



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Rondineli Mendes da Silva

**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**

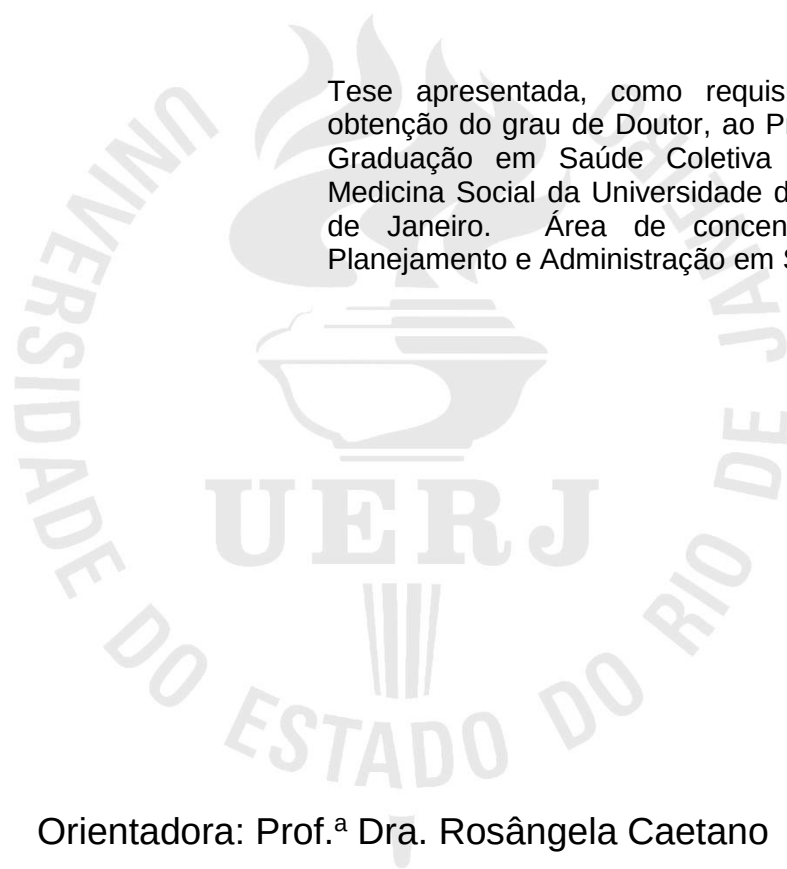
Rio de Janeiro

2014

Rondineli Mendes da Silva

**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**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.



Orientadora: Prof.^a Dra. Rosângela Caetano

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

S586 Silva, Rondineli Mendes.
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 / Rondineli Mendes Silva. – 2014.
324 f.

Orientadora: Rosângela Caetano.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Medicamentos – Custos – Teses. 2. Assistência Farmacêutica. 3.
Política de saúde – Teses. 4. Economia da saúde – Teses. I. Caetano,
Rosângela. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Rondineli Mendes da Silva

**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**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 25 de abril de 2014.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosângela Caetano
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Rosângela Caetano
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ

Prof.^a Dra. Guacira Corrêa de Matos
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Paulo Henrique Almeida Rodrigues
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Porque d'Ele, e por meio d'Ele, e para Ele são todas as cousas; glória, pois, a Ele, eternamente. Amém! (*Romanos 11.36*)

Para minha amada Esposa Laís, braço firme que aguentou o “tranco” e me deu apoio durante o caminho. Como foi difícil dessa vez! Sou grato pela sua presença em minha vida, por compartilhar as dificuldades que foram inúmeras e agora essa alegria!

Para minha filha Gabriela, verdadeiramente um presente de Deus, que significa expressão de vida, ternura e esperança, que vai amadurecendo de forma mui bela e rápida! Deus te Abençoe, meu amor!

Ao João Victor, hoje com sete anos, que segundo suas “sábias palavras” proferidas em 07/11/2013 traduzem a pureza de ser criança, como “o legal é saber construir coisas com sua imaginação” e que passou por inúmeros sentimentos, durante o doutorado, em sua fase final! Te amo meu filho!

Meus pais João e Alcéia, que em mim investiram amor, apoio, tempo, dinheiro, dentre outros fatores, para me fazer quem sou. E minha irmã Rosane pela ajuda.

Viva à Família!

AGRADECIMENTOS

À minha esposa, que caminho árduo foi esse! Obrigado pela ajuda, precisamos valorar a união e a estabilidade de nossos projetos de vida conjuntos. Cumprir com o doutorado seria impossível sem seu auxílio. Foram mudanças e ausências necessárias para desafios ocorridos nesses quatro anos e aqui chegamos. Diligente no papel de companheira nos momentos de maior desgaste para finalização dessa etapa de nossa vida, à você, que me fez acreditar que esse sonho seria possível expresse minha gratidão. Aos nossos filhos, Gabriela e João Victor; expressões de um grande amor!

Aos meus pais, que sempre acreditaram que a educação poderia fazer a diferença. À minha irmã, que dividiu comigo sua visão da área técnica.

À minha orientadora Professora Rosangela Caetano pela parceria e amizade, construí uma relação de afeto e admiração. Inspiro-me nos pensamentos de Israel Azevedo que se encaixam à você: uma professora plena que aprende, pois nem todos aprendem com o outro. Completa, pois acredita que pode compartilhar o que aprende — muitos retêm o que sabem como se fosse um tesouro a ser escondido. Verdadeira, que enxerga um futuro em quem ninguém confia. Autêntica, que escuta os ignorantes, tolera os insolentes e suporta os desprezadores, quando a maioria desiste, como se fosse divina a sua missão. Quanta nobreza em seu sentido mais puro! Seu pragmatismo e ética dão, além do cuidado e zelo acadêmico, um brilho especial ao trabalho. Ainda, à sua família, muito obrigado! Foi muito gratificante tê-la como mestre!

Ao IMS/UERJ por ter me acolhido e me proporcionado crescimento enquanto aluno e indivíduo, tornando-me acima de tudo um cidadão melhor, desde meu mestrado e agora no doutorado, sendo uma alegria e prazer compartilhar experiências e o aprendizado neste querido e importante Instituto. Ao corpo de funcionários da Secretaria, Simone, Silvia e Eliete, que já “profetizavam” meu doutorado. Ao Artur Arêas, sempre prestativo. Agradeço ainda ao corpo de professores, pela troca de conhecimentos e oportunidade de refletir sobre a saúde.

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, origem das reflexões para construção dessa tese que me formou profissionalmente na gestão da saúde coletiva, permitindo experimentar e sonhar com a possibilidade concreta de construir um cenário de qualidade na administração pública, em especial a Assistência Farmacêutica. Agradeço a equipe da SUBHUE, pela sensibilidade e apoio e, em

específico, aos colegas farmacêuticos do NAF/SMS que me deram, sempre que preciso suporte e cobertura necessária. Ao Subsecretário e equipe da SUBG da SMS-Rio, que disponibilizaram dados, tempo e atenção, sempre dispostos em ajudar. Também à equipe da TPC, pelo apoio na elaboração de alguns dados.

À equipe do Núcleo de Assistência Farmacêutica da ENSP/Fiocruz que, em meio a tantas mudanças profissionais, me acolheu de forma singular, sendo uma honra e uma alegria para mim estar ao lado de pessoas especiais, a quem dedico profunda admiração e respeito, *lócus* relevante de construção, pensamento e debates da assistência farmacêutica nacional, pessoas que participaram na minha formação há tantos anos em parcerias. Agradeço também o incentivo e apoio nessa fase final do trabalho acadêmico, que me deram suporte e orientação, com acesso a informações e perspectivas que me propiciaram amadurecimento.

Ao leitor da tese, prof. Paulo Henrique Almeida Rodrigues e, aos demais membros da banca: prof.^a Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro, prof.^a Guacira Corrêa de Matos, prof. George Edward Machado Kornis. Aos professores suplentes: Vera Lucia Luiza, Vera Lucia Edais Pepe, Sulamis Dain e Ruben Mattos.

Também agradeço aqueles que em momentos de dificuldades apoiaram na superação de algumas dificuldades, como Luiz Villarinho do NAF/ENSP nas soluções de excel, à Silvia Araújo da CAP 2.1, nas orientações do levantamento de dados da rede municipal. À Leila Riboura pela ajuda na revisão de português.

“As palavras não dizem tudo, mesmo que o tudo seja fácil de dizer. Com certeza, fala bem melhor o mudo, se sua atitude manifesta o que crê”.

Sergio Pimenta

RESUMO

SILVA, R.M. *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. 324f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Em 2004 o governo federal anunciou um novo mecanismo para melhorar o acesso da população brasileira aos medicamentos, chamado de "Programa Farmácia Popular do Brasil" (PFPB) que disponibiliza um rol de produtos subsidiados pelo governo, utilizando ou não sistema de copagamento. O PFPB está dividido em três vertentes: (a) no setor público, chamada Rede Própria; (b) expansão em 2006, com o comércio farmacêutico denominado "Aqui Tem Farmácia Popular" (ATFP) e; (c) isenção de copagamento, em 2011, em todas as farmácias no âmbito do Programa, para anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos. Este estudo examinou o modelo de provisão de medicamentos na versão ATFP, comparando-o ao tradicionalmente praticado na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio), com vistas a avaliar seus custos para os setores públicos envolvidos. Foram levantados os gastos do Ministério da Saúde (MS) com pagamentos no Programa ATFP em fontes secundárias, como o Fundo Nacional de Saúde e a Sala de Apoio à Gestão Estratégica, de 2006 a 2012. Dados sobre o volume de pagamentos por medicamentos, perfil dos usuários atendidos e unidades farmacotécnicas (UF) dispensadas foram mapeados por contato direto com o Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão. Estimativas dos custos da SMS-Rio, com aquisição, logística e dispensação de 25 medicamentos, restritas ao ano de 2012, foram realizadas. No período ocorreu forte expansão do Programa ATFP, tanto de unidades credenciadas, como de municípios cobertos, de 750% e 528%, respectivamente. Gastos federais com medicamentos no ATFP foram de aproximadamente R\$ 3,4 bilhões, em valores ajustados para 31/12/2012. Houve inversão do fluxo dos pagamentos para entidades com matriz fora das capitais, representando aumento da capilaridade do Programa, e relativa concentração de pagamentos em grandes redes varejistas. No município do Rio de Janeiro, estes gastos foram superiores a R\$ 260 milhões e, desde 2008, são maiores que as transferências do MS para aquisição de medicamentos básicos. Custos comparativos entre o menor Valor de Referência (VR) do Programa ATFP, e o custo estimado por UF na SMS-Rio dos medicamentos mostrou-se, na média geral, quase 255% vezes maior que o custo municipal. A comparação de custo foi mais favorável à SMS-Rio em 20 dos 25 itens comuns. Simulação considerando a demanda de cada medicamento consumido pela SMS-Rio em 2012 mostrou que, se a municipalidade os adquirisse pelo menor VR, incorreria em mais de R\$ 95 milhões no custo global para os mesmos 25 produtos. O programa ministerial representou melhoria no acesso a medicamentos, mas os gastos expressivos repercutem em sua interface com o sistema descentralizado de financiamento da assistência farmacêutica. Alguns dos VR poderiam ser objetos de exame e avaliação, frente aos custos sistematicamente mais favoráveis nos valores levantados para a SMS-Rio.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Custos e Análise de Custo. Custos de Medicamentos. Programas Governamentais. Programa Farmácia Popular do Brasil.

ABSTRACT

Silva, R.M. "Aqui Tem Farmácia Popular" Program: Expansion between 2006-2012 and comparison with the costs of pharmaceutical services at the Municipal Health Secretariat at Rio de Janeiro. 2014. 324f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

In 2004, Brazil's government announced at the federal level a new mechanism to improve the Brazilian population's access to medicines. The policy called "Popular Pharmacy Program" (PPPB) provides a list of medicines subsidized by the government. This is a copayment provision model for medicines, additionally to the previous existent access to medicines mechanisms. The PPPB can be divided in three models: on public sector, called own network, the expansion to the private sector in 2006 (public-private partnership with the retail pharmacy sector called "Aqui Tem Farmácia Popular" (ATFP) and finally the 100% subsidy in 2011 in all pharmacies under the program to medicines and products to hypertension, diabetes and asthma. This study examined the "Aqui tem Farmácia Popular" Program, analyzing it comparatively towards the public provision on the Municipal Health Secretariat at Rio de Janeiro county (SMS-Rio), considering the financial burden in each model. Secondary datasets were obtained to assess the Federal spending of Ministry of Health (MoH) on payments ATFP Program such as the National Health Fund and Living Support Strategic Management, from 2006 to 2012. Data on total amount medicines expenditures, profile of the patients and pharmaceutical units (PU) dispensed were mapped by direct contact with the Electronic System Information Service Citizen. Information on acquisition, logistics and dispensing of twenty five medicines, restricted to the year 2012 were performed in order to estimate the cost of SMS-Rio. In the period 2006-2012 there was a strong expansion of the ATFP program, both accredited units such as municipalities covered with a growth of 750 % and 528 %, respectively. Federal spending on medicines in ATFP during this period were approximately R\$ 3.4 billion, with reversal of flow of payments to entities outside the capital, an increase of capillary Program, and relative concentration of payments in large retailers matrix. In the city of Rio de Janeiro, these expenses were higher than R\$ 260 million. Since 2008, the amount invested in the public-private partnership by the Federal level is superior on the investments on the acquisition of basic medicines on the "traditional" procurement process. Comparative costs between the lowest reference value (RV) ATFP program, corresponding to the maximum paid by MoH less taxes, and the estimated cost for PU in SMS-Rio of medicines showed up on the average, under the program the cost is around 255% greater than the municipal cost. The relation on cost was favorable to the the SMS-Rio in 20 of 25 common items. Simulation considering the demand of each drug consumed by SMS-Rio in 2012 showed that if the municipality acquired by the lowest RV, increased more than R\$ 95 million in total cost for the same 25 products. The Ministerial Programme has improved access to medicines, but spending significant repercussions in its interface with the decentralized system of financing of pharmaceutical services. Reference Value could be objects of study and assessment review, compared to systematically better cost values raised to SMS-Rio.

