS.

A hipótese principal é de que, as ações de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais realizadas pelo SUS, via UBS, apesar de possuir um espriamento territorial superior, teve seu financiamento reduzido, prejudicando, ainda mais, a prestação pública desse serviço. Também se espera identificar uma relação estreita entre a dispersão da rede de UBS em relação ao quantitativo de habitantes, não sendo determinante a relação com a renda média *per capita*.

Assim sendo, justifica-se esse trabalho devido importância da atuação do Estado, através de políticas públicas, no segmento da saúde, viabilizando, essa a etapa de atenção dada pela AF construída tendo por base a demanda social.

Além da Introdução e Conclusão, esse artigo está estruturado em três seções. A primeira seção apresentará a concepção teórica e a metodologia a ser utilizada nesse trabalho. A segunda seção que apresenta a definição do que vem a ser uma Política Pública de AF, e a terceira seção apresentará o contexto da AF no SUS.

Referencial teórico e metodologia

A percepção sobre o que vem a ser uma política pública alinha-se ao entendimento sobre o conjunto de ações do Estado com uma proposta de ação específica ou normas para um determinado problema contemplando um conjunto de objetivos que o governo busca atingir (SARAVIA, 2007). Assim, trata-se, basicamente, de uma área de estudo voltada a análise de situações e tomada de decisões na organização da sociedade capitalista na qual o Estado atua mais intensamente. Sua aplicação ocorre através de um sistema que objetiva modificar uma realidade inadequada percebida na sociedade, essa em sociedades nas quais existam composições socioeconômicas heterogêneas, por meio de ações, preventivas ou corretivas (DAGNINO, 2002; SARAVIA, 2007; RUA; ROMANINI, 2013; RODRIGUES; SANTOS, 2017).

Dentre os objetivos das políticas públicas percebem-se aqueles relacionados a determinados setores da sociedade, que demandam ações do Estado, como a AF, na qual as necessidades transformam-se em expectativas decorrentes da ação do Estado, em conjunto com os outros agentes da sociedade, inclusive o mercado (TEIXEIRA, 2002; HEIDEMANN; SALM, 2009).

A metodologia utilizada se fará com base em três instrumentos que permitirão uma melhor compreensão da evolução das políticas públicas voltadas à AF de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, a saber: (i) revisão bibliográfica pertinente à elaboração e análise teórica de políticas públicas e da evolução da construção da AF no Brasil, (ii) formulação de indicadores entre variáveis e (iii) localização das UBS, através de georeferenciamento.

A revisão bibliográfica foi realizada em publicações de origem nacional e internacional e em análise de documentos sobre a ação do Estado quanto a AF, as fontes foram basicamente livros,

teses, dissertações, manuais produzidos pelos órgãos implementadores das políticas públicas e artigos científicos.

Também foi realizado levantamento de dados relativo à AF no SUS, no que tange fomento, bem densidade demográfica e renda da população. Esses dados foram obtidos diretamente dos sítios eletrônicos de órgãos governamentais como: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Portal Brasileiro de Dados Abertos e o Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão, através da Lei de Acesso a Informação - LAI⁴. Os dados referentes aos repasses para a AF, tendo esses valores monetários o ano de 2018 como base, sendo atualizados com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA⁵, permitindo, assim, a comparação temporal dos dados.

Além da quantificação da política de AF, pretende-se observar o espraiamento territorial das unidades de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais a fim de mensurar a cobertura promovida pelas UBS. Essa análise será feita através da construção de mapa, que proporciona uma adequada percepção visual da distribuição das UBS no território nacional, sendo utilizado o software QGIS⁶.

A informação referente à renda média *per capita* das regiões do país foi obtida do Censo Demográfico do IBGE (2010), no qual foi considerado o rendimento nominal mensal das pessoas de 10 anos ou mais de idade (DATASUS, 2010).

Além disso, com o objetivo de mensurar o grau de relação existente entre a variável “x”, dada pela (i) quantidade de UBS, separadamente, pela variável “y” através da (iii) população de uma região e da (iv) renda média *per capita*, também aplicada separadamente, será calculado o Índice de Correlação Linear – ICL, sendo esse interpretado conforme Tabela 1.

Tabela 1: Interpretação do Índice de Correlação

Positiva (+)		Negativa (-)	
Coefficiente (r)	Correlação	Coefficiente (r)	Correlação
$r = 1$	Perfeita	$-0,1 \leq r < 0$	Ínfima
$0,8 \leq r < 1$	Forte	$-0,5 < r \leq -0,1$	Fraca
$0,5 \leq r < 0,8$	Moderada	$-0,8 < r < -0,5$	Moderada
$0,1 \leq r < 0,5$	Fraca	$-1 < r \leq -0,8$	Forte
$0 \leq r < 0,1$	Ínfima	$r = -1$	Perfeita
0	Nula		

Fonte: Elaboração própria com base em Barbetta (2007).

Assim, buscaremos identificar se, no momento da instalação da UBS, foi considerada alguma relação com a densidade populacional ou com a renda média *per capita* da população.

