

## **Arranjos de Provisão de Medicamentos Básicos e Essenciais: análise do Programa Farmácia Popular do Brasil**

Eduardo Manhães, UFF, e-mail: jedums@hotmail.com

Lia Hasenclever, UFRJ, e-mail: lia@ie.ufrj.br

### **Resumo**

O objetivo do artigo é analisar a questão da formulação da política de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais realizados pelos dois arranjos vigentes de Política Pública de Assistência Farmacêutica (AF): de um lado a provisão pública de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde de forma gratuita, e, de outro, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) com a parceria público-privada das farmácias e o copagamento. Os métodos adotados neste artigo foram: (i) revisão bibliográfica sobre a evolução do processo de construção da AF no Brasil, e (ii) análise comparativa dos arranjos quanto ao financiamento, abrangência territorial e população atendida. Os resultados mostram que o PFPB, por meio do credenciamento das farmácias, ampliou a dispensação de medicamentos e gerou como efeitos a recentralização da gestão pública, o redirecionamento orçamentário para a parceria público-privada e a redução de desempenho da rede pública já existente. Além disso, atuou de forma territorialmente concentrada e muitas vezes duplicada com a rede pública, e com sérios riscos de explosão orçamentária, devido à ausência de limitação de teto para sua cobertura.

**Palavras Chaves:** Programa Farmácia Popular do Brasil, Unidade Básica de Saúde, Assistência Farmacêutica, Medicamentos Básicos e Essenciais.

## **Arrangements for the Supply of Basic and Essential Medicines: analysis of the Brazilian Popular Pharmacy Program**

### **Abstract**

This article is intended to analyze the issue of formulating a policy for the provisioning of essential and basic drugs implemented by the two current arrangements of the Public Policy for Pharmaceutical Assistance (Política Pública de Assistência Farmacêutica/AF, in Portuguese): on one hand, the public provision of drugs in Basic Health Units free of charge; and, on the other, the Popular Pharmacy Program of Brazil (Programa Farmácia Popular do Brasil/PFPB, in Portuguese) with the public-private partnership of pharmacies and copayment. The methods adopted in this article were as follows: (i) a bibliographic review on the evolution of the AF development process in Brazil, and (ii) a comparative analysis of the arrangements with regard to financing, territorial scope, and population served. Findings indicate that the PFPB, by means of the accreditation of pharmacies, has extended drug dispensing and generated as effects the refocusing of public management, the budget redirection to the public-private partnership, and the reduction in performance of the existing public network. Moreover, it has acted in a territorially concentrated and often in conjunction with the public network, and with serious risks of budgetary explosion because of the lack of limit for its coverage.

**Keywords:** Brazilian Popular Pharmacy Program, Basic Health Units, Pharmaceutical Assistance, Basic and Essential Medicines.

## Introdução

A promulgação da Constituição Federal de 1988<sup>1</sup> traz para o contexto democrático diversas questões, dentre as quais, o cuidado para com a dignidade da pessoa humana, incumbindo o Estado quanto à atenção para com o sistema de saúde. Essa responsabilidade também é preconizada pela Organização Mundial da Saúde<sup>2</sup> (OMS).

Com o objetivo de desenhar ações de política voltadas para a saúde, o Estado brasileiro criou o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Este Sistema organiza a atual estrutura pública de atenção à saúde de forma universal e integralizada<sup>3</sup>. Entretanto, em paralelo a sua criação continuou operando o sistema privado de saúde já existente e que passou a suplementar a saúde pública.

O foco do artigo serão as ações da Política Pública de Assistência Farmacêutica (AF) para a distribuição de medicamentos básicos e essenciais das estruturas pública e privada na atenção básica. O objetivo das ações da AF na atenção básica é melhorar o acesso aos medicamentos básicos e essenciais. Segundo a OMS<sup>2</sup>, existem muitos fatores definidores do nível de acesso da população aos medicamentos, como o financiamento, preços e sistemas de distribuição. A ação exige uma articulação permanente entre as áreas técnicas, administrativas, financeiras, Conselhos de Saúde, entidades de classe, universidades, fornecedores e esferas de gestão.

No caso brasileiro a gestão do SUS, incluída a AF, é operada por três esferas de gestão pública: União, estados e municípios, o que exige uma fina coordenação das atividades operadas por cada ente federativo. Outras barreiras próprias do Brasil são, em primeiro lugar, as dimensões territoriais continentais que demandam uma complexa estrutura financeira e logística. Na AF essas proporções se colocam como um obstáculo no que tange ao pleno atendimento das necessidades, principalmente das populações mais carentes. Assim sendo, a distribuição de pontos de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais no território brasileiro requer a análise de aspectos tais como a densidade populacional e o nível de renda dos cidadãos, pois ao contrário do que se poderia supor, a simples ampliação da oferta de pontos de provisionamento pode não atender adequadamente as necessidades dos usuários, por estar concentrada ou dispersa no território.

Em segundo lugar, a complementaridade histórica entre as ações públicas e privadas, que já fazem parte da cultura de políticas na saúde, coloca a importância da coordenação entre as ações para sua operação. Em 2004, o então empossado presidente Luis Inácio

Lula da Silva, cumprindo compromisso de campanha eleitoral, criou o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) reabrindo a porta para a parceria público–privada. Seu objetivo era estender a dispensação de medicamentos a aqueles que utilizassem os serviços privados de saúde, por meio dos planos de saúde, e não possuíssem condições de bancar o custo dos medicamentos para seus tratamentos. Os usuários da rede pública poderiam também utilizar o novo Programa nas farmácias<sup>4</sup>. Resultado: uma duplicação das estruturas de dispensação e, conseqüentemente, a necessidade de coordenação entre as ações públicas e privadas.