Keywords: Pharmaceutical Services, Costs and Cost Analysis, Drug Costs, Government programs. Popular Pharmacy Program.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Ciclo da Assistência Farmacêutica.....	38
Figura 2	Modelo teórico do acesso aos medicamentos.....	42
Figura 3	Matriz conceitual de acesso a medicamentos na perspectiva do sistema de saúde.....	47
Figura 4	Principais marcos legais e institucionais na Assistência Farmacêutica brasileira.....	54
Figura 5	Competências dos níveis de gestão no Componente Estratégico	69
Figura 6	Planta baixa da Farmácia de Clínica da Família.....	89
Figura 7	Fluxo de abastecimento de medicamentos SMS-Rio.....	96
Figura 8	Modelo lógico-conceitual proposto aos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro.....	99
Figura 9	Principais funções do sistema logístico.....	114
Figura 10	Linha do tempo do PFPB.....	135
Figura 11	Configuração atual do Programa Farmácia Popular do Brasil.....	135
Figura 12	Configuração da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil.....	137
Figura 13	Distribuição das Farmácias/Drogarias privada do Programa Farmácia Popular no município do Rio de Janeiro.....	165

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Frequência de pessoas com acesso gratuito a medicamentos, segundo décimos de renda domiciliar per capita, ano de 2008.....	44
Gráfico 2	Evolução dos recursos por habitante no custeio da AF básica, em valores correntes.....	74
Gráfico 3	Número de farmácias em funcionamento e de municípios cobertos com a Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil.....	140
Gráfico 4	Evolução nacional de número de beneficiários do “Saúde Não Tem Preço”, 2011 e 2012.....	146
Gráfico 5	Número de farmácias e de municípios cobertos pelo Programa Aqui Tem Farmácia Popular.....	151
Gráfico 6	Número de usuários atendidos pelo Aqui Tem Farmácia Popular, entre 2006 a 2012.....	152
Gráfico 7	Variação dos valores de referência no ATFP.....	159
Gráfico 8	Evolução de beneficiários do “Saúde Não Tem Preço”, no Município do Rio de Janeiro entre janeiro e julho de 2012.....	162
Gráfico 9	Distribuição de usuários atendidos no Programa Aqui Tem Farmácia Popular, no Estado e Município do Rio de Janeiro, entre 2006 – 2012.....	164
Gráfico 10	Distribuição percentual dos pagamentos efetuados pelo MS no Programa ATFP, por região, entre 2006 e 2012.....	174
Gráfico 11	Distribuição percentual dos pagamentos efetuados pelo MS no Programa ATFP aos estabelecimentos credenciados e sediados na capital dos estados, entre 2006-2012.....	175
Gráfico 12	Custos da SMS-Rio estimados com a dispensação nas farmácias segundo componentes de custo, em 2012.....	224
Gráfico 13	Contribuição dos componentes de custos no valor total por UF dos medicamentos do elenco comum ao Programa ATFP, ano base 2012 (em R\$).....	227

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Síntese das Diretrizes e Prioridades da Política Nacional de Medicamentos.....	34
Quadro 2	Eixos estratégicos da PNAF.....	37
Quadro 3	Conjunto de ações técnicas gerenciais e assistenciais.....	40
Quadro 4	Estratégias de controle gasto com medicamentos nos sistemas de saúde.....	48
Quadro 5	Tipos de copagamento de Medicamentos.....	49
Quadro 6	Características dos modelos de financiamento de medicamentos.....	63
Quadro 7	Critérios para avaliação do financiamento de medicamentos.....	64
Quadro 8	Características e responsabilidades de financiamento no CEAF.....	71
Quadro 9	Valores mínimos no financiamento do CBAF, segundo a Portaria 1.555/2013.....	72
Quadro 10	Características e responsabilidades de financiamento da AF no Brasil	75
Quadro 11	Eixos e Objetivos do Programa QUALIFAR-SUS.....	77
Quadro 12	Fatores para o cálculo do preço máximo ao consumidor.....	83
Quadro 13	Rede de serviços de APS na SMS-Rio.....	86
Quadro 14	Principais características das unidades A, B e C, segundo modelos de atenção das unidades de APS no município do Rio de Janeiro.....	87
Quadro 15	Valores do IPCA entre 2006-2012.....	108
Quadro 16	Elenco de Medicamentos comuns cobertos no ATFP e adquiridos pela SMS-Rio, com respectiva unidade farmacotécnica.....	111
Quadro 17	Descrição das despesas e unidades de custos da operação logística terceirizada pela SMS-Rio.....	116
Quadro 18	Relação de funcionários dos Serviços Farmacêuticos na SMS-Rio, ano base 2012.....	119
Quadro 19	Valores anuais apurados dos custos administrativos das farmácias e respectivos critérios de rateio empregados, ano base 2012.....	124
Quadro 20	Relação de atos legais no RP/PFPB.....	139
Quadro 21	Elenco e período de incorporação de medicamentos no ATFP.....	149
Quadro 22	Relação de atos legais no PFPB - Aqui Tem Farmácia Popular.....	150
Quadro 23	Síntese das características de funcionamento do PFPB.....	157
Quadro 24	Número de farmácias da ATFP do PFPB no Brasil, Estado e Município do Rio de Janeiro, 2006-2012.....	162

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Vendas da indústria farmacêutica no Brasil no período 2006-2012, em Reais (R\$), Dólares (US\$) e em unidades (caixas).....	57
Tabela 2	Evolução da aplicação dos recursos para o custeio per capita/ano da AF na atenção básica, em valores correntes.....	73
Tabela 3	Elementos de custo e medidas de rateio (em R\$) na operação logística da SMS-Rio, ano base 2012.....	117
Tabela 4	Estimativa dos salários de referência dos profissionais da Administração Direta Municipal, em reais de 2012.....	120
Tabela 5	Estimativa dos salários de referência dos profissionais da saúde vinculados às Organizações Sociais, em R\$ de 2012.....	121
Tabela 6	Relação de Mobiliário e equipamentos das Farmácias (em R\$).....	123
Tabela 7	Transferência de recursos financeiros para a Rede Própria do Programa Farmácia Popular, entre 2004-2012, em valores correntes (em R\$).....	142
Tabela 8	Número de usuários atendidos, dotação orçamentária e valores de ressarcimento recebidos na Rede Própria gerida pela Fiocruz (em R\$).....	143
Tabela 9	Distribuição dos usuários atendidos do Programa ATFP segundo o gênero.....	153
Tabela 10	Variação dos valores de referência praticados no ATFP, entre 2006 – 2013.....	158
Tabela 11	Número de farmácias da Rede Própria do PFPB no Brasil, Estado e Município do Rio de Janeiro.....	161
Tabela 12	Distribuição de estabelecimentos com CNPJ cadastrado no FNS do Programa ATFP, entre 2006-2012.....	169
Tabela 13	Pagamentos efetuados aos estabelecimentos pelo Ministério da Saúde no ATFP, no período 2006-2012 (em R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	170
Tabela 14	Pagamentos realizados pelo MS no ATFP, segundo os Estados dos estabelecimentos, entre 2006-2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	171
Tabela 15	Pagamentos do MS no Programa ATFP, segundo região dos estabelecimentos cadastrados com CNPJ (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	173
Tabela 16	Principais estabelecimentos que receberam maiores valores de pagamentos pelo MS no período 2006-2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	176

Tabela 17	Pagamentos no Programa ATFP e repasse no Componente Básico da AF pelo Ministério da Saúde no Brasil, no período 2006 a 2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	178
Tabela 18	Pagamentos com medicamentos pelo Ministério da Saúde no Programa ATFP, entre 2006-2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	180
Tabela 19	Cinco medicamentos de maior valor de pagamento pelo MS no Programa ATFP, no período 2006-2012, por ano de aquisição (em R\$, valores corrigidos a 31 de dezembro de 2012).....	183
Tabela 20	Gastos com medicamentos do Ministério da Saúde com pagamentos no Programa ATFP no Brasil, segundo indicação de uso, entre 2006-2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	184
Tabela 21	Quantidade de unidades farmacotécnicas de medicamentos autorizadas para pagamento pelo Ministério da Saúde no Programa ATFP, no período 2006-2012.....	186
Tabela 22	Pagamentos do MS/Programa ATFP aos estabelecimentos nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, de 2006 a 2009, em valores correntes e corrigidos para 31 de dezembro de 2012.....	188
Tabela 23	Pagamentos do MS/Programa ATFP aos estabelecimentos nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, de 2006 a 2012 (em valores corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	189
Tabela 24	Principais estabelecimentos com recebimento de pagamentos do MS/Programa ATFP, entre 2006-2012 no Estado do Rio de Janeiro (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	194
Tabela 25	Gastos do MS/ATFP com pagamentos aos estabelecimentos sediados no município do Rio de Janeiro, entre 2006-2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	195
Tabela 26	Pagamentos do MS/Programa ATFP exclusivamente com medicamentos no município do Rio de Janeiro (em R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	196
Tabela 27	Gastos do MS/Programa ATFP exclusivamente com medicamentos no Município do Rio de Janeiro, entre 2006-2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	197
Tabela 28	Gastos do MS/Programa ATFP exclusivamente com medicamentos no Município do Rio de Janeiro, segundo indicação de uso, entre 2006-2012 (em mil R\$, corrigido para 31 de dezembro de 2012).....	199
Tabela 29	Quantidade de unidades farmacotécnicas de medicamentos pagas pelo MS/Programa ATFP no município do Rio de Janeiro, no período 2006-2012.....	201
Tabela 30	Gastos do MS/Programa ATFP e repasses do MS ao CBAF no Município do Rio de Janeiro 2006 a 2012 (em mil R\$, em valores correntes e corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	203
Tabela 31	Pagamentos por habitante do MS/Programa ATFP no Município do Rio de Janeiro, no período 2006-2012 (em R\$ e valores correntes).....	204

Tabela 32	Gastos com aquisição de medicamentos da SMS-Rio no período 2006-2012 (em R\$ valores correntes e corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	206
Tabela 33	Gastos da SMS-Rio com aquisição de medicamentos segundo o ambiente principal de uso, no período 2006-2012 (em R\$ corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	207
Tabela 34	Gastos da SMS-Rio com aquisição de medicamentos do elenco comum e do total de medicamentos da APS comparadas ao volume de recursos pagos pelo MS/Programa ATFP (em R\$ corrigidos para 31 de dezembro de 2012).....	208
Tabela 35	Gastos da SMS-Rio com aquisição do elenco comum do MS/Programa ATFP, no período 2006-2012 (em R\$, valores corrigidos a 31 de dezembro de 2012).....	210
Tabela 36	Principais itens de gastos da SMS-Rio com medicamentos do rol comum do MS/Programa ATFP, entre 2006-2012 (em R\$, valores corrigidos a 31 de dezembro de 2012).....	213
Tabela 37	Número de unidades farmacotécnicas de medicamentos adquiridos pela SMS do rol comum com o Programa ATFP, no período 2006 a 2012.....	215
Tabela 38	Comparativo entre o VR do rol comum de medicamentos do MS/Programa ATFP e seu custo de aquisição pela SMS-Rio, ano base 2012.....	218
Tabela 39	Custos logísticos e de dispensação da SMS-Rio por UF com medicamentos do rol comum do Programa ATFP, ano base 2012 (em R\$).....	222
Tabela 40	Valor de custo estimado da unidade farmacotécnica de cada medicamento da SMS-Rio, do elenco comum ao Programa ATFP, ano base 2012 (em R\$).....	226
Tabela 41	Comparações entre custos da SMS-Rio e Valor de Referência por UF do elenco comum de medicamentos do Programa ATFP, 2012.....	229
Tabela 42	Custos da SMS-Rio e Valor de Referência por UF do elenco comum de medicamentos do Programa ATFP, 2012.....	230
Tabela 43	Comparativo dos custos estimados para as farmácias básicas municipais do trabalho de Carraro e Mengue (2013) e para a SMS-Rio por medicamentos selecionados.....	233
Tabela 44	Comparativo das diferenças percentuais entre os VR pagos pelo MS e os custos estimados para as farmácias básicas e para a SMS-Rio por medicamentos selecionados.....	234
Tabela 45	Simulação dos Gastos da SMS-Rio considerando seus custos segundo os Valores de Referência do Programa ATFP, para os medicamentos do rol comum em 2012 (em R\$).....	235

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCFARMA	Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico
ABRAFARMA	Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias
AF	Assistência Farmacêutica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP	Área de Planejamento
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
APS	Atenção Primária em Saúde
ATFP	Aqui Tem Farmácia Popular
CAMED	Câmara de Medicamentos
CAP	Coordenação de Área de Planejamento
CAP	Coeficiente de Adequação de Preço
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEF	Caixa Econômica Federal
CEME	Central de Medicamentos
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNMAF	Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	COFINS
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CRM	Conselho Regional de Medicina

DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DOU	Diário Oficial da União
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBRAFAR	Federação Brasileira das Redes Associativistas de Farmácias
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INTERFARMA	Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IVB	Instituto Vital Brazil
LAFEPE	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NAFCAP	Núcleo Regional de Assistência Farmacêutica das Coordenações de Área
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organizações Sociais
PAC	Pesquisa Anual do Comércio
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PD	Preço de Dispensação
PF	Preço de Fábrica
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIS	Programa de Integração Social
PM	Prescrição Médica

PMC	Preço Máximo ao Consumidor
PMVG	Preço Máximo de Venda ao Governo
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
QUALIFAR-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RP	Rede Própria
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SIGMA	Sistema de Gestão de Materiais
SINDUSFARMA	Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos do Estado de São Paulo
SISMED	Sistema de Controle e Planejamento e Distribuição de Materiais
SMS-Rio	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UF	Unidade Farmacotécnica
URM	Uso Racional de Medicamentos
VR	Valor de Referência

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	21
1	POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	28
1.1	Política Nacional de Medicamentos.....	29
1.2	Política Nacional de Assistência Farmacêutica.....	35
1.3	Acesso a medicamentos.....	41
1.4	Copagamento de medicamentos como estratégia de compartilhamento de custos.....	48
1.5	Panorama atual da Assistência Farmacêutica no Brasil.....	50
1.6	Setor farmacêutico brasileiro.....	55
1.6.1	<u>Comércio farmacêutico.....</u>	<u>58</u>
2	FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	62
2.1	Financiamento de medicamentos: aspectos gerais.....	62
2.2	Organização do Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.....	68
2.2.1	<u>Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.....</u>	<u>68</u>
2.2.2	<u>Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).....</u>	<u>70</u>
2.2.3	<u>Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).....</u>	<u>71</u>
3	REGULAÇÃO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS NO BRASIL.....	78
3.1	Preço Máximo ao Consumidor e Preço de Fábrica.....	81
3.2	Compras públicas.....	83
4	ATENÇÃO PRIMÁRIA E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO.....	85
4.1	Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.....	85
4.2	Organização da Assistência Farmacêutica no contexto municipal da SMS-Rio.....	90
4.2.1	<u>Seleção de Medicamentos.....</u>	<u>91</u>
4.2.2	<u>Programação de medicamentos.....</u>	<u>92</u>
4.2.3	<u>Aquisição de medicamentos.....</u>	<u>93</u>
4.2.4	<u>Armazenamento de medicamentos.....</u>	<u>94</u>
4.2.5	<u>Distribuição de medicamentos.....</u>	<u>95</u>

4.2.6	<u>Prescrição, dispensação e utilização</u>	96
5	OBJETIVOS	100
5.1	Objetivo geral	100
5.2	Objetivos específicos	100
6	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	101
6.1	Tipo de estudo	101
6.2	Período de análise	101
6.3	Lócus do estudo	102
6.4	Etapas do estudo	103
6.4.1	<u>Revisão bibliográfica e análise documental</u>	104
6.4.2	<u>Levantamento e análise do comportamento dos gastos federais com a modalidade de provisão Aqui Tem Farmácia Popular</u>	106
6.4.3	<u>Análise dos gastos com aquisição pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro dos medicamentos do rol comum com Programa Aqui Tem Farmácia Popular</u>	110
6.4.4	<u>Estimativas dos custos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro relacionados à logística e dispensação dos medicamentos do rol comum com o Programa Aqui Tem Farmácia Popular</u>	114
6.4.5	<u>Cálculo do custo para a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro por unidade farmacotécnica dos medicamentos do rol comum com Programa Aqui Tem Farmácia Popular</u>	125
6.4.6	<u>Comparação do Valor de Referência do Programa Aqui Tem Farmácia Popular e Custo incorrido pela SMS-Rio por unidade farmacotécnica dos medicamentos do rol comum</u>	126
6.5	Aspectos éticos	128
7	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: CARACTERÍSTICAS HISTÓRICAS E EVOLUTIVAS	129
7.1	Antecedentes do Programa	129
7.2	Programa Farmácia Popular do Brasil e suas vertentes	132
7.3	Programa Farmácia Popular do Brasil: “Rede Própria”	136
7.4	Programa Farmácia Popular do Brasil: “Saúde Não Tem Preço”	144
7.5	Programa Farmácia Popular do Brasil: “Aqui tem Farmácia Popular” ..	147
7.6	Valor de Referência no Aqui Tem Farmácia Popular	155

7.6.1	<u>Comportamento dos Valores de Referência.....</u>	158
7.7	O Programa Farmácia Popular do Brasil no Estado e município do Rio de Janeiro.....	160
8	GASTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE COM A VERTENTE AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL.....	167
8.1	Gastos do Ministério da Saúde com o Programa ATFP segundo estabelecimentos credenciados.....	167
8.2	Gastos do Ministério da Saúde com o Programa ATFP segundo elenco de medicamentos.....	177
8.3	Gastos do Ministério da Saúde com o Programa ATFP no Estado e Município do Rio de Janeiro.....	188
8.3.1	<u>Gastos do Ministério da Saúde com o Programa ATFP segundo Distribuição Geográfica dos Estabelecimentos.....</u>	188
8.3.2	<u>Gastos do Ministério da Saúde com o Programa ATFP segundo os Estabelecimentos Credenciados.....</u>	194
8.3.3	<u>Gastos do Ministério da Saúde com o Programa ATFP segundo elenco de medicamentos.....</u>	195
9	GASTOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO COM A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO ELENCO COMUM COM O PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR.....	206
10	ESTIMATIVAS DOS CUSTOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO COM MEDICAMENTOS DO ROL COMUM E COMPARAÇÃO COM VALORES DE REFERÊNCIA DO PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR.....	221
10.1	Estimativas dos custos logísticos e de dispensação da SMS-Rio com medicamentos do rol comum.....	221
10.2	Estimativa dos custos totais da SMS-Rio por unidade farmacotécnica com medicamentos do rol comum.....	225
10.3	Comparações entre os Custos da SMS e Valores de Referência do Programa Aqui Tem Farmácia Popular.....	228
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	237
	REFERÊNCIAS.....	252

APÊNDICE A — Termo de Cessão de Dados.....	267
APÊNDICE B — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	268
APÊNDICE C — Artigos referentes ao trabalho da tese.....	269
ANEXO A — Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social/UERJ.....	304
ANEXO B — Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.....	306
ANEXO C — Lista de Medicamentos da Rede Própria.....	307
ANEXO D — Lista de Medicamentos e Valores de Referência do Programa ATEP.....	310
ANEXO E — Lista dos endereços dos estabelecimentos credenciados do Programa Aqui Tem Farmácia Popular no município do Rio de Janeiro.....	312

INTRODUÇÃO

Este estudo teve por foco o segmento privado do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), implantando pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006, denominado em 2010 como Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP). Buscou-se aprofundar três elementos: (1) a organização e o funcionamento do Programa e, em especial, desse segmento específico; (2) o perfil dos gastos desembolsados pelo MS na sua consecução desde a implantação e a preocupação com as repercussões financeiras e a sustentabilidade do Programa; (3) uma análise dos preços de referência dos medicamentos praticados nesta Política frente ao modelo público de dispensação de medicamentos na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio).