⁴ Cabe destacar, que a dificuldade inicialmente encontrada para obtenção de dados, obstáculo ultrapassada pela ferramenta, acessada pela internet, viabilizada a partir da Lei nº 12.527/11, conhecida como “Lei de Acesso a Informação” – LAI.

⁵ IBGE - Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Índices de Preços, Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor.

⁶ Sistema de Informação Geográfica (SIG) de Código Aberto, que permite a criação de mapas com várias camadas usando diferentes projeções de camadas (OSGF, 2018). Essas camadas, contendo informações de conteúdo analítico (ARCHELA; THÉRY, 2008) são utilizadas para construção do mapa do Brasil e foram obtidas no Forest-GIS (2018) e as coordenadas geográficas das unidades das UBS foram obtidas no PBDA (2018).

Política Pública de Assistência Farmacêutica no Brasil

No Brasil, pode-se pensar a política pública de AF com a seguinte periodização: (i) de 1971 até 1997, com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, através da Central de Medicamentos - CEME, (ii) a partir de 1990, por meio do SUS, através dos Postos de Saúde e posteriormente com as UBS⁷ e (iii) desde 2004 com a implementação do Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB, esse paralelo ao arranjo do SUS. Essas diversas ações, mostram a existência de uma trajetória histórica (*path dependence*)⁸ cumulativa das ações do Estado na construção de políticas públicas de AF (MANHÃES, 2019).

Através do SUS buscou-se reorientar o modelo de atenção existente, “*hospitalocêntrico e curativista*” (OPAS, 2005), para outro sistema que tivesse ênfase na atenção básica e na saúde familiar, sendo regionalmente estruturado. Buscou-se reduzir o poder central, mantendo o compartilhamento técnico e o financiamento Federal e com os estados e municípios a função prestando os serviços de saúde, incluído os de AF (PIOLA, BARROS; VIANNA, 1996).

Uma política pública de AF tem como finalidade viabilizar o acesso e o uso racional de medicamentos para a população⁹ (SANTOS; SOARES, 2018) e estrutura-se de forma sequencial, podendo seu fluxo ser prejudicado por uma falha em uma das etapas, rompendo o ciclo e, conseqüentemente, ocasionando a interrupção na dispensação e uso do medicamento (CONASS, 2007).

A AF é uma atividade multidisciplinar, que exige uma articulação permanente entre as áreas técnicas, administrativas e financeiras para sua execução, e envolve as três esferas de gestão do SUS (União, estados e municípios) que devem estabelecer e manter articulações permanentes com as demais instituições do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Assim sendo, é um sistema constituído de várias etapas¹⁰ e não se limita a uma operação logística de distribuição de medicamentos (PORTELA *et al.*, 2010). No nível básico de atendimento, as UBS têm como objetivo prestar o primeiro atendimento ao usuário na rede de atenção básica do estado e, para tanto, adota-se a premissa de que suas unidades devam estar próximas de onde as pessoas moram e trabalham, pois nesses pontos de atendimento uma significativa gama de serviços médicos pode ser demandada (BRASIL, 2007).

Porém, os problemas de disponibilidade de medicamentos são uma realidade não só no Brasil e estão diretamente relacionadas as condições socioeconômicas da população. O acesso aos medicamentos, nos países pobres, é dificultado devido aos elevados preços destes produtos e a indisponibilidade de medicamentos para tratamento de determinadas doenças (PORTELA *et al.*, 2010).

As ações de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais para a população justificam-se pela necessidade de eliminar barreiras, ainda existentes, de cunho geográfico, econômico/financeiro e social, que formam uma lacuna entre a demanda e a aquisição (BERMUDEZ *et al.*, 1999, *apud* COSENDEY, 2000).

⁷ A denominação UBS foi adotada no Brasil a partir de 2007, dentre as ações do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC, sendo que essas unidades desempenham as mesmas funções dos, até então denominados Postos de Saúde. Porém, a partir de 2017, através da revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de atenção básica, no âmbito do SUS, são oficialmente denominados UBS (BRASIL, 2011).

⁸ “o conceito de dependência da trajetória (*path dependence*) é oferecido justamente como a ferramenta analítica para entender a importância de sequências temporais e do desenvolvimento, no tempo, de eventos e processos sociais.” (Bernardi, 2012, p. 138).

⁹ Aprofundamento sobre AF e outros assuntos relacionados ver Osório-de-Castro *et al.* (2014).

¹⁰ Seleção de medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação.

Assistência Farmacêutica na Unidade Básica de Saúde

A instalação de uma UBS depende da vontade política municipal. É no âmbito municipal que se decide e promove a implementação de uma UBS, logo o agente político municipal proverá a instalação nos locais onde houver uma demanda populacional que justifiquem a ação (MANHÃES, 2019).

Posta a existência de uma UBS, o Ministério da Saúde recomenda que essa seja composta com uma farmácia para atendimento do público. A instalação de uma farmácia na UBS dependerá se o município promove a dispensação de medicamentos para sua população. No entanto, essas farmácias, localizadas em UBS, devem disponibilizar infraestrutura física, recursos humanos e materiais adequados às ações de AF de forma integral e eficiente (LEITE *et al.*, 2017). No entanto, as estruturas das UBS e suas farmácias são bastante heterogêneas, tanto estruturalmente como funcionalmente, não atendendo as especificações do Ministério da Saúde (LUIZA *et al.*, 2018).