Finalmente, em terceiro lugar, esse novo programa de AF, inaugura, na dispensação de medicamentos, a modalidade de financiamento denominada copagamento. Nessa, o usuário paga uma parcela do medicamento adquirido e o Estado o restante<sup>5</sup>, o que ampliou a complexidade de sua orçamentação e trouxe uma potencial concorrência entre os setores públicos e privados pelos recursos orçamentários.

O objetivo do artigo é analisar a questão da formulação da política de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais realizados pelos dois arranjos vigentes de Política Pública de AF: de um lado a AF pública com provisão de medicamentos nos PS e nas UBS de forma gratuita, e, de outro, o PFPB com a parceria público-privada das farmácias e o copagamento. O período contemplado para a análise inicia-se em 1990 e termina em 2018.

As questões a serem respondidas são: (i) quais as motivações para formulação de um novo arranjo de AF; e (ii) o novo arranjo permitiu um melhor atendimento do público alvo e manutenção dos princípios de equidade na provisão de medicamentos básicos e essenciais?

Além dessa Introdução e da Conclusão, esse artigo está estruturado em três seções. Na primeira seção, expõe-se o referencial teórico e a metodologia. Na segunda seção, apresenta-se a evolução histórica dos arranjos relacionados ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais. Finalmente, na terceira seção, são trazidos os resultados comparativos da avaliação sobre o financiamento, a abrangência territorial dos arranjos e o atendimento da população.

## **1. Referencial Teórico e Metodologia**

O conceito do que são Políticas Públicas é amplo e já abordado por diversos autores, porém, a abordagem adotada neste artigo é de que se trata de uma área de estudo voltada a análise de demandas sociais e formulação de ações e tomada de decisões por parte do

Estado, para se modificar uma realidade, inadequada ou indesejada, identificada na sociedade, por meio de estratégias de atuação e destinação de recursos<sup>6,7</sup>.

O atendimento dessas demandas resulta na criação de arranjos institucionais entre a sociedade e o Estado. Neste artigo entendem-se os arranjos institucionais como “o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma particular como se coordenam os atores e interesses na execução de uma Política Pública específica”<sup>8</sup>. O conjunto de regulamentações e normas na perspectiva de construção e evolução das Políticas Públicas é muitas vezes negligenciado, porém na perspectiva neoinstitucionalista histórica, abordagem adotada neste artigo, elas derivam da barganha social e contribuem para entender as motivações da formulação de determinadas Políticas Públicas<sup>9</sup> por isso adota-se essa definição de arranjos.

A escolha desta abordagem para orientar esta pesquisa justifica-se, pois o Estado e as instituições têm papel relevante como intermediadores da formulação e da implementação de Políticas Públicas. Além disso, essa abordagem tem como importante premissa o entendimento de que as ações decorrem de um processo evolutivo histórico da sociedade e de seus componentes, tanto social, como econômico. Essa evolução é como se, em cada período de tempo fossem plantadas “sementes” que repercutissem no tempo seguinte, sendo esse processo denominado de “*path-dependence*”<sup>10</sup>.

Em suma, para se entender o processo de formulação da política de AF brasileira, com base no institucionalismo histórico, parte-se do pressuposto que os agentes públicos atuantes na saúde, buscam atender as necessidades da sociedade em um contexto temporal de longo prazo e moldam ações evolutivamente, absorvendo a influência das experiências do passado, sempre impulsionados por grupos de interesses, projetos de governo e agentes sociais diversos.

### **1.1. Métodos e instrumentos de pesquisa**

Os métodos adotados nesse artigo foram: (i) revisão bibliográfica sobre a evolução do processo de construção da AF no Brasil, e (ii) análise comparativa dos arranjos quanto ao financiamento, abrangência territorial e população atendida.

A revisão bibliográfica sobre as Políticas Públicas de AF na atenção básica utilizou como fontes livros, artigos científicos, teses, dissertações, documentos e manuais produzidos pelos órgãos envolvidos. Os seguintes termos de busca foram utilizados: “CEME”, “Sistema Único de Saúde”, “SUS”, “Farmácia Básica”, “Assistência Farmacêutica”, “Farmácia Popular do Brasil”, “Aqui Tem Farmácia Popular” e “copagamento”.

A análise comparativa dos dois arranjos tem como escopo a rede de atendimento dirigida a dispensação de medicamentos básicos e essenciais para a população brasileira. Ela era composta, em 2018, por 37.690 UBS; 457 farmácias públicas e 31.108 farmácias credenciadas, essas últimas do PFPB, distribuídas em 5.570 municípios, 26 estados e o Distrito Federal.

Os dados para as análises comparativas foram obtidos dos seguintes órgãos governamentais: Ministério da Saúde (MS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Portal Brasileiro de Dados Abertos (PBDA), da Fiocruz, e Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão por meio da Lei de Acesso a Informação (LAI).

Os dados monetários anuais para compreender a evolução do financiamento foram obtidos do MS e deflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo<sup>11</sup>, tendo como ano base o exercício de 2018, permitindo assim a comparação temporal.

Quanto à abrangência territorial dos arranjos foi considerado o nível Brasil. A construção de mapas com a distribuição das unidades dos programas foi realizada com base nas coordenadas geográficas das UBS e farmácias credenciadas, com base nos dados disponíveis no PBDA<sup>12</sup> do Governo Federal e corrigidas eventuais distorções de endereços. Essa distribuição será sobreposta à disposição de renda média *per capita*, regional a nível Brasil. Utilizou-se o software QGIS, que é um Sistema de Informação Geográfica (SIG) de Código Aberto licenciado segundo a Licença Pública Geral (GNU)<sup>13</sup>.