Como os princípios da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) consagraram a perspectiva da saúde enquanto um direito de cidadania, subjacente a este contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS), por intermédio de sua estrutura ético-doutrinária, visa garantir assistência integral para a totalidade da população, de forma equânime. Neste panorama, destaca-se o medicamento, insumo estratégico nas ações de saúde.

No cenário sanitário brasileiro, contudo, ainda persistem iniquidades em saúde decorrentes, dentre outras, da ausência e/ou escassez no acesso a bens e serviços de saúde, dentre eles o medicamento, devendo ser um objetivo precípua das políticas de saúde a melhoria no seu acesso e uso. E mais: mesmo após os catorze anos da publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), documento relevante que trouxe subsídios de qualificação ao acesso, inúmeros problemas fragilizam sua plena efetivação.

Conforme destacam Santos-Pinto; Costa e Osório-de-Castro (2011), a estratégia da descentralização da Assistência Farmacêutica (AF) desenvolvida na organização do SUS objetivava reduzir desigualdades em um país continental, delegando aos entes subnacionais diversas responsabilidades e competências de atuação, seguindo a dinâmica federativa brasileira. Em meio a esse movimento, desenvolveram-se as ações de AF, que se iniciaram por meio da implantação das Normas Operacionais Básicas e, posteriormente, estiveram pautadas nas Diretrizes da PNM, na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e, mais recentemente, no Pacto de Gestão de 2006.

Estas diversas normativas, entretanto, não lograram seu pleno intento. Nesse sentido, os autores citados referem que a descentralização possa não ter sido resolutive para a questão do acesso aos medicamentos. Embora tenha trazido para os gestores subnacionais a responsabilidade de gestão do ciclo da AF, não são todos os estados e municípios que vêm alcançando sucesso em executar essas atividades de forma satisfatória.

Inúmeros estudos (GUERRA JR *et al.*, 2004; HELFER *et al.*, 2012; OPAS, 2005) têm apontado fragilidades no acesso e uso de medicamentos no Brasil, demonstrando que mesmo aqueles classificados como essenciais não estão disponíveis nos serviços de saúde, penalizando cidadãos que dependem e necessitam destes insumos.

Sobre o mesmo ponto, Messeder, Osorio-de-Castro e Luiza (2005) salientam a questão da judicialização com medicamentos, que figuram como principal objeto de processos na justiça. Mesmo que muitos destes se refiram a produtos, em sua maioria, de alto custo, também são encontrados mandados relativos a medicamentos de uso principal na Atenção Primária em Saúde (APS).

Outro aspecto substancial refere-se à elevação dos gastos privados das famílias brasileiras com medicamentos, que despendem recursos financeiros de forma expressiva com sua compra direta. Os dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) de 2003 e de 2008-2009 demonstraram o impacto que os medicamentos causam nos orçamentos familiares, cujo gasto médio mensal familiar *per capita* com estes bens, pelos décimos de renda familiar, mostra ainda que as famílias mais pobres proporcionalmente comprometem muito mais seu orçamento na aquisição de fármacos. E, mesmo sobre aquelas famílias de maior renda, estes produtos farmacêuticos também representavam importância significativa (IBGE, 2010, 2004).

As situações apontadas como fragilidades¹ no acesso da população aos produtos farmacêuticos levaram o MS a desenvolver, a partir de 2004, uma ação até então inédita. O Governo Federal, através da Lei nº 10.858/04, autorizou a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a disponibilizar medicamentos, mediante o ressarcimento de

¹ Em que pesem as deficiências apontadas, é preciso destacar a presença de alguns avanços em programas que têm bom desempenho no contexto da assistência farmacêutica: a disponibilidade de produtos imunobiológicos no Programa Nacional de Imunizações e a política de distribuição de medicamentos aos portadores do HIV/AIDS.

seus custos de produção ou aquisição, com vistas ao acesso a produtos básicos e essenciais a baixo custo, viabilizando melhorias na provisão de medicamentos, inclusive a atendida pelos serviços privados de saúde (BRASIL, 2004a).

Nessa lógica, foi instituído o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), inicialmente por meio de uma rede estatal chamada “Farmácia Popular do Brasil”, gerida pela Fiocruz, incluindo a possibilidade de realização de parcerias com outras instituições públicas, visando à ampliação do quantitativo de unidades (BRASIL, 2004b). Esse conjunto de farmácias sob a coordenação da Fundação é atualmente denominada “Rede Própria” (RP).

Em 2006, foi iniciado o processo de expansão do PFPB, utilizando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção, distribuição e varejo), por meio de parcerias com o setor privado varejista farmacêutico, vertente posteriormente denominada “Aqui tem Farmácia Popular” (ATFP). Essa ampliação correspondeu ao credenciamento de farmácias e drogarias que, inicialmente, passaram a disponibilizar, por meio de copagamento dos usuários, medicamentos para tratamento do diabetes e da hipertensão e, ao longo dos anos, foram se expandindo em sua cobertura de produtos (BRASIL/MS, 2006a).

Novas mudanças no funcionamento desse Programa ocorreram em 2011, quando os medicamentos para tratamento da hipertensão arterial e/ou diabetes passaram a ser fornecidos sem a necessidade de copagamento, que o MS caracteriza institucionalmente como gratuidade². A partir de 2012, o elenco para tratamento da asma também passou a ser isento de coparticipação de desembolso no momento da aquisição.

Embora alguns trabalhos já tenham se voltado a examinar historicamente o Programa Farmácia Popular do Brasil (FERREIRA, 2006; JUNGES, 2009; PEREIRA, 2013; PINTO, 2008), estudos relacionados ao exame detalhado dos gastos governamentais com sua execução encontram-se ausentes na produção científica nacional. Limitam-se, quando muito, a trazer informações esparsas referentes a dispêndios, dentro de investigações conduzidas com outras motivações (BUENO; MOREIRA; OLIVEIRA, 2012; SANTOS-PINTO et al, 2010; SANTOS-PINTO; COSTA;

² O termo gratuito tem sido empregado nas portarias do Programa e adotado amplamente nos documentos de divulgação do MS. Nesse trabalho, será designado para medicamentos que passaram a ser fornecidos sem a necessidade de qualquer desembolso pelos usuários no ato de sua aquisição, ou seja, isentos de copagamentos.

OSORIO-DE-CASTRO, 2011; CARRARO; MENGUE, 2013). Essa lacuna é importante de ser preenchida, dado que os dispêndios executados pelo PFPB, em 2012, já superavam o montante de repasses da contrapartida federal para o financiamento da assistência farmacêutica básica (R\$ 1.293.876.623,42 *versus* R\$ 977.700.913,64). As expansões mais recentes do Programa e os debates existentes em torno de sua vertente sobre a parceria com o setor privado são outros elementos que apontam para a necessidade e urgência de um exame mais sistemático e detalhado desse Programa.

Não bastasse isso, nesse cenário de expansão, relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) sobre auditoria realizada para avaliar a operacionalização do Programa FPB (BRASIL/TCU, 2011), suscitou o debate em torno das diferenças dos preços encontrados em licitações públicas com aqueles praticados por este Programa. Como exemplo dessas diferenças, o documento final faz menção, por exemplo, ao medicamento Captopril 25 mg que, de acordo com a metodologia desenvolvida, tem preço de licitação 2.507% menor³ frente ao valor de referência (VR), que é a base para os pagamentos do MS ao comércio credenciado.

O relatório⁴ de auditoria do TCU disponibilizou informações comparativas de preços entre o setor público e os VR adotados no PFPB. Apontou a existência de grandes disparidades entre o preço mediano de aquisição do medicamento em um conjunto de secretarias municipais de saúde e o VR afixado pelo MS, alertando, contudo, que a simples comparação de preços de licitação não seria suficiente para distinguir “se um programa é mais custo-efetivo que o outro, até porque importa observar outros custos envolvidos na logística de armazenamento, transporte e distribuição dos produtos” (BRASIL/TCU, 2011, p. 5). A esse respeito, o relatório ressaltou:

³ A esse respeito, vale lembrar que os preços de licitação, como é o caso daqueles a que se tem acesso no Banco de Preços em Saúde do MS corresponde apenas aos valores de aquisição pelos entes, impossibilitando comparações diretas com os Valores de Referência.

⁴ Como metodologia, este relatório de auditoria realizou diligências junto a 26 secretarias municipais de saúde que informaram o preço unitário da última aquisição direta de medicamentos com a mesma apresentação daqueles financiados pela Farmácia Popular.

[...] o procedimento de aquisição de medicamentos pelo Programa, que dispensa o poder de comprador de grande porte à disposição do governo. No Brasil, esse poder é utilizado pelo Programa Farmácia Básica, que adquire os mesmos medicamentos via licitação, alguns deles com preços significativamente inferiores ao valor de referência do Programa Farmácia Popular – Sistema de Copagamento [...]. Contudo, sob esse aspecto, o Ministério da Saúde não apresenta estudos que justifiquem o custo-efetividade do programa como estratégia complementar à Farmácia Básica. (BRASIL/TCU, 2011, p. 5)

Esta tese foi inicialmente motivada pela observação anterior propalada pelo TCU, da discrepância entre os valores de referência praticados no PFPB *vis-à-vis* ao preço de aquisição no setor público. A partir desta, surgiram outras indagações: como vem se apresentando o repasse do MS relativo ao financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, em comparação aos gastos com esse Programa? Seriam os preços pagos pelo Governo Federal por este rol de medicamentos na vertente Aqui Tem Farmácia Popular tão díspares assim? Existiriam diferenças entre esses valores pelos vários medicamentos que compõem o elenco dessa vertente do Programa?

Assim, além de se debruçar sobre a organização do Programa e a análise dos gastos federais associados, buscou-se também estabelecer parâmetros de comparação entre os gastos com o segmento privado do Programa, isto é, com o valor de referência do elenco de medicamentos cobertos e custos relativos a estes por um ente municipal. Desse modo, para tal avaliação, foram estimados e agregados, aos custos das aquisições, aqueles decorrentes da cadeia de distribuição e dispensação de um gestor municipal específico — no caso em tela, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio).

Esta Secretaria possui um histórico reconhecido de eficiência na aquisição de medicamentos (BRASIL/CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000; ZAIRE, 2008) e foi uma das primeiras no Brasil a realizar compras utilizando a modalidade de concorrência com registro de preços. Além disso, possui uma rede grande de serviços de saúde, de complexidade variável, e tem se destacado recentemente pela expansão da atenção primária à saúde via implantação da Estratégia da Saúde da Família.

Na escolha dessa secretaria específica, em adição a estes elementos mencionados, foi também determinante o fato de que nela atuei como gerente da Assistência Farmacêutica municipal durante mais de dez anos, o que me possibilitou

adquirir um conhecimento do setor e dos serviços que pode ser proveitoso para as estimativas e as considerações adequadas.

Assim, o desenvolvimento do presente estudo teve como base central examinar o modelo de provisão de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil na versão do setor privado – Aqui tem Farmácia Popular –, apresentando elementos históricos e evolutivos de sua organização, comparando-o ao sistema de provisão público tradicional praticado na Secretaria Municipal citada, com vistas a avaliar seus custos para os setores públicos envolvidos e discutir suas compatibilidades frente às diretrizes das Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica.

Esta tese encontra-se estruturada em onze capítulos, além dessa introdução. O capítulo 1 aborda a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, trazendo elementos característicos presentes em cada uma delas. Além disso, apresenta algumas especificidades do acesso a medicamentos e do setor farmacêutico brasileiro, contextualizando, com alguns dados do mercado, o setor varejista nacional, estratégico na operacionalização do Programa Farmácia Popular do Brasil. O capítulo disposto em sequência é dedicado ao financiamento da Assistência Farmacêutica, que representa uma dimensão crítica para as políticas farmacêuticas. A regulação de preços dos medicamentos no cenário brasileiro é objeto do capítulo 3, com destaque para a metodologia de preço aplicada no cenário da aquisição pública. O capítulo seguinte contextualiza a organização e gestão da rede de serviços de saúde da SMS-Rio, principalmente com relação à atenção primária em saúde e à organização da AF, essa última delineada sinteticamente de acordo com as etapas do seu ciclo. Os capítulos 5 e 6 expõem, respectivamente, os objetivos do estudo e a metodologia utilizada. Os resultados foram trazidos em quatro capítulos. O de número 7, contextualiza o modelo de provisão inerente ao Programa Farmácia Popular do Brasil e suas vertentes de funcionamento, bem como explora a expansão ocorrida ao longo de sua existência até 2012. O seguinte centra-se em trazer os dispêndios do Ministério da Saúde com a modalidade “Aqui tem Farmácia Popular”, a partir de 2006, ano de sua criação. O capítulo 9 aborda os gastos da SMS-Rio com aquisição de medicamentos de 2006 a 2012. O último capítulo traz as estimativas dos custos municipais com as demais etapas do ciclo da AF e estabelece algumas comparações de custos relativas ao rol de medicamentos comuns entre Programa ATFP e a SMS-Rio. A seguir, finaliza-se o trabalho com a exposição das considerações finais. Concluiu-se que a expansão e a capilarização geográfica do

ATPF, bem como o crescente volume de gastos relacionado ao seu financiamento pelo MS, são elementos que favorecem ao aumento do acesso aos medicamentos inseridos nessa modalidade. Ao mesmo tempo, evidenciou-se que, comparativamente, os custos por unidade farmacotécnica⁵ (UF) do rol comum de 25 medicamentos providos pela SMS-Rio são, modo geral, bastante menores que os valores de referência estipulados aos mesmos nas portarias ministeriais, apontando para a necessidade de outros estudos e preocupações relativas à sustentabilidade da provisão pública de medicamentos no Brasil.

⁵ Segundo as resoluções publicadas pela CMED, unidade farmacotécnica é a fração unitária do medicamento, correspondente a um frasco-ampola, uma ampola, uma seringa preenchida, um flaconete, um sachê, um envelope, um comprimido, uma cápsula, um óvulo vaginal, uma drágea, um adesivo transdérmico, um supositório ou outro acondicionamento ou forma farmacêutica permitidos pela legislação específica.

1 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Políticas públicas são um conjunto de ações governamentais para produzir efeitos específicos⁶, podendo ser uma reunião de regras formuladas por autoridade governamental que expressa a intenção de influenciar, alterar, regular o comportamento individual ou coletivo e, ainda, representar um determinado curso de ações a ser seguido por um corpo governamental ou um governo (SOUZA, 2007).

Ademais, políticas públicas trazem a perspectiva de intervenção na realidade social, que se desenvolve a partir das esferas públicas da sociedade e não no plano privado ou interno das instituições ou organizações. Também não se reduzem às políticas estatais ou de governo, podendo envolver a participação de organizações privadas ou não governamentais, sempre que preservado o caráter público.