Na estrutura do SUS, cada ente federado possui responsabilidades para com seu funcionamento, assim cabe: (i) a União proporcionar apoio financeiro, logístico e estratégico, consolidando os sistemas estaduais, (ii) os estados possuem a função de prover as ações em nível estadual, assim como incentivar os municípios, que estejam sob sua jurisdição, enquanto esses municípios não tenham condições de assumir esse compromisso e (iii) os municípios, sendo esfera pública mais próxima aos cidadãos e de suas necessidades, é o âmbito mais adequado para assumir o provimento das ações em saúde (BRASIL, 2000).

A garantia desse acesso é complexa e existem, basicamente, três condições para que uma política pública de AF surta resultados, além da existência da demanda e oferta de medicamentos, são essas: (i) a disponibilidade, com o medicamento sempre acessível ao usuário, (ii) a acessibilidade, com o medicamento precificado de forma que esteja ao alcance do paciente e (iii) a aceitabilidade, sendo o medicamento de confiança para o uso (ASSIS; JESUS, 2012).

No contexto do SUS, a AF deve ser prestada pelos três entes federados com atribuições e responsabilidades específicas. Os responsáveis pela execução do ciclo básico da AF, bem como suas atribuições são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Responsabilidades Federativas na Execução do Componente Básico da AF.

Item	União	Estados	Municípios
Financiamento	●	●	●
Seleção	●		●
Aquisição			●
Prescrição	●	●	●
Programação			●
Armazenamento			●
Distribuição			●
Dispensação			●

Fonte: Elaboração própria com base em Luiza *et al.*(2018).

Observa-se que o município é a única esfera governamental que atua em todas as atribuições e que somente o financiamento e a prescrição cabem aos três níveis da federação. A União participa da seleção definindo os protocolos de tratamento, mas é o município que irá ou não selecionar o medicamento de acordo com as enfermidades mais prementes nas localidades. A rede pública de

AF no SUS conta, atualmente, com 37.690 UBS, distribuídas em 5.448 municípios, conforme será mostrada a frente (BRASIL, 2018).

Na AF percebe-se a dimensão do financiamento pelo estado em categorias na esfera do SUS, composta por três componentes, a saber: (i) componente básico, composto por medicamentos básicos e essenciais, foco desse artigo; (ii) componente estratégico, com medicamentos voltados a programas de saúde¹¹ e (iii) componente especializado, caracterizado por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. (BRASIL, 2014).

Em 2004 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF¹² foi instituída, com a premissa básica de ser a indutora de ações de acesso a medicamentos, de inovação, de evolução industrial e de aperfeiçoamento dos recursos humanos, assegurando implementação de ações de acesso e assistência à saúde e aplicação de recursos no SUS, com vistas à garantia de uma cobertura populacional e equidade na AF (OPAS, 2005; BRASIL, 2018).

Ainda em 2004, sob a gestão da Fiocruz, implementa-se, paralelamente ao SUS, o Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB com unidades próprias, já com o formato de copagamento. Já a partir de 2006, sob a administração direta do Ministério da Saúde, implementa-se a segunda vertente do PFPB, denominado “Aqui Tem farmácia Popular” com provisionamento de medicamentos através de uma rede privada de farmácias credenciadas.

Porém, pesquisa realizada pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fiocruz e Centro Colaborador da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS, em 2004, com o intuito de identificar a disponibilidade média de medicamentos em cinco estados brasileiros (OPAS, 2005) concluiu que: a disponibilidade média para os medicamentos básicos e essenciais nas UBS era de 74% e 88%, de disponibilidade nas farmácias privadas. Esses níveis de disponibilidade indicam a deficiência na rede pública de provisionamento, assim como na rede de farmácias privadas. Esse aspecto, apesar da limitação amostral do estudo, mostra a persistência quanto à dificuldade de obtenção de medicamentos para o tratamento de doenças mesmo utilizando o provisionamento através de estabelecimentos privados (OPAS, 2005).

Em 2011, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA elaborou pesquisa¹³ para avaliar a percepção de usuários quanto aos serviços prestados pelo SUS. Nessa, no que tange a AF, os entrevistados informaram que: “A *distribuição gratuita de medicamentos no SUS foi qualificada como muito boa ou boa por 69,6% dos entrevistados e como ruim ou muito ruim por 11,0% destes.*” (IPEA, 2011).

Uma política pública de AF demanda uma estrutura abrangente, com pessoal qualificado para suporte técnico que possibilite bons resultados. Assim sendo, a implementação da Política Nacional de Medicamentos - PNM¹⁴ (1998) e da PNAF (2004), tornaram-se importantes instrumentos no campo da política de medicamentos no Brasil, com a perspectiva de integralidade, com a formulação de estratégias, parcerias e entrelaçamento com outras políticas setoriais, bem como participação de diferentes agentes e segmentos envolvidos (BRASIL, 2006).