A existência de relação entre a escolha do local de dispensação dos medicamentos básicos e essenciais das UBS e do PFPB/RC com o quantitativo da população e/ou a renda média *per capita* da região permite verificar a equidade da distribuição e a complementaridade ou não entre a rede pública e privada. Para tanto, calculou-se o Índice de Correlação Linear (ICL) que tem como objetivo mensurar o grau de associação existente entre a variável “x”, dada pela quantidade de UBS ou estabelecimentos credenciados do PFPB, separadamente, e pela variável “y” dada pela população de uma região e pela renda média *per capita*, também aplicada separadamente.

Para análise dos resultados do ICL considerou-se que ele seria (i) positivo, quando uma das variáveis aumenta numericamente e a outra variável também aumenta; (ii) negativo, quando uma das variáveis decresce numericamente e a outra também decresce e (iii) nulo, sendo então ditas como não correlacionadas. As gradações dos ICL obtidos são interpretadas na Tabela 1.

**Tabela 1: Interpretação do Índice de Correlação Linear**

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

Fonte: Elaboração própria com base em Barbetta<sup>14</sup>.

## 2. Breve histórico da política de AF

A necessidade da construção de uma rede de distribuição de medicamentos levou a formulação de dois arranjos hoje vigentes na AF para provisionamento de medicamentos básicos e essenciais. Esses arranjos são dependentes das relações econômicas e sociais prevalentes em cada período histórico e resultantes da combinação de demandas sociais e resposta do Estado<sup>15</sup>.

No Brasil, segundo Manhães<sup>16</sup>, pode-se pensar a gestão da Política Pública de AF em três momentos: (i) centralizada na União de 1971 até 1997, com o auxílio de empresa pública, no caso, a Central de Medicamentos (CEME), (ii) descentralizada em parte para Estados e municípios a partir de 1990, por meio do SUS, instituição pública, com o auxílio das farmácias públicas dos PS e das UBS e (iii) recentralizada no MS com a implementação do PFPB, sem extinção da forma de gestão anterior, e em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), entre 2004 e 2017, e a iniciativa privada desde 2006 até 2018.

A partir deste modelo, a política pública de saúde é realizada cooperativamente, cabendo à União o domínio econômico e regulatório e às demais entidades federadas – estados e municípios – a sua operação. Está também cada vez mais presente a parceria público-privado como forma de gestão das políticas de saúde: o Estado articula-se com os agentes privados e complementa os recursos públicos com os privados<sup>17</sup>. As parcerias com a iniciativa privada na criação do PFPB são regidas formalmente por meio de vínculos legais, tais como: contratos de gestão, com a Fiocruz, e convênios, com os municípios e as farmácias privadas.

No arranjo que vigorou a partir da criação do SUS, o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais era realizado através dos PS mediante apresentação de receita médica, progressivamente, essa ação também passou a ser realizada pelas UBS, sendo essa o ponto de atendimento ambulatorial para atendimentos básicos e provisionamento

de medicamentos gratuitos realizados diretamente ao usuário do SUS em todo território nacional<sup>18</sup>.

Em 2004, como resultado do conjunto de propostas de campanha eleitoral para a presidência da República pelo, então, candidato Luiz Inácio Lula da Silva, foi criado o PFPB tendo como modelo o programa existente em Pernambuco<sup>19</sup>. Esse arranjo foi instituído sob a administração direta do MS e com certa independência da administração do SUS e com parceria inicial com a Fiocruz e posteriormente com a rede de farmácias privadas. Ofertava uma lista de medicamentos básicos e essenciais para o tratamento de enfermidades promotoras de elevados níveis de mortalidade, cumprindo assim uma das diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)<sup>4</sup>, ainda que a lista fosse inferior a lista da Rename. O PFPB representa a nova força política instituída a partir da eleição de Lula em que há uma resignação com a incapacidade do SUS se constituir em um sistema pleno de atendimento dos direitos à saúde e o convencimento de que estratégias privadas complementares para camadas com maiores níveis de renda seria a solução<sup>20</sup>. Em seu bojo há também a semente do pagamento, ainda que parcial, por um serviço público considerado um direito do cidadão e um dever do estado pela Constituição.

O PFPB é composto por duas vertentes, primeiramente, em seu lançamento, doravante denominado PFPB/RP (RP – rede pública) através de unidades farmacêuticas públicas próprias, gerenciadas pela Fiocruz, o que representou uma tentativa de recentralização da AF, até então realizada sob a gestão dos estados e/ou municípios através das UBS. O objetivo de sua formulação era ser um modelo de AF, distinto dos serviços prestados nas UBS, que oferecesse serviços que extrapolassem a simples dispensação de medicamentos e esse modelo quando estivesse “maduro” teria seu formato disseminado através de convênios com estados, municípios e instituições filantrópicas, sendo a administração passada para essas instituições. O seu financiamento era realizado diretamente pelo MS por meio de repasses, orçados anualmente, à Fiocruz para a cobertura de manutenção e gestão das unidades farmacêuticas públicas e 90% do custo dos medicamentos distribuídos. Os 10% restantes eram desembolsados pelos usuários. Tratava-se de uma nova modalidade de financiamento denominada na literatura de copagamento.

A segunda vertente foi formulada em 2006, denominada doravante de PFPB/RC (RC - rede credenciada). O esquema de financiamento era o mesmo da vertente anterior, mas as unidades de dispensação eram as farmácias privadas credenciadas pelo MS. Essa vertente inaugura a parceria pública privada na dispensação, desobrigando o Estado de criar e

manter suas unidades próprias de farmácias ainda que a rede de farmácias próprias gerenciadas pela Fiocruz e as UBS permanecessem ativas.