A formulação de políticas é “o estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (SOUZA, 2007, p. 69). Essa definição de políticas desenvolve-se mediante a adoção de metodologia apropriada, baseada em um processo que favoreça a construção de propostas de forma participativa, e não em um modelo único e acabado. Nesta mesma dimensão, também é destacado que a política pública é um “campo de conhecimento (e de práticas) que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação, quando necessário, propondo mudanças no curso ou rumo dessas ações” (SOUZA, 2007, p. 69).

A operacionalização das políticas, a despeito da complexidade que as cerca, exige o desenvolvimento de processo voltado à elaboração ou à reorientação de planos, projetos e atividades, que permitirão dar consequência prática às políticas. Ainda, permite estabelecer um ‘ciclo da política’, que resulta em modelo que incorpora, de forma linear e ideal, as seguintes fases (PARSONS, 1995):

⁶ Easton (1965) define política pública de uma forma sistêmica, isto é, como uma relação entre formulação, resultados e contexto e que, recebem insumos dos partidos, da mídia, dos grupos de interesse e de diversos atores que influenciam seus resultados e efeitos. Deste modo, a política representa ações governamentais para enfrentar problemas sociais.

- a) identificação do problema e entrada na agenda governamental, ou seja, formulação da política, já que os problemas, muitas vezes não são facilmente definíveis e de fácil solução;
- b) implementação por meio de processos, programas e ações;
- c) avaliação, que implica em verificar se a política ou programa atingiram seus objetivos e metas.

Tendo em mente estes conceitos, a seção a seguir se debruça sobre a Política Nacional de Medicamentos, surgida no final da década de 90, que trouxe à tona questões importantes na agenda de governo e concretude para o desenvolvimento de ações no cenário brasileiro.

1.1 Política Nacional de Medicamentos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) após empreender esforços diversos, tais como a criação de comitês e deliberações internas, disponibilizou o primeiro guia para o desenvolvimento de políticas nacionais de medicamentos em 1988. O objetivo deste documento foi estimular os países a formularem suas políticas internas, adaptando-os às necessidades locais, ao tipo de economia, e outras circunstâncias. Além disso, em suas diretrizes, incorporava o conceito de medicamento essencial, reforçando a dimensão das distintas condições sociais e econômicas entre os países (WHO, 1988).

Ainda, segundo essa Organização, a política nacional de medicamentos é um compromisso com um objetivo e guia para a ação. Ela expressa e prioriza, a médio e longo prazo, metas estabelecidas pelo governo para o setor farmacêutico e identifica as principais estratégias para alcançá-los. Também fornece um quadro em que as atividades do setor farmacêutico podem ser coordenadas, que deve abranger tanto o setor público como privado, envolvendo todos os atores principais no campo farmacêutico, cujos objetivos gerais são a garantia de:

- a) acesso a medicamentos essenciais⁷: disponibilidade equânime e acessibilidade;

⁷ Segundo a WHO (2001), medicamentos essenciais é um conceito chave na PNM, cuja seleção envolve bases de segurança e custo-efetividade, permitindo melhor qualidade e economia. Estes

- b) qualidade dos medicamentos: garantia da qualidade, segurança e eficácia;
- c) uso racional: promoção do uso de medicamentos custo-efetivos e terapeuticamente estabelecidos, por parte dos profissionais de saúde e consumidores (WHO, 2001).

Tomando por base as questões assinaladas, que envolvem especificidades do processo de construção e formulação de políticas, foi formalizada, em 1998, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a primeira no Brasil a vigorar como política setorial no contexto mais amplo das políticas de saúde (LUIZA, 2003, FERREIRA, 2007).

Essa Política expressa “as decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão” (BRASIL/MS, 1998). E, consoante a sua formulação e implementação, tem o papel de:

- Tornar públicas e expressas as intenções do Governo;
- Permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião, em particular, à discussão das propostas de Governo;
- Orientar o planejamento governamental no detalhamento de programas, projetos e atividades;
- Funcionar como orientadoras da ação do Governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis (BRASIL/MS, 1998, p: 7).

Anterior à implementação da PNM, a existência da Central de Medicamentos (CEME) correspondeu a uma fase histórica marcante, cujo caráter centralizador esteve fortemente presente. A Central vigorou entre 1971 e 1997, sendo um ator relevante no cenário aplicado à promoção do acesso a medicamentos.

A CEME foi instituída no governo militar, através do Decreto nº 68.806, de 25 de Junho de 1971 (BRASIL, 1971). Segundo Bermudez (1995), o documento de base para a organização da CEME trazia inúmeros propósitos, como atingir 75% da população com baixo poder aquisitivo.

Esse órgão tinha como objetivo a promoção, organização e o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos àqueles que, por suas condições econômicas, não pudessem adquiri-los, envolvendo também a regulação da produção e da distribuição dos medicamentos produzidos pelos laboratórios oficiais farmacêuticos subordinados ou vinculados aos ministérios militares ou civis (BRASIL, 1971).

limitam o número de fármacos para uso e dispensação, permitindo informações e treinamentos aos profissionais de saúde mais estruturados.

Além disso, Cosendey (2000) destaca que a CEME objetivava desenvolver o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios pilotos.

A CEME, desde seu nascimento, foi influenciada por correntes ideológicas diversas e sujeita a pressões e interesses políticos. Uma vertente, oriunda da área militar, continha um caráter nacionalista, que preconizava a independência do capital estrangeiro, o controle do Estado sobre o setor privado, desejava intervir na assistência à saúde e interferir na produção interna de matérias-primas. O outro extremo, também oriundo do segmento militar, defendia uma forma radicalmente diferente frente à primeira vertente, com caráter não nacionalista, dirigida ao setor empresarial, pelo predomínio do capital transnacional e tinha o objetivo de ampliar o mercado governamental e utilizar a CEME como compradora de medicamentos do setor privado a preços mais baixos (BERMUDEZ, 1995). Entretanto, a Central “funcionou como uma grande licitadora, adquirindo os medicamentos e promovendo sua distribuição nas unidades de atendimento” (LUIZA, 2003, p. 61).

Embora o decreto criador da CEME contivesse a expressão “assistência farmacêutica”, não havia uma definição clara de seu escopo de ação, seus objetivos e do conjunto de atividades que a compunha. Logo, esse termo cunhou-se em um contexto focal de abastecimento. A AF viria, por intermédio da PNM, explicitar uma definição mais estruturada, após vinte e seis anos.

Uma fase, ainda no período CEME, que merece registro é sobre o funcionamento do Programa Farmácia Básica, em 1987. Esse foi uma ação governamental para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária de saúde. Sua operacionalização ocorreu através de um módulo padrão de suprimento de medicamentos (*kit*), que seguia a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) da época, que permitiam o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira, pautados em dados de morbidade e esquemas terapêuticos padronizados voltados às distintas regiões do país.

Os conjuntos de medicamentos nesse Programa foram planejados para atender as necessidades de três mil pessoas por um período de seis meses, constando de quarenta e oito medicamentos. Posteriormente, foram acrescentados à Farmácia Básica produtos de uso contínuo, totalizando sessenta itens considerados de acordo com a maior demanda na rede pública de saúde (COSENDEY, 2000).

Durante os anos de funcionamento da CEME, ocorreram fatos relevantes no cenário sanitário nacional, fragilizando as suas funções e existência dessa Central. Com a promulgação da Constituição Federal do Brasil, ocorrida em 1988, alavancou-se a criação do SUS que conferiria ao Estado um papel, em sentido mais amplo e contemporâneo, no dever de assegurar o direito à saúde, de forma universal, integral e equânime. E mais: com diretrizes, dentre outras, descentralizadoras.

Além de existir um confronto quanto aos mecanismos de funcionamento da CEME com o processo decorrente das novas diretrizes instituídas pela universalização e descentralização no SUS, o MS já apontava problemas na área de medicamentos. Ocorriam distorções quanto ao papel original dessa Central, tais como redução a 20% de seus níveis históricos de cobertura da demanda de medicamentos para o SUS, denúncias de casos de corrupção nas licitações, perdas na ordem de 40% por ineficiência técnico-administrativa, desarticulação com os gestores estaduais e municipais, dentre outros (BRASIL/MS, 1993; BERMUDEZ, 1995). Além disso, sua capacidade de interferir na produção de medicamentos não logrou êxito, acarretando mais problemas sobre sua função (FERNANDES, CASTRO, LUIZA; 2004).

Em consequência destes inúmeros problemas citados, a CEME — que tinha se tornado, na prática, uma compradora, focada na aquisição de grandes quantidades do setor privado (FERREIRA, 2006) — foi extinta em 1997.

A Lei Orgânica nº 8.080/90 conferiu, como atribuição e objetivo do SUS, uma assistência farmacêutica de caráter integral, pautado em um sistema descentralizado em sua operacionalização, junto aos estados e municípios, logo, com redução de espaços para uma política de caráter centralizador. Também, em seu artigo sexto, estabeleceu como campo de atuação do SUS a “formulação da política de medicamentos [...] de interesse para a saúde [...]”.

A PNM, como política setorial e cumprindo a recomendação da OMS, visava assim: (a) assegurar os compromissos de governo e outras instâncias; (b) garantir o acesso aos medicamentos essenciais, principalmente para o atendimento de agravos prioritários de saúde da população; (c) garantir a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos e (d) promover o uso racional dos medicamentos.

Essa Política continha um componente especial no pós-CEME, com esforços voltados à consolidação do SUS em início de desenvolvimento, contribuindo para o desenvolvimento social do país, orientando a execução de ações, com metas

prioritárias fixadas pelo MS e de atividades específicas nos planos federal, estadual e municipal.

A publicação da PNM no arcabouço sanitário brasileiro foi justificada, além das razões indicadas pela OMS, da relevância do medicamento no contexto de assistência à saúde, pelos seus custos, dentre outros. É também fruto das características do sistema brasileiro de saúde que, pelo setor público, desenvolvia ações relacionadas à AF importantes, antes mesmo de sua publicação, como a distribuição gratuita de antirretrovirais e o Programa Nacional de Imunização (BRASIL/MS, 1998).

Além disso, havia através da expansão proporcionada pelo SUS — elevados números de procedimentos, envolvendo consultas, exames e internações — um cenário emergente para ações de melhoria em AF. Outro ponto refere-se ao setor privado, que também apresentava significativo crescimento, com importância estratégica nas ações relacionadas à PNM, como veremos na sequência desse trabalho.

A necessidade da existência de uma PNM correspondia em paralelo ao anseio por uma proposta de construção concreta de AF, diferente do que havia ocorrido com a CEME, cuja lógica foi circunscrita ao abastecimento de medicamentos. E o ensejo de ser aplicada com outros enfoques, entre os quais figuraram, por exemplo, aqueles inerentes ao perfil epidemiológico do país, que apresentava simultaneamente doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de nações desenvolvidas.

Deste modo, em harmonia com as diretrizes internacionais preconizadas pela OMS, foi publicada em 10 de novembro de 1998, a Portaria nº. 3.916, do Ministério da Saúde, aprovando a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL/MS, 1998). A PNM foi construída através de diversas negociações, perdurando por mais de 20 meses de discussões, abarcando profissionais de saúde, gestores do sistema, sociedade organizada, a indústria farmacêutica e organismos internacionais (FERREIRA, 2006).

Esta Política teve como base os princípios e diretrizes do SUS, sendo o instrumento balizador na temática de medicamentos. De acordo com suas diretrizes e prioridades, sumarizadas no Quadro 1, a PNM, como exemplos que reforçam a afirmativa inicial, traz valor à elaboração da RENAME; exprime necessidade de formação de recursos humanos compatível aos desafios da prática farmacêutica; envolve ações dirigidas à regulação sanitária e apresenta uma definição explícita, caracterizando o campo da Assistência Farmacêutica.

Quadro 1 — Síntese das Diretrizes e Prioridades da Política Nacional de Medicamentos

Diretrizes	Prioridades
1. Adoção de relação de medicamentos essenciais	• Revisão permanente da RENAME.
2. Regulamentação sanitária de medicamentos	• Revitalização, flexibilização de procedimentos e busca por maior consistência técnico-científica. • Elaboração de procedimentos operacionais sistematizados. • Treinamentos.
3. Reorientação da assistência farmacêutica	• Garantia de recursos pelas três esferas para distribuição direta ou descentralizada. • Descentralização plena da aquisição e distribuição de medicamentos. • Financiamento específico para medicamentos da atenção básica. • Atenção especial aos medicamentos de alto custo.
4. Promoção do uso racional de medicamentos	• Campanhas educativas. • Registro e uso de medicamentos genéricos. • Formulário terapêutico nacional. • Farmacoepidemiologia e farmacovigilância.
5. Desenvolvimento científico e tecnológico	—
6. Promoção da produção de medicamentos	—
7. Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos	—
8. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos	• Capacitação de RH (gerenciamento de sistemas de saúde e de informação; guias terapêuticos padronizados; farmacovigilância).

Fonte: Elaboração própria a partir da PNM (BRASIL/MS, 1998).

Especificamente, quanto à Diretriz de Reorientação da AF, foram relacionados alguns elementos na PNM dirigidos ao fomento de ações coordenadas e disciplinadas em âmbito nacional pelos três níveis de gestão do SUS, pautada:

[...] (a) na descentralização da gestão;
 (b) na promoção do uso racional dos medicamentos;
 (c) na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público;
 (d) no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do **setor privado**⁸ (BRASIL/MS, 1998, p 14).

⁸ Grifo do autor.

A menção de iniciativas desenvolvidas com o setor privado, objetivando ampliação de acesso a medicamentos, com preços reduzidos fornece elementos de base capazes de afirmar que o Programa Farmácia Popular do Brasil, que viria a ocorrer em 2004, constituía-se de uma ação antecipadamente prevista e já fundamentada nos preceitos oriundos da PNM.

O espectro de ações de AF é essencial no contexto da saúde coletiva, como parte integrante do sistema de saúde, sendo fator determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços prestados e mobiliza a alocação de grande volume de recursos financeiros, tanto públicos como privados.

Como anteriormente citado, a PNM trouxe uma contextualização do campo de ações da AF, definida como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998, p. 34).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica será objeto da próxima seção, onde se destacarão rapidamente seu processo de elaboração e sua estrutura, que também trazem significantes elementos para a construção da AF nacional.

1.2 Política Nacional de Assistência Farmacêutica

O Brasil experimentou, no início do primeiro governo Lula, a realização de diversas conferências temáticas no campo da saúde. Dentre elas, realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003, a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos

e Assistência Farmacêutica⁹ (CNMAF), cujo tema central foi “Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica com controle social”.

A 1ª CNMAF foi estruturada em três eixos temáticos: (1) “Acesso à Assistência Farmacêutica: a Relação dos Setores Público e Privado de Atenção à Saúde”; (2) “Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico para a Produção Nacional de Medicamentos”; (3) “Qualidade na Assistência Farmacêutica, Formação e Capacitação de Recursos Humanos” (BRASIL/MS, 2005a).

No cerne das inúmeras propostas aprovadas na 1ª CNMAF, definiu-se a necessidade de uma Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e, que as decisões sancionadas na 1ª CNMAF fossem as diretrizes fundamentais da PNAF (BRASIL/MS, 2005).

A PNAF foi aprovada por meio da Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, trazendo uma compreensão mais abrangente da Assistência Farmacêutica, na perspectiva de integralidade de suas ações. E que fosse norteadora para formulação de outras políticas setoriais, tais como: (a) medicamentos; (b) ciência e tecnologia; (c) desenvolvimento industrial e (d) formação de recursos humanos. Também trouxe a perspectiva da intersetorialidade inerente ao SUS, envolvendo tanto o setor público como o privado de atenção à saúde (BRASIL/MS, 2004a).

Os 13 eixos estratégicos englobados pela PNAF estão transcritos no Quadro 2 na página seguinte.