No período analisado (1971/2018), o financiamento à AF, no Brasil, pode ser dividido em três fases. A primeira, no período de 1971 a 1997: (i) através da CEME (1971/1987), (ii) a Farmácia

¹¹ Como: a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas, doenças sexualmente transmissíveis e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional

¹² Resolução MS nº 338/04.

¹³ “O questionário foi aplicado a uma amostra de 2.773 pessoas residentes em domicílios particulares permanentes. (...) Os parâmetros básicos para definição dessas distribuições vieram da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).” (IPEA, 2011).

¹⁴ Portaria GM/MS n. 3.916/98.

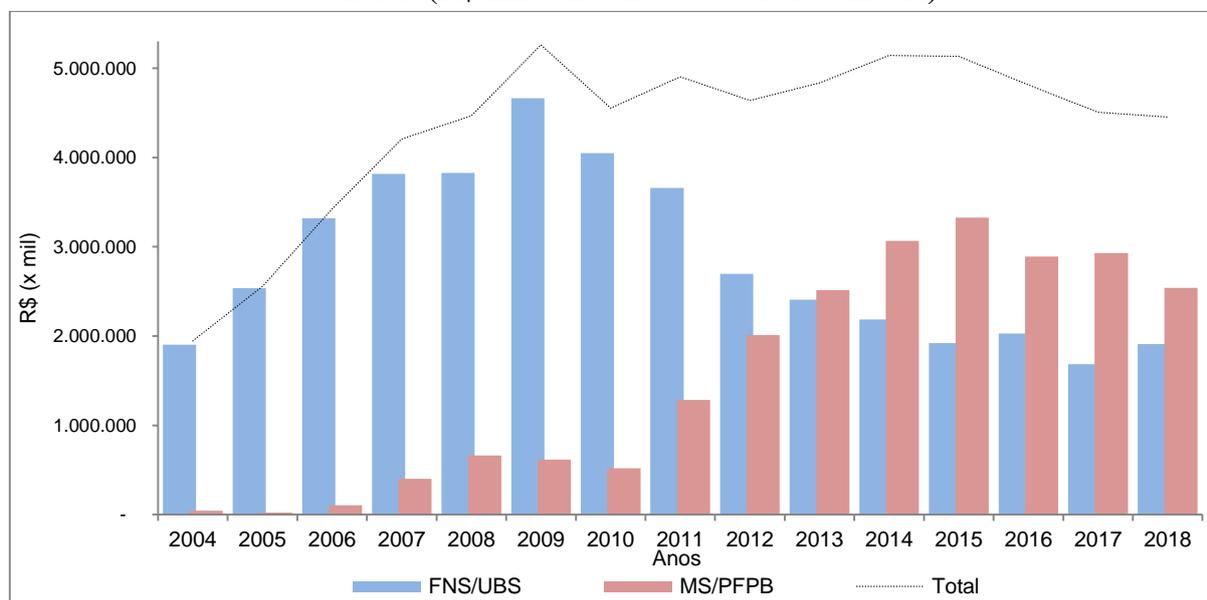
Básica (1987/1997) e (iii) o Programa Farmácia Básico (1997/1998), financiada pela União; a segunda fase, de 1999 a 2004, com estados e municípios, com o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica – IAFB e a terceira fase, a partir de 2004, com a continuidade IAFB¹⁵ e com o PFPB, no qual é instituída a participação do paciente através do copagamento (LUIZA *et al.* 2018).

Após formulação da PNM, a forma de financiamento implementada foi através do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica - IAFB (1999). Nesse formato, a União realizava repasses¹⁶ destinados a AF básica aos estados, municípios e Distrito Federal, de valores pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (PIOLA *et al.*, 2009; AUREA, 2011; BRASIL, 2018). Em 2006, é instituído o Componente Básico da Assistência Farmacêutica¹⁷, para financiar o acesso a medicamentos de programas da atenção básica, também, com repasses financeiros aos estados, municípios e Distrito Federal. Os repasses são realizados aos entes federativos conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (BRASIL, 2013).

A partir de 2017 os valores repassados passaram a serem determinados pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM¹⁸, essa mudança, aliada a correção do valor *per capita* ano, significou um incremento médio da ordem de 6,6%.

A política pública de AF promovida a partir de 2004 possui um contexto de sobreposição de ações de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais a um arranjo já existente (MANHÃES, 2019). Nesse sentido, se fazem necessárias avaliações da cobertura territorial, do volume de financiamento e mensuração da relação à densidade populacional e renda média *per capita* frente à rede de dispensação disponibilizada por UBS. No Gráfico 1, apresenta-se o montante total de financiamento e os repasses para os arranjos de AF das UBS e do PFPB.

Gráfico 1: Financiamento aos programas de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais (R\$ mil constantes base 2018 - IPCA).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Fundo Nacional de Saúde - FNS (2019).

¹⁵ Atualmente denominada Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF (BRASIL, 2006).

¹⁶ O montante da União é repassado mensalmente pelo FNS para os fundos municipais, estaduais e do Distrito Federal, em contrapartida, os estados realizam repasse de recursos financeiros aos municípios ou fornece diretamente medicamentos. Já a contrapartida municipal deve ser realizada com os recursos do tesouro municipal (BRASIL, 2016).