O público alvo, estabelecido nos documentos oficiais do PFPB, não eram usuários carentes de renda, mas aqueles que utilizassem prestadores de serviços privados e planos coletivos de assistência à saúde. Em outras palavras, usuários possuidores de renda, mas que não conseguiriam adquirir os medicamentos básicos e essenciais através da rede privada de farmácias e drogarias<sup>21</sup>, sem excluir, todavia, os usuários da rede pública de saúde. Observa-se aqui o fortalecimento de iniciativas privatizantes na AF, resultante do crescimento dos planos de saúde individuais oferecidos à população como forma de contornar as deficiências do SUS, mas que se mostra ilusória devido à incapacidade desses usuários arcarem com os seus tratamentos medicamentosos.

O arranjo de AF adotado no PFPB difere do arranjo do SUS, via UBS, quanto ao seu financiamento e gestão da dispensação de medicamentos. Enquanto o arranjo do SUS permanece sendo de distribuir gratuitamente todos os medicamentos prescritos através de suas farmácias, o PFPB adotou o sistema de copagamento e as parcerias, inicialmente, com a Fiocruz e com a iniciativa privada, credenciando as farmácias que poderiam dispensar uma lista de medicamentos, inferior a do SUS<sup>22</sup>.

Posteriormente, em 2011, parte dos medicamentos que faziam parte do rol do PFPB, mais especificamente aqueles voltados para asma, hipertensão e diabetes, de maior prevalência, com o “Programa Saúde Não Tem Preço”, tornaram-se gratuitos na rede privada de farmácias credenciadas e na rede de farmácias próprias geridas pela Fiocruz.

### **3. Avaliação comparativa dos Arranjos: financiamento, abrangência territorial, população atendida**

Para obtenção dos resultados comparativos de financiamento, somou-se o financiamento do PFPB/RP com o do PFPB/RC e contrapôs-se essa soma à do financiamento da dispensação realizada pelas UBS. Já no que diz respeito à abrangência territorial e à população atendida será realizada uma fotografia da distribuição das unidades farmacêuticas públicas e privadas, em 2018, para o Brasil, contrapondo-se os resultados de alcance espacial e demográfico das UBS às duas outras vertentes do PFPB. A seguir esta distribuição será contraposta aos parâmetros de densidade populacional e renda média da população em que as unidades estão localizadas, contrapondo-se os resultados obtidos para as UBS e o PFPB/RC.

### 3.1. Financiamento

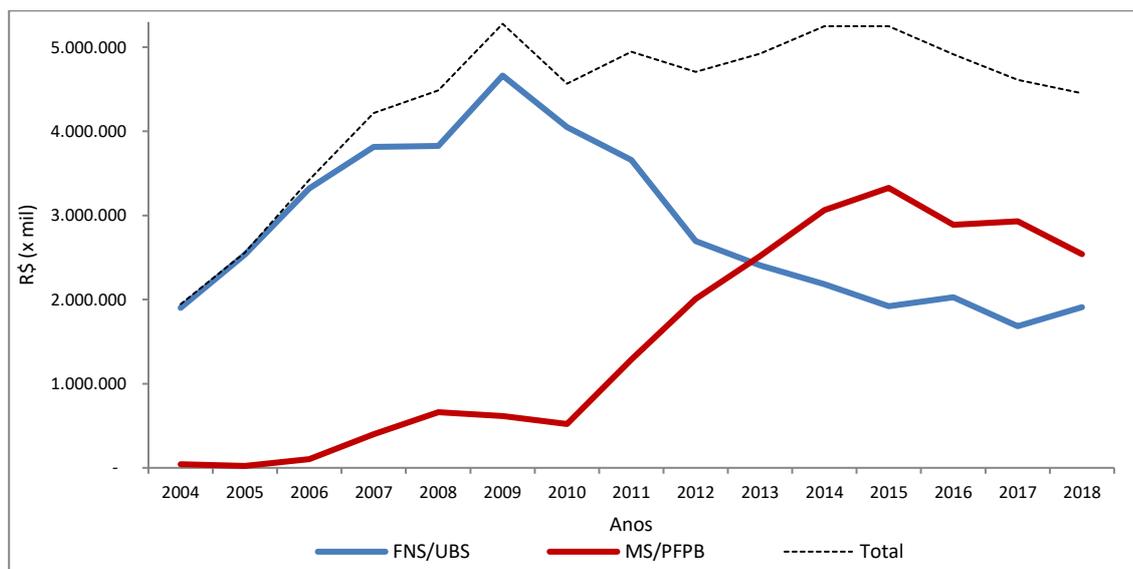
O financiamento apresenta-se como um importante fator na indicação da direção dada pelos formuladores da Política Pública de AF quanto à priorização nas ações, visando solver as deficiências e atender as demandas da sociedade.

Na composição da política de AF vigoraram entre 1971 e 2018, basicamente, três formas de financiamento: de 1971 a 1999, contemplando a gestão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (1971/1993) com financiamento único da União; a segunda fase, no período de 1999 a 2004, já sob as orientações da Política Nacional de Medicamentos (PNM), com o financiamento da União, estados e municípios; e, finalmente, a terceira fase, que não exclui a forma anterior de financiamento, com o PFPB, a partir de 2004, na qual é instituído um formato misto de financiamento com a participação do usuário através do copagamento<sup>23</sup>.

O financiamento acumulado durante 14 anos das ações de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, incluindo o fomento à dispensação nas UBS e nas unidades do PFPB, totalizou R\$ 65.530.755 mil, sendo 65% destinado para a AF na UBS e 35% para o PFPB (1,9% para o PFPB/RP e 33,1% para o PFPB/RC). Com a composição do financiamento acumulado no período, pode-se considerar que a prioridade do governo era para a dispensação de medicamentos pelas UBS. Entre as duas modalidades do PFPB, a aposta parecia estar no “braço privado” do Programa, como afirmaram Menecucci<sup>24</sup> e Silva<sup>25</sup>. Este entendimento acabou se confirmando quando o PFPB/RP foi extinto em 2017.