⁹ A Conferência iniciou-se por meio de negociações prévias, que posteriormente fez o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicar a Resolução n.º 311, de 5 de abril de 2001. A norma visou a promoção de estudos e debates, articulando os diferentes atores envolvidos na problemática da área de medicamentos e a proposição de estratégias orientadoras de políticas aplicadas aos eixos programáticos de “pesquisa e desenvolvimento tecnológico do setor farmacêutico” e “reorientação da assistência farmacêutica no país, enfatizando os sistemas de distribuição, prescrição e dispensação dos medicamentos”. E também, aprovou a convocação da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica a ser realizada através de articulação com usuários, setores políticos, industriais, profissionais, gestores e prestadores do SUS, comerciais, dentre outros envolvidos (BRASIL/MS, 2001a; BRASIL/MS, 2005a).

Quadro 2 — Eixos estratégicos da PNAF

1) A garantia de acesso e equidade às ações de saúde inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica.
2) Manutenção de serviços de AF na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS.
3) Qualificação dos serviços de AF existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção.
4) Descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados.
5) Desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos.
6) Modernização e ampliar a capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos.
7) Utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica.
8) Pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção.
9) Implementação de forma intersetorial, e em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo os centros de pesquisa e as universidades brasileiras, com o objetivo do desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam os interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS.
10) Definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País.
11) Construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade.
12) Estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos.
13) Promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil/MS (2004a, p. 2).

No contexto do SUS, a AF historicamente se constituiu como uma área de suprimentos e logística, voltados ao apoio das ações e serviços de saúde, com baixa ou nenhuma inserção na programação e organização dessas mesmas ações e serviços (BRASIL/MS, 2009a).

A PNM permitiu a construção de um modelo teórico, organizado em torno de um conjunto de atividades interrelacionadas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Essa sistematização favorece sua

melhor organização e visa a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.

O conjunto de ações presente na definição da AF é esquematizada classicamente como um ciclo (Figura 1), que pode ser verificado abaixo.

Figura 1 — Ciclo da Assistência Farmacêutica



Legenda: P&D/S — produção e desenvolvimento em saúde; VISA — vigilância sanitária.

Fonte: Elaboração própria adaptado de Oliveira et al (2007, p. 15).

Por sua vez, a Assistência Farmacêutica reforça e dinamiza a organização dos sistemas de saúde, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a integralidade das ações (BRASIL/MS, 2006b).

Alguns dos atributos de cada elemento do ciclo da AF serão apresentados sinteticamente, contextualizados de forma aplicada à gestão da Secretaria de Saúde

do Município do Rio de Janeiro, no capítulo “Organização da AF no contexto municipal da SMS-Rio”.

Atrelado ao exposto anteriormente, a PNAF trouxe novas perspectivas de compreensão do campo de ações de AF, ampliando seu conceito, definindo-a como:

[...] um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individuais como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (BRASIL/MS, 2004a).

Recentemente, tais ações têm sido classificadas, por alguns autores (BRASIL/MS, 2009a), com foco na prestação de serviços farmacêuticos¹⁰. Duas categorias, de cunho técnico dos serviços farmacêuticos estão presentes: (a) serviços gerenciais, e (b) serviços assistenciais. Essa nova proposta visa estabelecer maior ênfase ao caráter assistencial aplicado ao desempenho de ações que aproximem concretamente a AF na promoção do uso racional e seguro desses produtos, logo de uma maior relação com os usuários.

A primeira categoria envolve a gestão do medicamento, necessitando, assim, de profissionais capacitados para aplicar conhecimentos e informações epidemiológicas, administrativas e gerenciais para o planejamento e execução destas ações. Já aquelas de caráter técnico-assistenciais, são caracterizadas por conhecimentos que aliam a interseção dos medicamentos com a terapêutica, envolvendo as habilidades e as competências para estabelecer a relação com os usuários dos serviços e a equipe de profissionais de saúde.

¹⁰ *Servícios Farmacêuticos* é o descritor espanhol para Assistência Farmacêutica, segundo o descritor em ciências da saúde da Biblioteca Virtual em Saúde. Apesar dessa questão, esse conceito de serviços farmacêuticos tem sido propagado pela OPAS (2013) no sentido de priorizar os pacientes em suas necessidades, com maior compromisso com os resultados de saúde, mais dirigidos aos objetivos, valores e princípios da APS. As ações dos serviços farmacêuticos integram-se a equipe de saúde, com foco nos indivíduos, família e comunidade. Incentiva a participação comunitária, tendo como objetivo a obtenção de resultados concretos em saúde com vistas a melhorar a qualidade de vida da população.

As etapas que constituem o desenvolvimento de ações concernentes ao modelo de proposta pelos serviços farmacêuticos, conforme recomendações do MS estão dispostas no Quadro 3, abaixo.

Quadro 3 — Conjunto de ações técnicas gerenciais e assistenciais

Ações técnico-gerenciais	Ações técnico-assistenciais
• Programação de medicamentos • Solicitação/requisição de medicamentos • Armazenamento de medicamentos • Descarte dos resíduos de serviços de saúde	• Dispensação • Orientação farmacêutica • Seguimento farmacoterapêutico • Educação em Saúde • Suporte técnico para a equipe de saúde

Fonte: Elaboração própria a partir de BRASIL/MS, 2009a.

Ampliar acesso e garantir o uso racional dos medicamentos (URM), integrar a Assistência Farmacêutica às demais políticas de saúde, otimizar os recursos financeiros existentes, incorporar e integrar o farmacêutico na rede de saúde, desenvolver e capacitar recursos humanos em AF e tornar a gestão eficiente, dentre muitos outros, são alguns dos desafios presentes e futuros. Estes são alguns dos elementos do debate em torno dos serviços farmacêuticos, embasados no documento de posição da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2013) e nas Diretrizes do Ministério da Saúde para estruturação de farmácias no âmbito do SUS (BRASIL/MS, 2009a).

Alguns pontos são comuns entre a PNM e a PNAF; um deles é relativo à descentralização das ações de AF. Entretanto, o aprofundamento nesse processo gera necessidades de aperfeiçoamento e busca de novas estratégias que venham ampliar a capacidade de gestão dos estados e municípios. Por sua vez, a consolidação das ações de atenção primária como fator estruturante dos sistemas municipais de saúde, torna-se um componente motivador para seu fortalecimento.

Ressalta-se que o conjunto de ações de AF pública, não traria, por si só, êxito na efetividade de suas ações, concretizadas em torno de seus preceitos éticos de acesso e URM. Contar com estruturas internas à administração de compras organizadas, de logística e de fiscalização/auditorias, dentre outras, permitem

harmonia no *continuum* de atividades que são interligadas, em seus níveis de conhecimento e gestão.

A seguir, considerando sua importância com uma das justificativas de implementação do Programa tratado nessa tese, são discutidos elementos relacionados ao acesso a medicamentos, que é um componente marcante nas Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, contido na natureza elementar resultante do conjunto de ações de AF.

1.3 Acesso a medicamentos

O conceito de acesso engloba, além da disponibilidade do medicamento necessário (com qualidade), sua informação de uso adequado, nas boas práticas clínicas e de dispensação. Assim, assegurar a equidade e o acesso aos medicamentos, envolve, portanto, além do produto, a prestação de serviço.

O acesso a medicamentos é definido, segundo Luiza e Bermudez (2004), como:

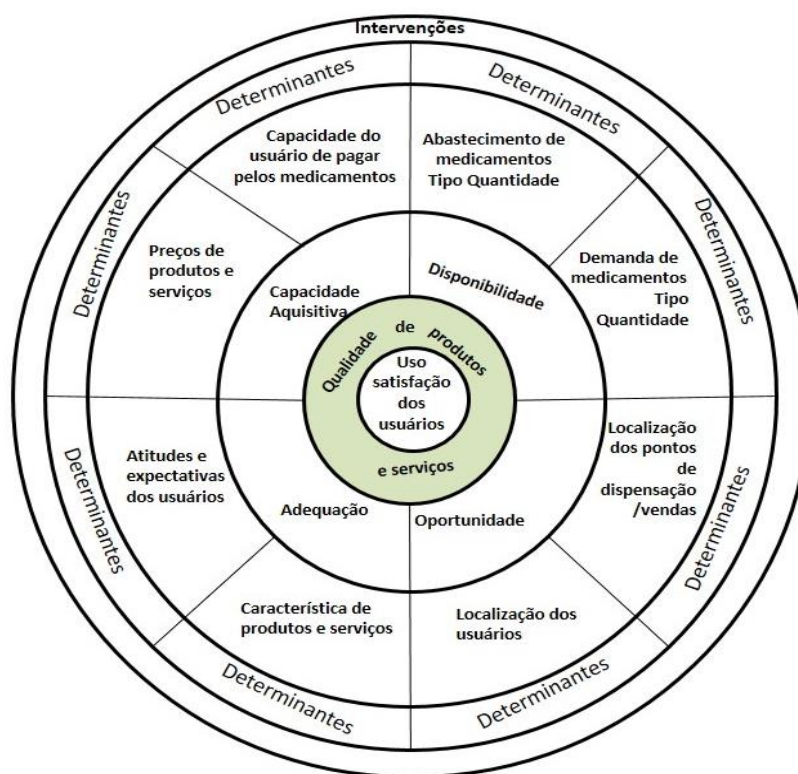
Relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado (LUIZA, BERMUDEZ, 2004, p. 51).

Essa questão tem sido um desafio pelo SUS, ainda mais em um sistema tripartite de execução e financiamento, sendo a municipalização dos serviços uma estratégia operativa do Sistema inserida em contexto em que os medicamentos são considerados insumos essenciais, utilizados na prevenção, no diagnóstico e tratamento de várias enfermidades, sendo o seu uso mais frequente na intervenção terapêutica. Seguindo esta abordagem, o modelo teórico do acesso a medicamentos, representado esquematicamente na Figura 2 em sequência, leva em consideração algumas dimensões (LUIZA e BERMUDEZ, 2004) que envolvem:

- Disponibilidade física — relaciona tipo e quantidade de produtos e serviços necessários com o tipo e quantidade de serviços oferecidos.

- Capacidade aquisitiva — trata da relação entre os preços dos produtos ou dos serviços e a capacidade de pagamento por parte dos usuários, públicos ou privados.
- Acessibilidade geográfica — relação entre localização de serviços e produtos com localização do usuário.
- Aceitabilidade — envolve alguns aspectos técnicos e culturais, ou seja, remete ao ajuste entre as características dos produtos e serviços com as expectativas e necessidade dos usuários, ligados também às questões normativas ou legais.
- Qualidade de produtos e serviços — perpassa todas as dimensões do acesso, consistindo na otimização de resultados positivos à saúde através de práticas baseada em evidências¹¹.

Figura 2 — Modelo teórico do acesso aos medicamentos



Fonte: Elaboração própria, a partir de Luiza e Bermudez (2004, p. 52).

¹¹ Definida como o uso consciencioso, explícito e criterioso das melhores evidências disponíveis na tomada de decisão clínica sobre cuidados de pacientes individuais (SACKETT *et al*, 1996), buscando no reconhecimento das publicações com melhor rigor científico (estudos bem desenhados e bem conduzidos, com número adequado de pacientes), torná-los acessíveis aos profissionais da saúde - diminuindo, assim, as incertezas clínicas.

Sobre o acesso a medicamentos no Brasil, estudo abrangendo o período entre 1990 e 2009, que objetivou avaliar a evolução dos preços praticados e o comportamento das vendas de medicamentos oriundos de dados do mercado privado, traz alguns pontos para sua análise. Nesse período relativamente longo de tempo, o consumo *per capita* de medicamentos no setor privado diminuiu de 11,34 para 9,24 unidades de medicamentos, com decréscimo mais drástico até o ano de 2002. A partir de 2003, houve retomada no consumo por habitante, porém sem recuperar os níveis observados no início dos anos 1990 (IPEA, 2010).

A análise do estudo mostrou um paradoxo relacionado à questão da relativa estagnação do consumo, apesar do envelhecimento populacional ter ocorrido durante o período, com maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, que se esperaria enquanto resultado no perfil histórico de consumo, em algum grau de aumento *per capita* de medicamentos. Por outro lado, apesar da diminuição do consumo por habitante de medicamentos comprados no período de análise, a indústria farmacêutica não teve interrompida sua curva de crescimento, expressa por sua receita em dólares, na maior parte do período analisado, possivelmente decorrente do aumento dos preços médios dos medicamentos. Essa questão permite reflexão em torno das características do mercado de medicamentos brasileiro, demonstrando a baixa concorrência por menores preços no setor farmacêutico, existindo grau de liberdade em determinar os preços de seus produtos (IPEA, 2010).

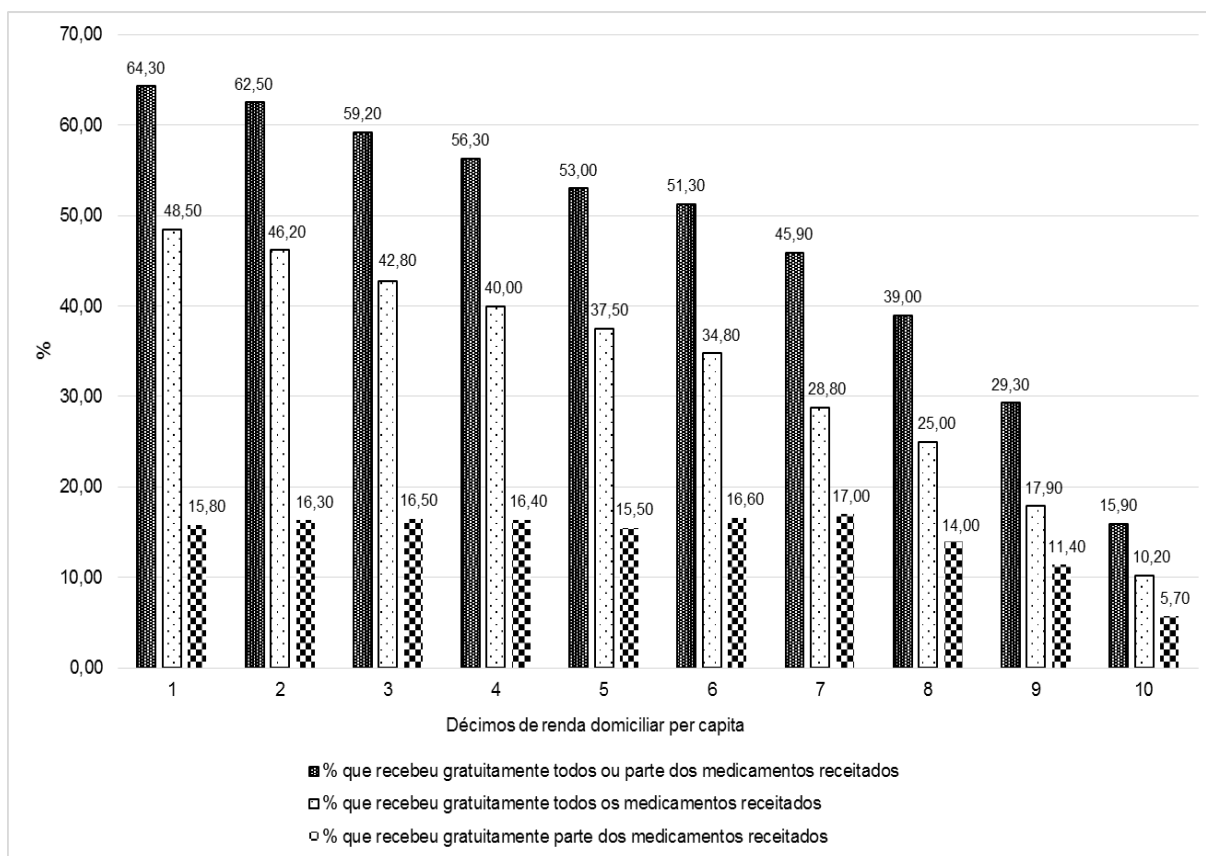
A despeito da ocorrência deste comportamento de preços, existe no cenário nacional, dentro da estrutura da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), órgão interministerial responsável por regular o mercado e estabelecer critérios para a definição e ajuste de preços, que será mais discutida posteriormente, no capítulo “Regulação de Preços de Medicamentos no Brasil”.