¹⁷ Portaria nº 698/06.

¹⁸ Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017.

O financiamento total, em 2004, foi da ordem de R\$ 1.945 milhões e atingiu seu auge em 2009 com R\$ 5.277 milhões, a partir desse ano, oscilou, mantendo o patamar de 2009. A partir de 2015 o montante reduziu-se ao nível observado em 2008. No período de 2004/2018, o crescimento real no financiamento das ações de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais foi da ordem de 6,9% ao ano, sendo mantido um patamar médio de R\$ 4.500 milhões no período pós-crise financeira (2008).

O financiamento do provisionamento de medicamentos básicos e essenciais nas UBS foi constantemente reduzido a partir de 2010, sendo o financiamento do arranjo PFPB incrementado, anualmente, a partir de 2011, até 2015. A tendência de redução nos repasses para UBS persiste até 2017. Em 2018, verifica-se uma inflexão positiva nos recursos direcionados as UBS, em parte, resultante da correção dos valores e da adoção do Índice de desenvolvimento Humano Municipal – IDHM na determinação dos valores destinados aos municípios, porém, o volume de financiamento em 2018 foi de 59,2% menor do que o realizado em 2009, ano no qual foi realizado o maior volume de financiamento.

Esse retrato evidencia que, a partir de 2011: (i) ocorre a manutenção de um valor total de financiamento, (ii) com clara redução do financiamento da AF do SUS e (iii) paralelo crescimento do financiamento para a AF realizada por meio da parceria público-privada (PPP) percebida pelo PFPB em sua vertente denominada “Aqui Tem Farmácia Popular”. No período analisado, o financiamento direcionado para AF promovida pelo SUS foi de R\$ 42.599 milhões (65,0%), sendo R\$ 28.799 milhões (43,9%) direcionados aos estados e R\$ 13.799 milhões (21,1%) aos municípios, e R\$ 22.931 milhões (35,0%) alocados no PFPB.

Entretanto, a análise com foco único do financiamento não permite uma conclusão sobre a política pública de AF, assim sendo, será observada a dimensão referente ao alcance territorial da política pública de AF no Brasil, pois quanto maior for a dispersão da população, em um país de dimensões continentais, maior deverá ser o esforço logístico para disponibilizar o serviço. Em territórios onde a população é mais adensada, no caso da AF, uma única UBS pode atender um maior número de pessoas, porém, cabendo o entendimento da atenção como um direito, uma ação pública deverá, também, abarcar localidades com reduzida densidade populacionais.

Outro aspecto importante é o nível de renda *per capita* das populações atendidas, visto que, sendo o preço dos medicamentos um aspecto inibidor no que tange a continuidade de tratamentos de saúde para usuários com reduzida renda, apesar da política pública, de caráter universal, não se voltar a uma faixa específica de renda da população, esse deve ter o cuidado de atender, principalmente, esse conjunto de usuários, não desassistindo regiões mais pobres. A distribuição das UBS, por municípios, é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3: Relação População, Renda média *per capita* e UBS por Região do País.

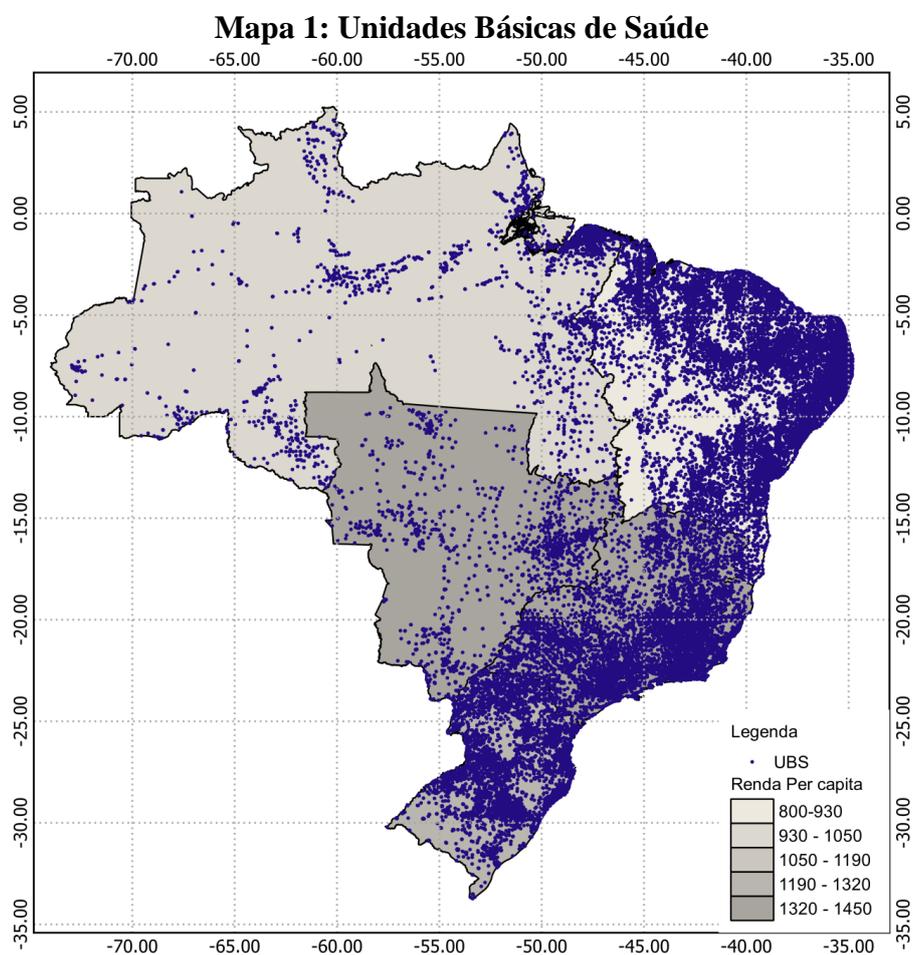
Região	Municípios (2018)					Unidades (2018)		% Pop.	População (UBS)	Renda Média <i>per capita</i> (R\$)
	Sem UBS		Com UBS		Total	UBS				
	Unid.	%	Unid.	%		Quant	%			
Nordeste	15	0,8%	1.779	99,2%	1.794	14.486	38,4%	27,6%	3.948	804,89
Sudeste	8	0,5%	1.660	99,5%	1.668	11.613	30,8%	41,9%	7.483	1.396,88
Sul	40	3,4%	1.151	96,6%	1.191	7.815	20,7%	14,3%	4.831	1.280,51
Norte	46	10,2%	404	89,8%	450	2.817	7,5%	8,6%	6.407	954,40
Centro-O	13	2,8%	454	97,2%	467	959	2,5%	7,6%	8.098	1.419,80
Total	122	2,2%	5.448	97,8%	5.570	37.690	100,0%	100,0%	-	-