Pode-se observar no Gráfico 1, que este financiamento é crescente no período que vai até 2009, alcançando um valor anual de cerca de 5 bilhões de reais, a partir daí sofre uma ligeira queda voltando a alcançar este mesmo patamar em 2014, para rapidamente se deteriorar com a crise nacional que se aprofunda a partir de 2015 e prossegue até 2018.

**Gráfico 1: Financiamento da AF, 2004-2018 (R\$ mil constantes, base 2018 - IPCA)**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do FNS<sup>26</sup>.

Uma visão mais detalhada do que ocorreu no período: a partir de 2009, mostra que os repasses totais do MS sofreram uma queda, explicada pela redução do financiamento das UBS. Em 2010 há novamente uma inflexão positiva no financiamento total explicada pelo aumento exponencial no financiamento do PFPB/RC. Em 2013, esse último passa a ser prioritário no financiamento da AF. No período entre 2015 e 2018, observa-se uma tendência de redução de diferenças dos financiamentos das UBS, que intercalam movimentos de alta e baixa, com os movimentos inversos de baixa e alta de financiamento do PFPB.

Três fatos parecem contribuir, pelo menos em parte, para explicar os movimentos a partir de 2015. Em primeiro lugar, a crise da economia brasileira que afetou o financiamento dos serviços públicos e também o da AF que retornou em 2018 ao patamar de 2008. Em relação ao PFPB, rede pública, observa-se a sua descontinuidade, em 2017<sup>22</sup>, e ao mesmo tempo uma repactuação dos valores de referência dos medicamentos pagos pelo MS às farmácias (rede privada), que foram reduzidos para os valores praticados no mercado.

Ainda que novos estudos mais aprofundados precisem ser realizados para um melhor entendimento das tendências observadas, fica claro que há uma concorrência pelos recursos orçamentários do MS entre os dois arranjos a partir de 2009 e, apesar da redução da distância entre as duas formas de financiamento a partir de 2015, o financiamento do PFPB é ainda prioritário. Isso pode estar indicando um enfraquecimento da política de AF pública, gratuita e universal e uma mudança para um modelo fragmentado de financiamento

para os mais pobres, atendidos pelo SUS, e para a classe média pelo PFPB, ambos financiados pelo MS.

### 3.2. Abrangência territorial

O dimensionamento territorial na implementação da Política Pública de AF é importante, pois quanto maior for a dispersão da população no território, maior terá que ser o esforço e financiamento para disponibilizar a rede e o atendimento de AF. Esse espraiamento deve estar, a princípio, relacionado a densidade populacional e ao nível de renda *per capita* dos residentes.

Na Tabela 2 mostram-se os percentuais de estabelecimentos das UBS, PFPB/RP e PFPB/RC em cada região do Brasil, assim como sua densidade populacional e a renda média *per capita* de cada região.

**Tabela 2: Distribuição e proporção habitantes/unidades de dispensação em cada programa/arranjo, por regiões do Brasil – 2018**

Região	UBS		PFPB/RP		PFPB/RC		% Pop.	Renda Média <i>per capita</i> (R\$)
	% Unid.	Hab/unid.	% Unid.	Hab/unid.	% Unid.	Hab/unid.		
Centro-Oeste	2,5	16.555	4,6	690.257	4,2	12.055	7,6	1.419,80
Nordeste	38,4	3.952	32,6	353.421	15,0	12.239	27,6	804,89
Norte	7,5	6.367	14,7	245.701	3,2	17.865	8,6	954,4
Sudeste	30,8	7.487	39,8	439.140	44,9	6.229	41,9	1.396,88
Sul	20,7	3.793	8,2	723.048	32,6	2.921	14,3	1.280,51
Total	100,0		100,0		100,0		100,0	-

Fonte: Elaboração própria com base em dados do BRASIL<sup>12,27,28</sup>.

A concentração de redes de UBS está polarizada em duas regiões: Nordeste (38,4%) e Sudeste (30,8%). O padrão dessa localização parece seguir os tamanhos das populações regionais, sem, no entanto, observar uma proporcionalidade, já que é nessas regiões que se concentra a maior parte da população brasileira, mas o número de UBS por habitante é proporcionalmente maior na região Nordeste (3.952 hab./UBS) do que na Sudeste (7.487 hab./UBS). Essa proporção é pior no Centro-Oeste (16.555 hab./UBS) e melhor no Sul (3.793 hab./UBS)

A proporção do arranjo PFPB/RP é pouco significativa, levando uma comparação a ser espúria por três motivos: primeiro não era propósito inicial de expansão extensiva desta vertente, que deveria ser transferida para os municípios após o seu amadurecimento como modelo de unidade farmacêutica. Em segundo lugar, ela foi operacionalizada inicialmente nos estados do Sudeste e Nordeste, onde o governo contava com forças políticas do seu

mesmo partido<sup>29</sup> e não na região com o menor nível de renda. E, em terceiro lugar, motivo menos provável, esta versão não durou todo o período, tendo sido extinta em 2017, mas perdeu força na priorização de recursos desde 2006, quando foi criada a versão PFPB/RC, e a partir de 2013 quando teve redução de suas unidades<sup>16</sup>.