Outro estudo, publicado pela Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma), intitulado “Análise do Setor de Medicamentos no Brasil 2004-2007”, cuja metodologia baseou-se em estimativas do consumo com base na POF de 2003 e na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2006 por classes de renda, também demonstrou iniquidades relacionadas às condições de vida no acesso aos medicamentos. Em 2006, a classe A — com renda acima de 20 salários mínimos — comprometeu com recursos próprios, em média, R\$ 32,80 *per capita* ao mês com medicamentos, perfazendo R\$ 2,2 bilhões no ano. Já na classe B, com renda

entre 10 a 20 salários-mínimos, o gasto mensal foi de R\$ 20,60 por pessoa, totalizando R\$ 3,1 bilhões no ano. Na classe C, de cinco a dez salários-mínimos, foram R\$ 14,70 *per capita* gastos ao mês, com despesa anual de R\$ 5,5 bilhões. Na classe D, com renda de dois a cinco salários-mínimos, 71 milhões de pessoas gastaram por mês R\$ 9,60 *per capita* com medicamento e, na classe E, de faixa de renda de até dois salários, o gasto médio mensal foi de R\$ 6,80, representando um desembolso de R\$ 4,9 bilhões/ano (INTERFARMA, 2010).

O Gráfico 1 demonstra a relevância da assistência farmacêutica pública para a saúde da população brasileira, sobretudo naquela de mais baixa renda, levando a crer que essa apresenta nível maior de dependência desse fornecimento (IPEA, 2010).

Gráfico 1 — Frequência de pessoas com acesso gratuito a medicamentos, segundo décimos de renda domiciliar per capita, ano de 2008



Fonte: Elaboração própria, a partir de IPEA (2010, p. 9).

O primeiro décimo de renda domiciliar *per capita* mostrou uma cobertura de atendimento de 64,3%, no ano de 2008, e quase a metade deste grupo (48,5%) de renda obteve gratuitamente todos os medicamentos receitados. O inverso ocorreu

com o estrato de maior rendimento *per capita* (último décimo), pois somente 15,9% receberam medicamentos dos programas de AF financiados pelo SUS. Estes dados reforçam que a assistência farmacêutica pública é peça de grande importância no acesso a medicamentos.

Ainda com relação aos gastos públicos, Vieira e Zucchi (2011) buscaram analisar, no ano de 2009, a aplicação direta de recursos financeiros na aquisição de medicamentos no SUS pela União, Estados e Municípios. Foi verificado que o valor total liquidado para a aquisição de medicamentos pelas esferas de governo foi de R\$ 8,9 bilhões. Estados e o Distrito Federal foram os principais executores, respondendo por 47,1% do valor total liquidado no SUS; alguns estados apresentaram gasto *per capita* acima da média (R\$ 22,00 habitante/ano) e da mediana (R\$ 17,00 habitante/ano), como São Paulo e Goiás. Com relação aos gastos municipais, há diferenças conforme a região e o porte. A média do gasto *per capita* das cidades com até cinco mil habitantes foi 3,9 vezes maior que dos municípios com mais de 500 mil habitantes; já aqueles com até 10 mil habitantes, apresentaram gasto *per capita* maior que os demais municípios.

O modelo de acesso a medicamentos desenvolvido na parceria entre a OMS e o *Management Sciences for Health* (MSH) e, desse modo, empregado pela OMS (MSH, 2003), com suas quatro dimensões vem recebendo, recentemente, alguns questionamentos. Esse modelo pode não refletir as interrelações dentro do setor de saúde, especificamente as complexas ligações entre os sistemas de financiamento de medicamentos e da saúde, dos recursos humanos, dos sistemas de informação e na prestação de serviços (BIGDELI et al, 2012).

Bigdeli et al (2012) discutem a existência de fragmentação do acesso a medicamentos empregado em países de renda média e baixa; que tem prejudicado e isolado outros significativos componentes dos sistemas de saúde, proporcionando, por vezes, barreiras de acesso. Como exemplo, a constituição do acesso segmentada, dissociando a AF de outros setores do sistema de saúde e econômicos, inclusive da visão de sua prestação de serviços, a qual se encontra intensamente relacionado.

Como alternativa, os autores sugerem a proposta de um modelo de acesso que adote mudança na visão conceitual — uma abordagem global e pautada na teoria de sistemas complexos. Propõem modificações por meio da: (a) visão abrangente das barreiras oriundas das demandas dos pacientes; (b) consciência em torno da multiplicidade e dinâmica presentes entre os elementos estruturantes do sistema de

saúde, principalmente quando observados na prestação da assistência à saúde e do financiamento, que precisam de compatibilização entre si, e (c) consideração dos contextos nacionais, regionais e internacionais, que são complexos e interferem no acesso a medicamentos. Inclui ainda a análise das inovações, das forças de mercado e das agendas internacionais que influenciam diretamente os setores da saúde, em especial a assistência farmacêutica e, a necessidade de adotarem-se medidas de transparência em torno da cadeia do medicamento, além da articulação de apoio humanitário e solidário entre os países, com contrastes em relação a sua condição econômica e social (BIGDELI et al, 2012).

Destaca-se, por fim, na matriz conceitual apresentada a relevância concedida ao primeiro nível, representado pelos indivíduos, famílias e comunidades, que também são elementos comuns ao processo de trabalho da Atenção Primária em Saúde (STARFIELD, 2002).

Embora esse modelo se fundamente na abordagem sistêmica na estruturação de sistemas de acesso a medicamentos, também leva em conta a existência de múltiplos atores capazes de influenciar a efetividade ao acesso, decorrendo possivelmente em inúmeras barreiras.

O novo modelo proposto busca conjugar a complexidade destacada acima, considerando a perspectiva dos sistemas de saúde, de forma a trazer uma matriz conceitual, delineado as barreiras ao acesso a medicamentos em cinco níveis, como pode ser visualizado na Figura 3, na sequência.

Figura 3 — Matriz conceitual de acesso a medicamentos na perspectiva do sistema de saúde



Fonte: Adaptado e traduzido por Vera Lucia Luiza, de Bigdeli et al (2012, p. 7)

No acesso dos indivíduos a medicamentos importantes para seu tratamento, alguns países vêm adotando diferentes estratégias de compartilhamento de custos, uma das quais é o copagamento, importante para esta tese dado que está presente no Programa objeto dessa pesquisa. Este mecanismo é tratado brevemente na seção subsequente.

1.4 Copagamento de medicamentos como estratégia de compartilhamento de custos

Na tentativa de proporcionar acesso das pessoas a medicamentos, distintos países aplicam mecanismos diferentes em seus sistemas de saúde. Em todos, é relativamente unânime a preocupação com a tendência de aumento dos gastos relacionados à assistência farmacêutica, incorrendo em estratégias interventoras visando controlar as despesas. Na Europa podem ser enumeradas diversas formas de intervenção por parte do Estado, principalmente sobre: (1) oferta; (2) profissionais de saúde e; (3) demanda de uso de medicamentos (KANAVOS et al; 2011) (Quadro 4).

Quadro 4 — Estratégias de controle gasto com medicamentos nos sistemas de saúde

Alvo	Estratégias	Exemplos
Oferta	Regulação de preços	- Controle direto de preços - Preço médio ou comparação de preços internacionais - Custo do produto - Preço de referência
	Regulação de lucros	Negociação da margem de lucros de empresas que vendem para o governo
	Regulação de entrada na lista de financiamento	- Lista positiva - Lista negativa
Profissionais de saúde	Tetos orçamentários	Orçamentos individuais/globais por prestador de serviços incluindo custo com medicamentos ambulatoriais
	Políticas de genéricos	- Prescrição pelo nome genérico - Substituição pela forma genérica do medicamento
	Controle de prescrição	- Mudança de pagamento por serviço para pagamento por capitação - Inclusão de protocolos clínicos
	Incentivos financeiros	Pagamento por desfecho de condições de saúde
Demanda	Copagamento	- Teto máximo - Teto mínimo - Fixo - Percentual - Estratificado
	Medicamentos livres de prescrição	Exigência de prescrição como forma de obtenção de medicamentos presentes nas listas de financiamento

Fonte: Elaboração a partir de Chaves (2014, p. 13-14).

Como pode ser verificado antes, um desses mecanismos está pautado no compartilhamento de custos com os usuários através de uso de copagamento. Nessa situação, os cidadãos pagam uma parcela dos gastos com medicamentos e os governos ou seguradoras (terceiro pagador) a outra.

O sistema de copagamento é utilizado amplamente em muitos países, tais como Inglaterra, Espanha, França, Austrália, dentre outros. Nos Estados Unidos, é desenvolvida via programa federal *Medicare*. No contexto destes governos, este mecanismo visa, principalmente, à contenção do aumento dos gastos ligados à assistência à saúde e, além de buscar controlar as despesas, especificamente aos medicamentos, discute-se sua utilidade como instrumento de estímulo ao seu uso racional (PINTO, 2008; AUSTVOLL-DAHLGREN *et al*, 2008).

Tomando por base Austvoll-Dahlgren e colaboradores (2008), Chaves (2014) apresenta os diversos tipos de copagamento existentes, sumarizados no Quadro 5 abaixo.

Quadro 5 — Tipos de copagamento de Medicamentos

Tipo de Copagamento	Características
Teto máximo (“cap”)	Governos (ou seguradoras) pagam até um limite máximo, financeiro ou de quantidade de unidades. Após o limite ser atingido, o indivíduo ou sua família passa a assumir o custo restante dos gastos com medicamentos
Teto mínimo (“ceilling”)	O indivíduo ou sua família pagam os custos totais com os medicamentos até um limite financeiro que, uma vez alcançado, tem os custos restantes assumidos pelo governo (ou seguradoras). Esta forma pretende proteger o indivíduo e sua família de gastos catastróficos
Co-pagamento fixo	O indivíduo ou sua família paga um valor fixo por prescrição ou medicamento
Co-pagamento percentual (“coinsurance”)	O indivíduo ou sua família paga um valor percentual do custo total de seu tratamento
Co-pagamento estratificado (“tier copayment”)	O pagamento pelo indivíduo se faz em função de classificações dos medicamentos disponibilizados em diferentes faixas de valor. Esse tipo de compartilhamento de custos, muitas vezes, pretende influenciar na compra e prescrição de medicamentos genéricos ou daqueles de alto valor terapêutico, classificando-os nos menores valores de preço, enquanto coloca medicamentos de referência e/ou de baixo valor terapêutico nas faixas superiores

Fonte: Elaboração a partir de Chaves (2014, p. 14-15).

Esse sistema, além do controle de gastos, também pretende induzir o uso racional de medicamentos. Contudo, alguns estudos sugerem diminuição do uso

destes produtos, quando ocorre regulação de acesso via copagamento. SINNOTT e colaboradores (2013) verificaram que populações expostas ao copagamento mostraram maior chance de não adesão em 11%. Outro trabalho indicou que políticas de copagamento mais restritivas, ou seja, com aumento de pagamento pelo usuário, reduziu o uso de produtos considerados “essenciais” e medicamentos de uso em condições sintomáticas (AUSTVOLL-DAHLGREN et al, 2008). Além do mais, estas circunstâncias podem trazer consequências potenciais de aumento da morbidade e custos em outras partes do sistema.

É corrente o emprego da associação de duas ou mais estratégias de copagamento, podendo gerar complexidades na operacionalização desse sistema. Como exemplo, a Suécia que combina teto máximo (*cap*) com copagamento percentual (*coinsurance*) e, somados a estes, apresentam camadas de cobertura, dependendo de faixas de custos de tratamento. (ANDERSON et al, 2006)¹².

Alguns aspectos mais recentes relativos ao contexto nacional da Assistência Farmacêutica, importantes para a temática tratada nessa tese, são tratados na sequência.

1.5 Panorama atual da Assistência Farmacêutica no Brasil

Como salientado anteriormente, a garantia de acesso envolve perspectivas outras para além do fornecimento do produto, incluindo ainda a garantia de serviços farmacêuticos com infraestrutura sanitariamente adequada e humanizada, com profissionais e organização apropriadas à atenção dos pacientes, na compreensão de que a AF envolve ações integradas a outras práticas da atenção à saúde para contribuir decisivamente na melhoria da qualidade desta atenção (BRASIL/MS, 2004a).

Assim, comparando as definições de Assistência Farmacêutica na PNM e, mais recentemente, na PNAF, tem-se uma ampliação de seu escopo, pois envolvem ações

¹² Maiores detalhamentos sobre a racionalidade e os tipos de co-pagamento fogem ao escopo dessa pesquisa, mas podem ser buscados em revisão da Colaboração Cochrane publicada em 2008 (AUSTVOLL-DAHLGREN et al, 2008). Para o exame dos efeitos do copagamento na adesão aos medicamentos prescritos, vale ver recente metanálise publicada em 2013, por Sinnot S. e colaboradores.

anteriores ao medicamento como um produto acabado, incluindo a perspectiva da Ciência & Tecnologia e outras dirigidas a questões de comportamento no consumo dos mesmos, minimizando-se o aspecto logístico do abastecimento, dentre outros.

Recentemente, foram publicadas novas bases legais de caráter hierárquico mais robusto, no ordenamento jurídico brasileiro, em termos de algumas modificações que se relacionam ao cenário da Assistência Farmacêutica: a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011 e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, ambos emanados da Presidência da República (BRASIL, 2011a, BRASIL, 2011b).

A Lei mencionada trouxe algumas mudanças no cenário do SUS, como a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), e acrescentou novas redações ao texto original da Lei nº 8.080/90, como uma definição de assistência terapêutica integral contida na alínea *d* do inciso I do art. 6º da Lei Orgânica de 1990.

Segundo o artigo 19-M, da Lei nº 12.401/2011, essa assistência consiste em:

- I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;
- II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde – SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado (BRASIL, 2011a).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei citada para dispor sobre a organização do SUS, quanto ao planejamento, assistência e articulação interfederativa na saúde. Trouxe também elementos em torno da RENAME, com definição de periodicidade de sua atualização (a cada dois anos), atrelando-a a disponibilização de Formulário Terapêutico Nacional (BRASIL, 2011b). Por fim, em seu artigo 28, fornece mais subsídios de descrição quanto ao acesso a medicamentos no SUS:

- [...] Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:
 - I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
 - II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

- III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e,
 - IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.
- § 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.
- § 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado (BRASIL, 2011b).

Ainda que não avaliadas em relação aos seus impactos e desdobramentos no contexto sanitário nacional, essas legislações podem ser movimento positivo que visam qualificar os processos internos do SUS, principalmente relacionadas à assistência terapêutica e à incorporação de tecnologias no SUS logo, em algum grau, possuem interface com a PNM e PNAF.

Pautado nas bases do citado decreto, foi publicada a nova versão da RENAME em 2012, por meio da Portaria nº 533, de 28 de março de 2012 (BRASIL/MS, 2012a), a qual relaciona seu elenco a questões ligadas à assistência à saúde, cuja organização toma por base os atuais componentes de dispensação do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, permanecendo ausente a concepção de medicamentos essenciais preconizado pela OMS, que outrora presidia os elencos das relações de medicamentos.

Em adição, alguns debates ressaltam que a fusão de listas de financiamento, classificadas agora em um único documento como RENAME, “representa um retrocesso, fortalecendo a lógica da oferta financiada como substitutivo à lógica da necessidade calcada em prioridades” (SANTOS-PINTO et al, 2013, p. 1057). A atual RENAME relaciona medicamentos e insumos,

Muitos deles não selecionados com base em evidências, [...] denominados, pelo texto da Portaria, “essenciais”. Tal tipo de lista é facilmente tensionada tanto por pressões do crescente mercado de novas tecnologias em saúde quanto pelas oportunidades políticas de ofertar medicamentos muito presentes em ações judiciais, com perfil duvidoso de benefício/risco. Esse panorama já era visto nos estados e municípios, quando a pujança das demandas judiciais individuais passou a impelir a adição acrítica de tecnologias em listas de fornecimento público. Nenhum desses fatores torna legítimo, do ponto de vista da Saúde Coletiva, a incorporação acelerada ou abusiva de medicamentos pelo SUS (SANTOS-PINTO et al, 2013, p. 1057).