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE (2017), DATASUS (2010) e MS (2019).

Percebe-se 122 municípios (2,2%) brasileiros sem UBS instaladas, sendo a região Norte a que possui mais municípios desprovidos de UBS (10,2%), seguida pela região Centro-Oeste (7,9%). Porém, as UBS estão presentes em 5.448 (97,8%) dos municípios do Brasil, com maior concentração na região Nordeste (38,4%), indicando, a princípio, que a lógica de localização de suas unidades está mais presente em uma região com baixa renda *per capita* (R\$804,89), alinhando-se a lógica pública no sentido de atender a população com menor renda *per capita*.

Em sequência temos, fugindo a lógica da atenção a regiões com menor renda *per capita*, o Sudeste (30,8%), sendo que essa região possui a segunda melhor renda *per capita*, seguida pela região Sul (20,7%) com a terceira maior renda *per capita*, o Norte (7,5%), sendo a região com a quarta maior renda *per capita* e o Centro-Oeste (2,5%), voltando a alinhar-se com a premissa, com a maior renda *per capita* do Brasil. Essa distribuição depende, também, da lógica do gestor público municipal existente na época da criação de cada UBS. O que se pode dizer hoje é que o planejamento deve ser revisto.

As regiões Sudeste (41,9%) e Nordeste (27,6%) são as que possuem o maior adensamento populacional do país, seguidos pelo Sul (14,3%), Norte (8,6%) e Centro-Oeste (7,6%). A Região Nordeste apresenta a menor relação de habitantes por UBS com 3.948 pessoas para cada UBS instalada. Em seguida percebe-se a região Sul, com 4.831 hab/UBS, Norte com 6.407 hab/UBS, Sudeste com 7.483 hab/UBS e Centro-Oeste com 8.098 hab/UBS, sendo a região com menor cobertura de atendimento pelas UBS. O Mapa 1, a seguir, possibilita à percepção visual da abrangência territorial promovida pelas UBS no Brasil.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do PBDA (2018) e Forest-Gis (2018).

A capilaridade territorial promovida pelas UBS proporciona o atendimento da população localizada em 97,8% dos municípios (ver Tabela 6). Ainda que se percebam municípios sem cobertura, a dispersão (de 89,8% a 99,5%) apresenta uma distribuição menos desigual entre as regiões, configurando-se um arranjo facilitador de acesso (BECKER, 2007). A princípio, pode-se perceber a concentração litorânea e nas cidades centrais e populosas do país, mas percebe-se também a presença nas demais cidades do Brasil (EMMERICK, 2015).

O índice de correlação existente entre o número de UBS e a população é positivo de 0,8138, significando uma forte relação entre as variáveis. Já o ICL apresentado pelo o quantitativo de UBS e a renda média *per capita*, que também é positivo, possui um índice de 0,1760, indicando uma fraca relação entre as variáveis. Isso direciona ao entendimento de que a localização das UBS está mais correlacionada com o adensamento populacional do que com o nível de renda média *per capita*, ou seja, a sua localização prioriza o atendimento de populações com menor renda *per capita*. O que alinha-se com o princípio maior de equidade: atendimento maior de populações com menor nível de *renda per capita*.