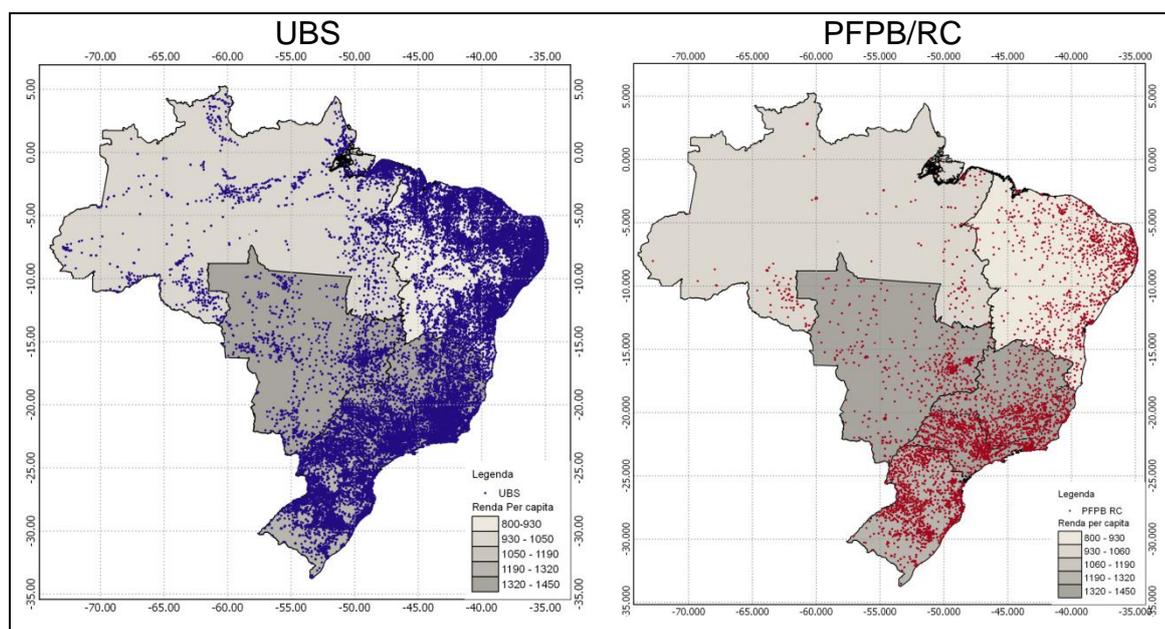
Já a rede do PFPB/RC, a maior concentração de estabelecimentos está nas regiões Sudeste (44,9%) e Sul (32,6%) e com menor presença na região Norte (3,2%) e Centro Oeste (4,2%).

Quanto à renda média *per capita*, a maior concentração de UBS localiza-se na região com a menor renda e a segunda maior concentração na região com a segunda melhor renda média *per capita*. Ou seja, a distribuição territorial das UBS, em 2018, apresenta um padrão espacial e populacional que atende equitativamente a população mais carente e a segunda mais privilegiada em termos de renda média *per capita*, o que parece indicar uma ausência de influência da densidade populacional e da renda na localização das UBS.

Já a localização da rede de atendimento do PFPB/RC é mais concentrada no Sudeste com 13.959 farmácias credenciadas (44,9%), porém, com a segunda pior proporção entre relação ao número de habitantes por farmácia, com 6.229 habitantes por farmácia credenciada. A região que possui o segundo maior número de estabelecimentos é o Sul, com 10.150 estabelecimentos (32,6%), atendendo a 2.921 habitantes por estabelecimento, sendo a região com melhor proporção.

Fica claro nesta comparação que o padrão locacional do PFPB/RC obedece às premissas da iniciativa privada, que tende a alocar seus estabelecimentos em regiões populacionalmente mais adensadas e com maior nível de renda *per capita*, garantindo um ticket médio superior ao de regiões com populações rarefeitas e carentes. Pode-se afirmar que o padrão espacial e populacional do PFPB/RC privilegia apenas o segmento da população mais rica. A dispersão territorial das UBS e dos estabelecimentos do PFPB/RC, a nível Brasil, pode ser visualizada comparativamente na Figura 1.

**Figura 1: Dispersão Territorial dos estabelecimentos UBS e PFPB/RC - Brasil**



Fontes: Elaboração própria com base nos dados do PBDA<sup>12</sup> e Forest-Gis<sup>30</sup>.

Percebe-se a concentração litorânea e nas cidades mais centrais e populosas do país, das UBS, mas, sua presença também é notada em outros municípios do interior do Brasil, garantindo um espraiamento territorial para regiões distantes dos grandes centros<sup>31</sup>. Quanto à rede de unidades do PFPB/RC, estão claramente concentradas nas regiões metropolitanas mais populosas.

Este resultado já era esperado devido às forças políticas que estavam por trás do primeiro arranjo e do segundo. No momento histórico da constituição institucional do primeiro arranjo, observam-se dois movimentos importantes de democratização, o movimento sanitarista e o movimento municipalista, impulsionados pela criação da Constituição de 1988. E no momento da concepção do segundo arranjo, estes movimentos estavam enfraquecidos e uma nova coalisão se formou em torno da candidatura do Presidente Lula que propunha resolver os problemas que teimavam em permanecer na agenda social brasileira, mesmo após a redemocratização, tornando os serviços públicos acessíveis pela via do mercado.

### **3.3. Correlação entre número de estabelecimentos, renda média *per capita* e densidade populacional**

O ICL é uma forma mais robusta de confirmar ou não os resultados acima comentados. A Tabela 3 apresenta os resultados da relação linear, para as duas regiões analisadas

acima, entre o número de estabelecimentos de UBS e PFPB/RC, primeiro, com a densidade populacional e, segundo, com a renda média *per capita*. Os resultados serão lidos abaixo de forma comparativa entre as UBS e o PFPB/RC. Observa-se na Tabela 3 que todos os ICL são positivos, ou seja, de alguma forma o número da população e o número de unidades – independente de serem as UBS ou as farmácias credenciadas – está positivamente relacionado. Mas o grau desta relação, interpretado pela Tabela 3, proposta na metodologia é diferente.