Nos anos de vigência da PNM, foram observadas inúmeras mudanças de cenário, ainda não sendo possível afirmar que o acesso aos medicamentos seja uma

condição de curso efetivo no contexto brasileiro. A melhoria de acesso representa uma condição desafiadora aos gestores públicos, pois uma parcela significativa de usuários de serviços privados ou públicos de saúde não possui garantia da assistência farmacêutica (PANIZ et al, 2010; HELFER et al, 2012).

Além dos pontos assinalados acima, outros dois aspectos relacionado à PNM possuem ligação com a elaboração de políticas públicas de saúde, principalmente quanto à implementação de uma política de acesso a medicamentos: a proteção de patentes farmacêuticas e a entrada de medicamentos genéricos no mercado brasileiro.

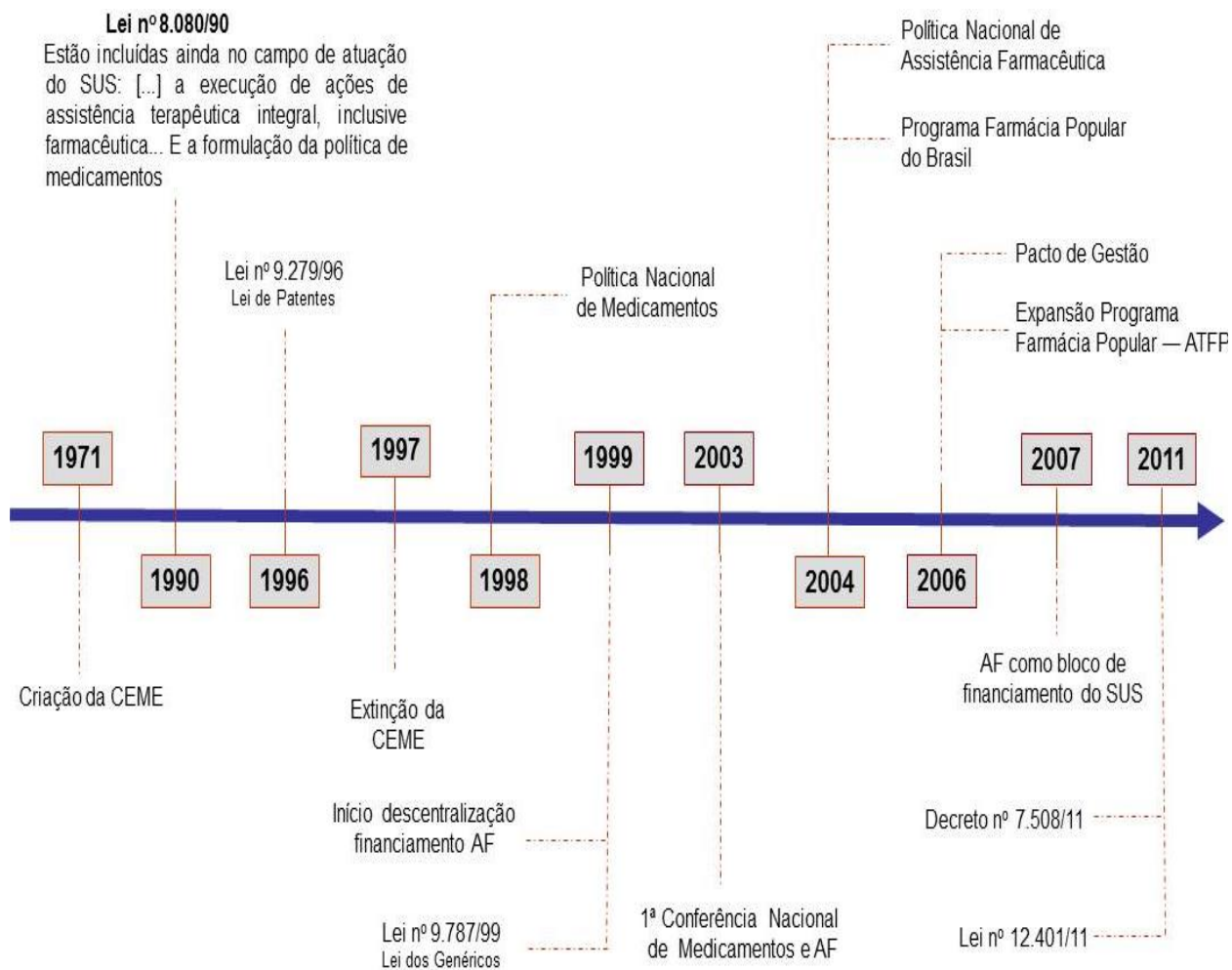
Quanto ao primeiro, o Brasil só passou a reconhecê-las com a aprovação da Lei nº 9.279, em 1996, também conhecida como lei de Patentes (BRASIL, 1996). Essa temática de propriedade intelectual é debatida mundialmente, envolvendo inúmeras disputas, devido a interesses das indústrias farmacêuticas, governos e a sociedade, pois o contexto de reconhecimento de patentes pode levar a aumento de custos para os sistemas de saúde, além de outros elementos ligados à defesa de política de desenvolvimento industrial integrada à política de saúde, especialmente no caso brasileiro (JANNUZZI, VASCONCELLOS, SOUZA; 2008)¹³.

Outro ponto de destaque refere-se à introdução dos medicamentos genéricos, com o advento da Lei 9.787/99. Esses produtos, no Brasil, podem ser produzidos após o término ou renúncia da proteção patentária ou de outro direito de exclusividade. Sua adoção é compreendida como estratégia de promoção de acesso e redução dos custos com medicamentos (DIAS, ROMANO-LIEBER; 2006). É necessária a realização de testes específicos, regulados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para designar sua intercambiabilidade a produtos inovadores ou de referência.

Estas alterações, em um conjunto mais amplo de marcos legais e institucionais, estão resumidas na linha de tempo disposta na Figura 4 a seguir, que permite identificar o grau de transformação ocorrido ao longo da história no campo da AF.

Figura 4 — Principais marcos legais e institucionais na Assistência Farmacêutica brasileira

¹³ Para maiores detalhes sobre essa questão, que foge ao escopo direto dessa pesquisa, ver trabalho de Bermudez e Oliveira (2004).



Legenda: CEME — Central de Medicamentos; AF — Assistência Farmacêutica; ATFP — Programa Aqui Tem Farmácia Popular.

Fonte: Elaboração própria.

A próxima seção aborda informações relacionadas ao cenário atual do mercado farmacêutico brasileiro, incluindo uma breve descrição do comércio varejista, que tem passado por significativas alterações nos últimos anos.

1.6 Setor farmacêutico brasileiro

O setor farmacêutico brasileiro é expressivo; o Brasil passou de décimo mercado mundial, em 2003, para sexto lugar entre os dez maiores mercados em faturamento do mundo, segundo dados da Interfarma¹⁴ (INTERFARMA, 2012). E mais: existem estimativas que apontam que, em 2016, o país ocupará o quarto mercado mundial (INTERFARMA, 2013).

A indústria farmacêutica apresenta um grande crescimento, com taxas superiores comparadas à economia mundial decorrente de concentração industrial, lucros excepcionais e combinação de crescimento no consumo de medicamentos com aumento de preços, dentre outros aspectos (ANGELL, 2007). Segundo projeções disponibilizadas pela associação já citada, o mercado farmacêutico mundial deverá atingir cerca de US\$ 1,1 trilhão em 2015, com os principais países emergentes responsáveis por 28% dos gastos globais com produtos farmacêuticos, contra 12% em 2005. A participação dos EUA deverá cair de 41%, em 2005, para 31% em 2015, e a da Europa diminuir de 27% para 19%, no mesmo período (INTERFARMA, 2012).

O mercado farmacêutico brasileiro, em 2009 possuía cerca de 600 empresas, entre laboratórios, importadores e distribuidoras. Com prevalência de empresas multinacionais no mercado nacional, contudo com expansão das empresas nacionais, relacionado principalmente ao fortalecimento do segmento de medicamentos genéricos no país (VARGAS, 2009).

Outras características demonstram que esse setor é estruturalmente concentrado e oligopolista, tendo um número relativamente pequeno de grandes empresas multinacionais e elevado número de pequenas e médias firmas, atuando de maneira complementar aos grandes laboratórios (SELAN, KANNEBLEY JR e PORTO, 2007). No contexto nacional, é verificado:

[...] uma indústria farmacêutica altamente internacionalizada e integrada à indústria farmacêutica mundial [...] e a baixa integração vertical da cadeia produtiva, evidenciada pela grande dependência com relação a insumos importados (SELAN, KANNEBLEY JR e PORTO, 2007, p. 15).

¹⁴ A Interfarma representa empresas e pesquisadores nacionais ou estrangeiros responsáveis por promover e incentivar o desenvolvimento da indústria de pesquisa científica e tecnológica no Brasil, disponibilizando regularmente dados do mercado brasileiro.

O crescimento da participação nacional nos mercados consumidores mundiais decorreu de algumas mudanças, tais como: expansão do SUS, garantia de financiamento, ampliação de acesso a medicamentos, entrada e crescimento dos medicamentos genéricos e expiração de patentes, e ocorrência de fusões entre laboratórios.

Vianna (2002, p. 375), ao discutir as complexas interrelações no complexo médico-industrial (CMI)¹⁵, destaca que esse vem representando um estágio relacionado já que “à necessidade de reprodução dos capitais investidos, as práticas capitalistas privadas se tornam hegemônicas e determinantes das funções, papéis e relações de cada ator no interior do próprio sistema”. Advoga ainda que:

[...] devido ao crescente aumento da competição industrial, tanto na área farmacêutica como na de equipamentos, a manutenção das taxas de retorno dos investimentos realizados dependia de um uso extensivo da tecnologia e, portanto, de um aumento crescente dos custos da prática médica. Constrói-se, assim, um cenário explosivo – de um lado, um crescimento vertiginoso da oferta; de outro, uma forte pressão de demanda – cujo resultado é evidente. Os gastos com a saúde aumentam de forma exponencial em praticamente todos os países. (VIANNA, 2002, p. 380).

Outro dado que demonstra a grandeza do setor farmacêutico brasileiro refere-se ao seu faturamento em vendas. Segundo dados disponibilizados pelo Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos do Estado de São Paulo (SINDUSFARMA, 2013), as vendas de fábrica e sem descontos da indústria farmacêutica no Brasil, no período de 2006 a 2012, totalizaram mais de R\$ 230,4 bilhões (US\$ 123,9 bilhões). Pode ser observado crescimento na ordem de 131% entre 2006 e 2012, com este último ano representando proporcionalmente o maior valor em vendas, isto é, 21,5% do período total.

No que se refere ao volume de vendas de unidades de medicamentos, também é identificada significativa elevação: 2012 apresentou um volume de

¹⁵ O conceito de complexo médico-industrial foi inicialmente desenvolvido por Cordeiro no início da década de 80, no livro clássico no campo da saúde coletiva *A Indústria da Saúde no Brasil*. Foi concebido, de modo ampliado, contemplando as diferentes articulações entre a assistência médica, as redes de formação profissional, a indústria farmacêutica e a indústria produtora de equipamentos médicos e de instrumentos de diagnóstico (CORDEIRO, 1980). Outros autores, posteriormente, retomaram a concepção inicial, seja ampliando-a para estender a ideia de um complexo médico-industrial-financeiro da saúde (VIANNA, 2002), seja com um enfoque mais analítico voltado para o estudo do complexo industrial da saúde, segundo uma perspectiva de economia política e da inovação (GADELHA, 2003; 2006). Para maiores detalhes desse tema, ver como ponto de partida os autores citados.

aproximadamente 2,6 bilhões de unidades vendidas (19,4% do total), experimentando uma expansão de 80% no período informado (Tabela 1).

Tabela 1 — Vendas da indústria farmacêutica no Brasil no período 2006-2012, em Reais (R\$), Dólares (US\$) e em unidades (caixas)

Ano	Vendas em R\$	Variação %	Vendas em US\$	Variação %	Vendas em Unidades	Variação %
2006	21.452.327.098,00	-	9.868.158.578	-	1.436.958.119	-
2007	23.583.331.115,00	9,93	12.179.582.492	23,42	1.517.566.838	5,61
2008	26.398.308.322,00	11,94	14.648.704.823	20,27	1.632.054.560	7,54
2009	30.172.360.392,00	14,30	15.406.961.454	5,18	1.767.001.730	8,27
2010	36.233.852.159,00	20,09	20.632.414.296	33,92	2.069.607.123	17,13
2011	42.931.385.100,67	18,48	25.716.828.089	24,64	2.340.535.661	13,09
2012	49.641.536.920,00	15,63	25.409.397.505	-1,20	2.588.001.594	10,57

Fonte: Elaboração própria a partir de SINDUSFARMA (2013).

Outro estudo da Interfarma (2012), também comprovou evolução nas vendas do varejo do mercado brasileiro, examinadas pelas seguintes categorias de comercialização de medicamentos: isentos de prescrição (MIP), genéricos, similares e de referência. O ano de 2007 apresentou valores de R\$ 23,6 bilhões e, 2011, um montante de R\$ R\$ 43,0 bilhões, com aumento de 82% no período. O maior crescimento, dentre as quatro classe de vendas analisadas, foi dos genéricos.

Segundo Pereira (2013), no aumento do volume de vendas no mercado varejista nacional, existe um desempenho estratégico do Programa Farmácia Popular do Brasil, que se articula com o complexo econômico-industrial da saúde. Comparações apontam que o Programa Farmácia Popular do Brasil participou em 6,0% do volume de vendas no mercado de medicamentos em 2011, passando para 7,7% em 2012.

Considerando a importância do mercado varejista farmacêutico para o presente estudo, mas principalmente para a vertente ATFP do Programa mencionado, a subseção seguinte se dedica a apresentar informações e dados sobre este segmento mercantil.

1.6.1 Comércio farmacêutico

O comércio farmacêutico brasileiro, no aspecto sanitário, é regulado pela Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, cuja venda de medicamentos e de insumos farmacêuticos é privativa das empresas e dos estabelecimentos por essa norma definidos: farmácia, drogaria, dispensário de medicamentos, posto de medicamento e unidade volante. Cada um desses possui especificidades quanto ao seu funcionamento (BRASIL, 1973). Entretanto, ainda existem normas e regras específicas com relação à tributação, alvará e licenciamento, regulados pelos entes federal, estaduais e municipais.

Baseado em relatórios de atividades fiscais dos Conselhos Regionais (CRF), a comissão de fiscalização do Conselho Federal de Farmácia (CFF) em abril de 2012 informou que o Brasil possuía 82.490 farmácias e drogarias privadas e 4.403 distribuidoras de medicamentos que realizam venda atacadista desses produtos (COMBRAFARMA, 2012).

Dados da Pesquisa Anual do Comércio do ano de 2011, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontaram que o comércio atacadista de produtos farmacêuticos alcançou a maior taxa de margem de comercialização¹⁶, — de 59,7% — comparada a outros setores, cuja taxa média foi de 24,0%. Esse mesmo setor foi o segundo maior em dinamismo, precedido apenas pela comercialização de equipamentos de informática e comunicação. Esse resultado, segundo o Instituto, é influenciado pelo caráter de uso essencial e permanente destes produtos e pelo poder aquisitivo da população (IBGE, 2011).

Dados mais recentes apurados pelo IBGE em setembro de 2013, por meio da Pesquisa Mensal do Comércio, que produz indicadores de acompanhamento e evolução conjuntural do comércio varejista, indicam que a atividade de artigos farmacêuticos, médicos, ortopédicos e de perfumaria, possui a terceira maior participação na taxa global do varejo (19%), com crescimento de 11,9% na comparação com setembro do ano anterior, e taxas acumuladas de 9,5% nos primeiros nove meses e de 9,3% para os últimos doze meses (IBGE, 2013).

¹⁶ A metodologia empregada pelo IBGE é baseada em valores calculados pela divisão da margem de comercialização pelo custo das mercadorias vendidas.