Conclusões

A construção da política de AF no Brasil ocorre através de um processo evolutivo histórico fortalecido a partir da Constituição Federal de 1988, diante de uma proposta de atendimento universal por meio dos canais públicos de atenção, evidenciando a construção de uma política pública em uma trajetória de sucessivas ações relacionadas.

Atualmente, a dispensação de medicamentos básicos e essenciais é estruturada sob dois arranjos: um alicerçado na estrutura pública, através do provisionamento realizado no SUS, via UBS, na qual ainda existem problemas de atendimento aos usuários, e outro arranjo assentado na rede privada de estabelecimentos de dispensação, pautada na lógica privada de busca de resultados financeiros.

Porém, ficou patente que, a construção de um canal de provisionamento paralelo (PFPB), mesmo que justificada por falhas no modelo já existente (UBS) fragilizou, orçamentariamente, a AF promovida pelo sistema público de saúde já existente.

Esse artigo tem como primeiro objetivo mostrar, comparar e realizar uma avaliação quanto ao aspecto do financiamento público, através da verificação do direcionamento dos recursos a partir do momento de implementação de um novo arranjo (PFPB). Nesse contexto, verifica-se que, apesar do orçamento público ter apresentado expressivo aumento a partir de 2004, o financiamento direcionado a AF do SUS apresentou constante declínio a partir de 2009 (Gráfico 4), em decorrência da elevação do fomento ao PFPB, evidenciando o enfraquecimento da AF por via das UBS.

Nesse âmbito, fica também evidente a ocorrência de uma situação concorrencial no financiamento entre a AF promovida pela UBS e pelo PFPB na utilização dos recursos orçamentários, devido a uma elevada demanda por medicamentos na rede credenciada. Assim, observa-se que o PFPB canibalizou recursos da AF, fazendo com que o montante, antes somente destinado para as ações de AF na UBS, se reduzisse em contrapartida ao financiamento de suas ações. Esses recursos, que totalizam no período de 2004 até 2018, R\$ 22.931 milhões, equivalem a 35,0% do total do financiamento para AF no período.

O segundo objetivo pautava-se na perspectiva de apresentar a distribuição e amplitude territorial das UBS, com vista a caracterizar concentração ou dispersão das unidades, assim como de

mensurar e analisar a relação existente entre a criação de UBS, com o volume populacional e a renda média *per capita* no Brasil. A distribuição territorial das UBS quanto ao contexto de concentração ou dispersão das unidades, permitiu perceber que as UBS possuem uma expressiva dispersão territorial. No Mapa 1, percebe-se, mesmo havendo concentração no litoral e nos grandes centros urbanos, que a distribuição da rede de atendimento da UBS no território nacional é significativa.

A correlação existente entre a instalação de uma UBS e a densidade populacional ou com a renda média *per capita* dessa população se mostrou previsível, possuindo uma forte correlação com a densidade populacional, assim, a princípio, sua implantação está mais correlacionada com o adensamento populacional do que com o nível de renda média *per capita* dos residentes em cada localidade.

A hipótese, confirmada, de que as ações de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais realizadas pelo SUS via UBS, apesar de ser territorialmente ampla, teve seu financiamento reduzido, esse fato não só prejudica, mas agrava ainda mais um cenário já deficiente na prestação desse serviço público.

Assim sendo, diante do cenário de deficiências na AF, talvez tivesse sido mais eficiente o direcionamento de esforços para o aprimoramento da AF por meio do SUS nos locais já existentes, sendo essa ação complementada pela instituição de uma ação de expansão da AF para as regiões ainda não atendidas.

Como pesquisa futura, no contexto da AF no âmbito do SUS, apresenta-se a perspectiva de se apurar aspectos referentes a disponibilidade ou não de medicamentos básicos e essenciais nas UBS, de modo a perceber se a fragilização orçamentária na AF do SUS precarizou ainda mais o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais na rede pública.

Referências

ARCHELA, Rosely Sampaio; THÉRY, Hervé. Orientação metodológica para construção e leitura de mapas temáticos. *Confins*, França, n. 3, p. 01-10. Disponível em: <http://confins.revues.org/3483>. Acesso em: 23 jun. 2018.

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

BARBETTA, Pedro Alberto. *Estatísticas Aplicadas às Ciências Sociais*. 7. ed. Florianópolis: UFSC, 2007. 315 p.

BECKER, Bertha Koiffmann. Logística e nova configuração do território brasileiro: que geopolítica será possível?. In: DINIZ, Clélio Campolina. *Políticas de desenvolvimento regional: desafios e perspectivas à luz das experiências da União Européia e do Brasil*. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2007. p. 267-299.

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

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

BRASIL. Portaria GM/MS n. 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, p. 1, col. 1. 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. SUS: princípios e conquistas. Brasília: MS, 2000. 41p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 52. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Aqui Tem Farmácia Popular. 2006. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular/sobre-o-programa>. Acesso em: 09 fev. 2018.

BRASIL. Portaria nº 698, de 22 de dezembro de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 52, 2006.