**Tabela 3: Relação População e renda média *per capita* com UBS e PFPB/RC Brasil e região Sudeste**

		Relação	ICL	Interpretação da Correlação
Brasil	UBS	População	0,8138	Positiva Forte
		Renda média <i>per capita</i>	0,1760	Positiva Fraca
	PFPB/RC	População	0,2112	Positiva Fraca
		Renda média <i>per capita</i>	0,1237	Positiva Fraca

Fonte: Elaboração própria com base em dados do BRASIL<sup>12,27,28</sup>.

O ICL do número de UBS no Brasil em relação à população é positivo (0,8138) e, segundo a interpretação proposta na metodologia, constata-se uma correlação forte. Já em relação à renda média *per capita*, observa-se também um ICL positivo (0,1760), sendo uma correlação fraca para o Brasil. Isso indica que o padrão de localização das UBS é mais influenciado pela densidade populacional, do que pela renda média *per capita*. Este resultado confirma a equidade da dispensação de medicamentos realizada pelas UBS, atendendo tanto a população concentrada quanto a espreada e não fragmentando o seu atendimento por níveis de renda.

Para a relação entre as unidades do PFPB/RC e a população, o ICL é positivo para o Brasil (0,2112), a correlação entre essas variáveis é fraca. O resultado não era o esperado já que a lógica de localização da iniciativa privada é buscar o credenciamento para as unidades farmacêuticas onde o número de habitantes é mais denso.

Para a relação entre as unidades do PFPB/RC e a renda média *per capita*, o ICL é positivo e a correlação fraca para o Brasil (0,1237), sendo inverso dos resultados obtidos para as UBS, e indicando que as localizações das farmácias não buscam obrigatoriamente locais com renda média *per capita* mais elevada. Uma explicação possível para esses resultados é que as farmácias já existem e são apenas credenciadas.

## Conclusões

A atual estrutura da AF, no Brasil, resultou de uma trajetória evolutiva com forte atuação do Estado na implementação de políticas de saúde pública, ação esta que, a partir da Constituição de 1988, foi realizada de forma cooperada com os estados e os municípios. Diferentemente, a instituição do PFPB representa uma ruptura nesta trajetória que culminou na definição da saúde como um direito social. Ela decorre de uma decisão derivada do governante central e sua gestão volta a ser centralizada no MS em parceria com a Fiocruz. Entendeu-se a partir das entrevistas que esta foi uma forma de vincular uma marca própria do governo Lula na AF, ao invés de melhorar o sistema público existente. Este resultado é também observado por Bahia<sup>20</sup> ao analisar a política pública de saúde e constatar que no período de 14 anos de lulismo<sup>32</sup> não houve priorização do “SUS constitucional” e que os direitos sociais foram transformados em produtos financeiros.

O PFPB/RP, extinto em 2017, mostrou-se uma ação limitada na ampliação da oferta de medicamentos básicos e essenciais, assim como em sua abrangência territorial. Foi somente a partir da vertente PFPB/RC que ocorre uma cobertura territorial ampla. No entanto, essa amplitude não obedeceu à lógica de equidade na formulação de Políticas Públicas. No âmbito do financiamento, percebe-se o direcionamento de recursos orçamentários para o PFPB que poderiam ter sido aplicados no aperfeiçoamento do arranjo de AF já existente, via UBS, do SUS constitucional.

Quanto o espraiamento territorial, percebe-se na cobertura promovida pelas UBS um posicionamento concentrado no litoral e nas capitais, porém, com significativa presença no interior do país, enquanto a distribuição dos estabelecimentos do PFPB/RC é concentrada nos grandes centros, com menor participação litorânea e pouca presença no interior do país.

A mensuração da relação entre a instalação da UBS e do credenciamento do PFPB, com a densidade populacional e a renda média *per capita* no Brasil e no Sudeste, embora não tenha sido previsto por parte dos formuladores da política, foi objeto de análise desse artigo. Em relação ao número de UBS e a (i) densidade populacional, essa sempre se apresenta positiva e forte, e quanto a (ii) renda média *per capita* sempre positiva e fraca. Já para o número de unidades PFPB/RC em relação a (i) densidade populacional sempre positiva e fraca, e para (ii) renda média *per capita* sempre positiva e fraca.

Uma explicação, em parte, para esse resultado pauta-se no fato de que a instalação de uma UBS depende da ação do município, já com referência ao credenciamento de uma farmácia privada, essa independe da vontade pública e sim da maximização dos ganhos

de sua atividade. Assim, credencia o seu estabelecimento em locais com maior densidade populacional, que tenham relação com níveis de renda mais elevados.

Uma questão crítica e relevante observada neste artigo refere-se ao financiamento ao PFPB/RC. Como não há qualquer limitação orçamentária *a priori* para ser financiado pelo MS, pois o provisionamento ocorre conforme a demanda no balcão das farmácias credenciadas, o cenário futuro, caso não ocorram correções, aponta para problemas orçamentários significativos de concorrência entre os dois arranjos de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais.

Relativo à hipótese inicialmente apresentada nesse artigo de que o Estado não necessitava implementar o PFPB, pois a AF já era realizada pelas UBS, mesmo esse sistema necessitando de aperfeiçoamentos, conclui-se que, se é bem verdade que ele promoveu a ampliação da dispensação de medicamentos básicos e essenciais, a principal motivação para sua criação não se baseou em um diagnóstico das deficiências das UBS e uma estratégia para o seu melhoramento. A sua criação refletiu a ruptura política institucional provocada pelas novas forças de coalisão que garantiram as eleições de Lula e Dilma e na nova proposta de alcance dos direitos sociais, no sentido de melhorar a renda dos indivíduos para que eles pudessem adquirir no mercado os seus direitos de saúde.