BRASIL. Ministério Público Federal/Santa Catarina. MPF/SC quer proibir cobrança de remédios nas farmácias populares. 2007. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sc/sala-de-imprensa/noticias-sc/mpf-sc-quer-coibir-cobranca-de-remedios-nas-far>. Acesso em: 04 jul. 2018.

BRASIL. DATASUS. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, Lei de Acesso a Informação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1 - Edição Extra, p. 1. 2011.

BRASIL. Portaria nº 1.903, de 04 de setembro de 2013. Redefine o Componente da Construção do Programa de Requalificação das UBS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 1. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/470-sctie-ra>. Acesso em: 29 set. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de orientações às farmácias e drogarias credenciadas no “aqui tem farmácia popular”. 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/10/Manual-FPII-versao15.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 22 set. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 22 de setembro de 2017. Revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Edição: 183, seção 1, p. 68. 2017.

BRASIL. Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, p. 1, col. 1. 2017.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Estrutura do SUS. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus>. Acesso em: 16 abr. 2018.

CONASS (Org.). Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: Conass. 2007. 186 p. Coleção Progesteres - Para entender a gestão do SUS.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias. Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: um Estudo Multicêntrico em 5 Estados do Brasil. 2000. 358 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

DAGNINO, Renato. Metodologia de análise de políticas públicas. Campinas: Unicamp, 2002. Disponível em: <http://www.oei.es/salactsi/rdagnino1.htm>. Acesso em: 25 jan. 2018.

EMMERICK, Isabel Cristina Martins *et al.* Farmácia Popular Program: changes in geographic accessibility of medicines during ten years of a medicine subsidy policy in Brazil. *Journal Of Pharmaceutical Policy And Practice*, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 2-10, 9 mar. 2015. Disponível em: <https://joppp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40545-015-0030-x>. Acesso em: 04 de julho de 2018.

FIOCRUZ. Atendimento no SUS. 2018. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atendimento>. Acesso em: 10 mar. 2018.

FIOCRUZ. Atenção Básica. 2018a. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Acesso em: 17 abr. 2018.

FNS. Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br>. Acesso em: 11 jan. 2019.

FOREST GIS (org). Forest Gis. Disponível em: <http://www.forest-gis.com/>. Acesso em: 18 jun. 2018.

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

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada 2017. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/panorama>. Acesso em: 15 mar. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017. 2017. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 27 fev. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência de Notícias. Síntese de Indicadores Sociais. Brasília: IBGE, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/23299-pobre>. Acesso em: 07 maio 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. SIDRA - Banco de Tabelas e Estatísticas. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/home/cnt/brasil>. Acesso em: 4 dez. 2017.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Org.). O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). Brasília: Ipea, 2011. ISBN: 978-85-7811-124-3.

- LEITE, Silvana Nair *et al.* Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. *Revista de Saúde Pública*, Florianópolis, v. 2, n. 51, p. 364-373, 17 jan. 2017.
- LUIZA, Vera Lucia *et al.* Fortalezas e Desafios dos modelos de provisão e financiamento de medicamentos. In: HASENCLEVER, Lia *et al.* (org.). *Vulnerabilidades do Complexo Industrial da Saúde*. Rio de Janeiro: E-papers, 2018. cap. 7. p. 213-252.
- MANHÃES, Eduardo. *Arranjos de Provisão de Medicamentos Básicos e Essenciais: análise do Programa Farmácia Popular do Brasil*. 2019. 180 f. Tese (Doutorado) - Curso de Planejamento Regional e Gestão da Cidade, Universidade Cândido Mendes, Campos dos Goytacazes, 2019.
- OPAS - Organização Pan Americana da Saúde. *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados*. Brasília: Opas, 2005. 260p.
- OSGF - Open Source Geospatial Foundation. QGIS - Quantum Sistema de Informação Geográfica. 2018. Disponível em: https://www.qgis.org/pt_BR/site. Acesso em: 05 jun. 2018.
- OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa *et al.* (Org.). *Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 469 p.
- PIOLA, Sérgio Francisco; BARROS, Maria Elizabeth; VIANNA, Solon Magalhães. *Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas*. 1996. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3556. Acesso em: 04 abr. 2018.
- PIOLA, Sérgio Francisco *et al.* Vinte anos da Constituição de 1988: O que significaram para a saúde da população brasileira?. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (org.). *Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte Anos da Constituição Federal*. Rio de Janeiro: Ipea, 2009. p. 97-172.
- PORTELA, Alyne da Silva *et al.* Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, Campina Grande, v. 1, n. 31, p. 9-14, 24 abr. 2010.
- RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares (Org.). *Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências*. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. 224 p.
- RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. *Para aprender Políticas Públicas*. Brasília: Instituto de Gestão, Economia e Políticas Públicas, 2013.
- SANTOS, Rosana Isabel dos; SOARES, Luciano (Org.). *Saúde e Cidadania*. In: Rosana Isabel dos Santos *et al.* (Florianópolis) (Org.). *Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica*. Florianópolis: UFSC, 2018. cap. 2, p. 59-112.
- SARAVIA, Enrique. *Introdução à teoria da política pública*. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (org.). *Políticas públicas*. Brasília: Enap, 2007. p. 21-42.
- 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.