Como mostrado no artigo esta conclusão está embasada em vários aspectos discutíveis do PFPB: (i) o formato de financiamento através do copagamento, (ii) o credenciamento de uma rede de atendimento privada, essa baseada em estabelecimentos instalados mediante a lógica mercantil, (iii) destinação de 35,0% do financiamento total da AF, no período, direcionado para o PFPB, sendo parte desse predominantemente, direcionado para a iniciativa privada e (iv) risco de explosão do orçamento Federal.

Finalmente, pode-se especular que talvez resultados semelhantes e com menos duplicações e maior equidade fossem atingidos se os recursos direcionados ao PFPB tivessem sido destinados ao aperfeiçoamento da AF nas UBS, fortalecendo o SUS constitucional e os direitos sociais duramente conquistados, garantidos na era do lulismo por meio de emprego e renda, que desapareceram na crise que a economia brasileira inevitavelmente mergulhou após a crise financeira internacional de 2008.

## Referências

1. BRASIL. . Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 22 set. 2017.
2. OMS - Organização Mundial da Saúde. Equitable Access to Essential medicines: a framework for collective action: 2004. Genebra, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 12 mar. 2018.
3. 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.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Farmácia Popular do Brasil - Rede Própria. Brasília: MS, 2004. 76 p.
5. VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; REIS, Carlos Octávio Ocké. Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do co-pagamento. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, v. 1, n. 17, p.106-171, 1998.
6. SARAVALIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVALIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Org.). Políticas públicas. Brasília: Enap, 2007. p. 21-42.
7. 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.
8. SILIANSKY, Maria de Fátima; HASENCLEVER, Lia; PEIXOTO, André Luis Almeida. Arranjos institucionais em serviços dependentes de equipamentos para diagnóstico e terapêutica de doenças cardiovasculares: um estudo sobre as regiões Norte e Noroeste do estado do Rio de Janeiro. In: HASENCLEVER, Lia *et al.* Vulnerabilidades do Complexo Industrial da Saúde. Rio de Janeiro: E-papers, 2018. p. 253-276.
9. PERES, Paulo Sérgio. Comportamento ou instituições? A evolução histórica do neo-institucionalismo da ciência política. São Paulo. Revista Brasileira de Ciências Sociais, Lata, v. 23, n. 68, p.53-71, out. 2008.
10. FERNANDES, Antônio Sérgio Araújo. Path dependency e os estudos históricos comparados. In: Simpósio Nacional de História, 24., 2007, São Leopoldo. Anais. São Leopoldo: Anpuh, 2007. p. 79 - 101.
11. BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. SIDRA - Banco de Tabelas e Estatísticas. 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/home/cnt/brasil>. Acesso em: 4 dez. 2019.
12. PBDA - Portal Brasileiro de dados abertos. 2018. Disponível em: <http://dados.gov.br/dataset/>.
13. OSGF - Open Source Geospatial Foundation. QGIS - Quantum Sistema de Informação Geográfica. 2018. Disponível em: [https://www.qgis.org/pt\\_BR/site](https://www.qgis.org/pt_BR/site).
14. BARBETTA, Pedro Alberto. Estatísticas Aplicadas às Ciências Sociais. 7. ed. Florianópolis: UFSC, 2007. 315 p.
15. 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.

16. MANHÃES, Eduardo, Arranjos de Provisão de Medicamentos Básicos e Essenciais: análise do Programa Farmácia Popular do Brasil, 2019. 172 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação de Planejamento Regional e Gestão da Cidade, Universidade Cândido Mendes, Campos dos Goytacazes.
17. GOMEZ, Andréa Carlla Ribeiro. A parceria do setor privado com a administração pública na gestão de qualidade das centrais de atendimento ao cidadão no Brasil. In: Congreso internacional del clad sobre la reforma del estado y de la administración pública, 15., 2010, Sto Domingues. Clad, 2010. p. 1 - 8.
18. 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.
19. MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; NOGUEIRA, Carolina de Oliveira. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p.521-523, mar. 2011. Mensal.
20. BAHIA, Lígia. A saúde nos governos petistas: políticas públicas antagônicas. In: Maringoni, G. e Medeiros, J (orgs). Cinco Mil dias de Lulismo: o Brasil na era do lulismo. São Paulo: Boitempo/Fundação Lauro Campos, 2017, pp. 221-228.
21. COSTA, Iris do Céu Clara; SOUZA, Georgia Costa de Araújo. O Sus nos Seus 20 Anos: Reflexões Num Contexto de Mudanças, São Paulo, v. 19, n. 3, p.509-517, 2010.
22. 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, São Paulo, v. 22, n. 72, p. 278-295, 2017.
23. 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.
24. MENEUCUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de saúde no governo Lula. Saude e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 2, p.522-532, abr. 2011. Trimestral.
25. SILVA, Rondinelli Mendes da. Programa “Aqui tem Farmácia Popular”: expansão entre 2006-2012 e comparação com os custos da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 2014. 324 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da UERJ, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
26. BRASIL, Fundo Nacional de Saúde. 2019. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br>. Acesso em: 11 mar. 2019.
27. 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.
28. BRASIL. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do 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.

29. GIORA, Jamaira. Programa Farmácia Popular do Brasil. Audiconferência. Entrevista concedida a Eduardo Manhães, Rio de Janeiro, 05 de agosto de 2019.
30. FOREST-GIS (org). Forest-Gis. Disponível em: <http://www.forest-gis.com/>. Acesso em: 18 jun. 2018.
31. 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*, 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.
32. SINGER, André. As Raízes Sociais e Ideológicas do Lulismo. *Novos Estudos*, São Paulo, v. 1, n. 85, p.83-102, nov. 2009.