Outros elementos chamam a atenção para a situação desse setor no Brasil, face ao mercado promissor e em franca expansão, que tem se caracterizado, a partir de 2011, por um ciclo de fusões. Redes de farmácias envolvendo, principalmente, o eixo Rio-São Paulo, uniram-se, criando as maiores empresas do setor. O primeiro caso foi fruto da fusão entre a Drogaria Raia e Drogasil, formando Raia Drogasil S/A. O segundo exemplo desse fenômeno envolve a Drogaria São Paulo, que se associou à Drogaria Pacheco, grande rede sediada no Rio de Janeiro. Essas fusões criaram os maiores grupos do setor, com vendas superiores a quatro bilhões de reais (EXAME, 2013)

Além do processo de fusões, foi observada a entrada recente de capital internacional no varejo farmacêutico brasileiro. A empresa americana *CVS Caremark Corporation*, uma das maiores cadeias de farmácias dos Estados Unidos, efetuou a compra do controle da rede de drogarias Onofre, que também possui posição de destaque no mercado brasileiro, em começo de fevereiro de 2013 (EXAME, 2013).

Vale ainda ser mencionado que, em 2012, ocorreram também diversas aquisições de redes regionais, como o caso da Empresa Brasil Pharma, pertencente ao grupo BTG Pactual, que adquiriu seis redes regionais, entre as quais a rede paraense Big Bem e a baiana Sant'ana. No início do ano de 2013, a distribuidora de produtos farmacêuticos Profarma adquiriu a CSB Drogarias e também as marcas Drogasmil e Farmalife e, posteriormente, um percentual de participação na rede de Drogaria Tamoios, no estado do Rio de Janeiro.

Mais recentemente, em 14/08/2013, o Jornal Valor Econômico divulgou a notícia que a Empresa Brasil Pharma está em negociação com as três maiores distribuidoras de medicamentos do país — Profarma, PanPharma e a Santa Cruz — no sentido de agregar suas operações com essas companhias (VALOR ECONÔMICO, 2013). Essa junção, se confirmada, resultará na verticalização entre as ações de varejo e distribuição, como já ocorre entre outras empresas desse setor.

Nesse momento, cabe sublinhar que a quase totalidade das redes de farmácias citadas que passaram por processo de fusão ou aquisição, como as citados acima, são estabelecimentos credenciados no Programa Farmácia Popular do Brasil.

E mais: é possível que esse fenômeno recente da sequência de aquisições ou fusões operadas no varejo farmacêutico tenda a continuar existindo e até se expandir. Existe aparentemente uma lacuna de estudos explorando o que vem ocorrendo com esse setor comercial. É possível que as motivações subjacentes sejam semelhantes

às presentes nesses processos ocorrendo do setor industrial produtor farmacêutico. Sobre estes últimos, Magalhães *et al* (2003), destaca que as fusões dos grandes laboratórios multinacionais ocorrem face ao acirramento da concorrência mundial que motiva novas estratégias de crescimento, em especial com objetivo de manutenção ou ampliação da posição competitiva no mercado farmacêutico. Ainda, segundo essa mesma autora, as operações de fusões e aquisições, sob o ponto de vista microeconômico, são justificadas pela redução de custos, ganhos de economia de escala e escopo em atividades de pesquisa e desenvolvimento, envolvendo também a redução dos custos de distribuição.

Essa transformação recente no segmento do comércio varejista nacional pode satisfazer aos mesmos objetivos e estratégias de melhoria da posição competitiva neste setor e poderá implicar em aumento na concentração de mercado.

No Brasil, existem três associações nacionais representantes do setor varejista de farmácias, que inclusive participam de acordos formais no contexto do Programa Aqui Tem Farmácia Popular: Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (ABCFARMA), Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (ABRAFARMA) e Federação Brasileira das Redes Associativistas de Farmácias (FEBRAFAR).

Dados disponibilizados do *ranking* anual, ano base 2012, no portal eletrônico da Abrafarma (2013), informa que as dez maiores redes de varejo farmacêutico brasileiro eram, em ordem decrescente de vendas, as drogarias: Raia Drogasil (sede no estado de São Paulo), Pague Menos (sede no Ceará), São Paulo (sede em São Paulo), Pacheco (sede no Rio de Janeiro), Big Ben (sede no Pará), Araújo (sede em Minas Gerais), Panvel (sede no Rio Grande do Sul), Nissei (sede no Paraná), Onofre (sede também em São Paulo) e Imifarma (sede no Pará).

Segundo essa mesma Associação, as dez maiores redes de drogarias em número de lojas, em ordem decrescente, são: Raia Drogasil, Pague Menos, São Paulo, Pacheco, WalMart, Panvel, Nissei, Mais Econômica, Big Ben e Imifarma (ABRAFARMA, 2013).

Caber ressaltar que todas as firmas citadas nas duas listas acima, fazem parte do Programa Farmácia Popular do Brasil, em sua vertente Aqui Tem Farmácia Popular, exceto a rede do grupo Walmart Brasil, formado pelas Farmácias Bompreço, TodoDia, BIG, Nacional, Walmart e Maxxi, que estão localizadas dentro de supermercados, hipermercados e atacados do Grupo Walmart.

Como referido anteriormente, em outros momentos dessa tese, como na seção ligada a PNM, o processo de descentralização das ações relacionadas à AF relaciona-se com seu financiamento. Esse é um tema relevante e vem ao longo do tempo passando sucessivas modificações, que serão discutidas no capítulo a seguir.

2 FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O financiamento no setor de saúde é um tema presente na agenda de debates dos sistemas de saúde, inclusive no SUS. Isso se dá pela sua importância social e pela participação, cada vez maior, não só na economia como um todo, mas em particular nas contas públicas e nos orçamentos das famílias.

Atos legais, desde a Constituição Federal de 1988, passando pelas leis nº 8.080/90 e 8142/90, as Normas Operacionais Básicas e de Assistência à Saúde em suas várias edições, fazem parte dos antecedentes históricos do financiamento da saúde e, também, da assistência farmacêutica no SUS. Esses atos surgiram da necessidade de ratificar a responsabilização e distribuição de atribuições aos demais níveis de governo, bem como definir as formas de financiamento e especificidades locais, aplicadas aos medicamentos (ZAIRE, 2008).

2.1 Financiamento de medicamentos: aspectos gerais

O financiamento público na área de medicamentos é um tema central para o desenvolvimento das ações de AF, tanto que a PNM estabeleceu, na Diretriz de Reorientação da AF, a necessidade de articulação em três pontos: (1) garantia de recursos pelas três esferas para distribuição direta ou descentralizada de medicamentos, (2) descentralização plena da aquisição e distribuição e (3) financiamento específico para os medicamentos da atenção básica.

Velasquez (2004) salienta que o Estado não necessariamente deve arcar e fornecer todos os medicamentos, porém os governos precisam garantir que os mecanismos de financiamento, públicos, privados ou ambos, sejam conduzidos de modo a garantir um acesso universal aos medicamentos essenciais.

É possível demarcar alguns modelos gerais no tocante ao financiamento de medicamentos que são, principalmente, financiamento público, desembolso direto pelas famílias, sistema de seguro saúde, financiamento por doadores e com fundos locais e empréstimos de desenvolvimento. Algumas características desses modelos citados estão sumarizados no Quadro 6 a seguir:

Quadro 6 — Características das fontes de financiamento de medicamentos

Fontes de Financiamento	Características
Financiamento público	• Pode ocorrer por meio do abastecimento direto central ou com sistemas de seguridade social. • Valor do financiamento dependerá de fatores, como vontade política e produção econômica. • O nível de compromisso público para financiar os cuidados de saúde e medicamentos deve ser parte explícita da política pública de saúde, pautada na análise das necessidades de saúde e opções de financiamento. • Gestores precisam estar familiarizados com os métodos de análise e planejamento, tanto do financiamento, como dos gastos públicos. • Dirigido, em geral, aos mais pobres para que tenham acesso a medicamentos essenciais garantidos.
Desembolso direto pelas famílias	• Prevalente nos países em desenvolvimento, representando usualmente a maior parcela do gasto total com medicamentos. • Muitos países têm utilizado a venda de medicamentos nos sistemas estatais de seguro-saúde, com recuperação de custos e sistemas comunitários de fundos rotativos.
Sistema de seguro saúde	• Cada segurado paga valor determinado, gerenciado pelo poder público ou por uma empresa privada. • Participação compulsória ou voluntária.
Financiamento por doadores e com fundos locais	• Envolve doações de origens bilaterais e multilaterais para cujos sistemas financeiros nacionais de medicamentos podem ser insuficientes. • Financiamento externo importante, usualmente envolvendo a participação de organizações não governamentais. • Pouco presente no contexto brasileiro.
Empréstimos de desenvolvimento	• Usado para apoiar o desenvolvimento de infraestrutura e capacitação de recursos humanos. • Muitas vezes concedidos pelo Banco Mundial e outros bancos regionais de desenvolvimento. • Alguns países têm utilizado esses mecanismos para aquisição de medicamentos e insumos.

Fonte: Elaboração própria, a partir de WHO (1998).

Partilhando dessas várias opções de financiamento de produtos farmacêuticos, é relevante a existência de critérios a serem utilizados para avaliar tais alternativas. Velasquez (2004) também expõe que essas possibilidades dirigidas à avaliação são essencialmente semelhantes aos modelos referentes ao financiamento dos serviços de saúde.

Desse modo, existem seis diferentes opções (Quadro 7), que podem ser isoladas ou conjugadas. Diversos sistemas de saúde podem assumir uma abordagem pluralista em relação ao financiamento dos serviços de saúde e dos medicamentos, “cabendo ao governo escolher e gerenciar estas opções de financiamento, principalmente para se atingir os objetivos de saúde pública” (VELASQUEZ, MADRID, QUICK, 1999, p. 7).

Quadro 7 — Critérios para avaliação do financiamento de medicamentos

Medidas de Viabilidade	Medidas de Resultado
Sustentabilidade financeira: O modelo gera recursos suficientes no longo prazo?	Equidade: O modelo promove acesso universal a medicamentos essenciais?
Requisitos institucionais e administrativos: Quais são os elementos institucionais e/ou gerenciais necessários ao sucesso do modelo?	Eficiência: O modelo permite obter os máximos benefícios em saúde para os recursos investidos?
Aceitação: Qual a aceitação pública e política do modelo?	Uso racional: O modelo de financiamento estimula a prescrição e uso correto de medicamentos?

Fonte: Elaboração própria, a partir de Velasques, Madrid, Quick (1999, p. 7).

A observação dos critérios de avaliação no contexto da política de saúde é importante na medida em que estas são implementadas e, especificamente no campo da AF, do Programa Farmácia Popular do Brasil sob estudo, marcado por características inovadoras como o copagamento e a maciça utilização do comércio varejista, entre outros, como se verá mais adiante nos resultados dessa tese.

Questões ligadas às medidas de viabilidade ou de resultado, mas principalmente quanto à sustentabilidade financeira, da equidade, eficiência e uso racional devem estar presentes como critérios de eleição na avaliação e reconstrução do arcabouço regulatório, cuja gestão técnica e administrativa dos programas de saúde e, em especial, o PFPB, precisa ser controlada e fiscalizada, sob o comando público no tocante aos princípios, diretrizes e cumprimento das funções públicas (SANTOS, 2011).

A despeito desses modelos “clássicos” de financiamento da aquisição de medicamentos, o panorama do setor público brasileiro vem se alterando, verificando-se cada vez mais o papel descentralizador do MS para os municípios, responsabilizando-os mais em gerenciar a etapa de obtenção e dispensação destes produtos, em conformidade com a perspectiva da PNM. Entretanto, são observados paradoxos nesse cenário, principalmente pela introdução do PFPB.

Essa situação difere do que ocorreu no passado, quando a história brasileira do financiamento público de medicamentos apresentava um caráter centralizador pelo MS (KORNIS, BRAGA e ZAIRE, 2008). Como já visto, os processos de aquisição de medicamentos seguiram um modelo centralizado de gestão, realizados pela Central de Medicamentos (CEME) até sua extinção em 1997. Após a CEME ter sido extinta, existiu um período transitório e que perdurou até o início do desenvolvimento de ações descentralizadoras, denominado Programa Farmácia Básica, com a repartição padrão de *kits*, compostos por itens de uso mais generalizado, como antes apresentado (COSENDEY, 2000).

O movimento descentralizador no financiamento da AF, especificamente voltado ao contexto da APS, é inaugurado pela vigência da Portaria GM nº. 176/1999 (BRASIL/MS, 1999), que definiu um incentivo à assistência farmacêutica básica, cabendo ao Ministério da Saúde a gestão central dos Programas Estratégicos. Estabeleceu-se o repasse financeiro direto do fundo federal aos fundos estaduais e/ou municipais, permitindo a estes entes governamentais maior autonomia na aquisição de medicamentos, mobilizando sua própria estrutura administrativa e de serviços.

Nesse momento, o financiamento envolvia um recurso mínimo de R\$ 2,00 por habitante/ano, em que R\$ 1,00 seria de responsabilidade do governo federal e o restante arcado por estados e municípios, sem clara definição de proporcionalidade entre estes. Existiam, ainda, normas específicas e focais, como financiamento para área de saúde mental, que não envolvia os municípios, até então.

Em 2005, através das Portarias 1.105 (BRASIL/MS, 2005b) e 2.084 (BRASIL/MS, 2005c), foi verificado um aumento no aporte de recursos, reforçando o papel do município como gestor da aquisição de medicamentos relacionados à atenção básica, em conformidade à PNM. A partir da Portaria 2.084, o valor *per capita* anual expandiu-se para R\$ 5,75, sendo R\$ 3,75 arcados pelo Ministério da Saúde, R\$ 1,00 pelo estado e R\$ 1,00 pelos municípios.

Os mecanismos de financiamento do SUS foram paulatinamente se aprimorando, tendo impacto direto nas atividades e gestão da AF, pois as normas operacionais e inúmeras portarias ministeriais tornavam seu entendimento de difícil compreensão, principalmente pela fragmentação ali presente, com inúmeras “caixas” de recursos.

A partir das Portarias GM/MS nº 399 de 2006 e GM/MS nº 204, de 2007, foram reorganizados os mecanismos de financiamento do SUS, sendo definidos inicialmente cinco blocos de financiamento, contidos especificamente no Pacto de Gestão, instituída por meio da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL/MS, 2006c). Neste Pacto, definiu-se que o financiamento referente à Assistência Farmacêutica era de responsabilidade dos três gestores do SUS, devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e também a organização das ações de Assistência Farmacêutica necessárias, de acordo com a estruturação dos serviços de saúde.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 204/2007 (BRASIL/MS, 2007a), a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde se organizou em quatro outros blocos, além da Assistência Farmacêutica: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS. Destaca-se a existência de um sexto bloco de financiamento, o de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, criado posteriormente pela Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009.

De fato, a configuração da AF como bloco de financiamento produziu maior descentralização e que isso deve requerer, dos gestores das diversas instâncias, compromissos de melhoria de acesso a medicamentos, no uso correto e na gestão eficiente dos recursos.

Já seguindo esse novo formato de financiamento por blocos, ainda em 2007, a Portaria nº 3.237 (BRASIL/MS, 2007b) elevou o valor de transferência fundo a fundo para a AF a um gasto *per capita* de R\$ 7,10, com a seguinte distribuição: R\$ 4,10 pelo MS e 1,50 para cada um dos entes infranacionais. Além disso, essa Portaria passou a incluir os insumos destinados a atender aos pacientes diabéticos insulinodependentes.

A existência de normativas e definição de responsabilidades de financiamento vão além das regras relativas aos medicamentos básicos, pois outros grupos de

medicamentos, com normas específicas, também estiveram presentes concomitantemente ao longo do tempo.

Já havia uma base de organização dirigida ao financiamento de medicamentos do Componente Especializado, chamados anteriormente de Alto Custo e Excepcionais, que foram — e ainda são — normatizados por intensa base legislativa (CARIAS et al, 2011). Este grupo era de responsabilidade do antigo INAMPS e, posteriormente, tiveram sua execução descentralizada aos estados e passou por inúmeras mudanças até o momento presente.

Em que pese não ser foco dessa tese, a organização e funcionamento desse Componente serão tratados brevemente logo adiante. É interessante frisar que, embora o MS tenha iniciado a aquisição de medicamentos nos anos 80, somente em 2006, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), este ente procedeu à revisão do Programa de Medicamentos Excepcionais, finalmente disposta na Portaria GM/MS nº. 2577, de 27 de outubro de 2006 (CONASS, 2011). Sua publicação regulamentou o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, trazendo importantes elementos de reformulação quanto aos objetivos e responsabilidades do ente estadual e federal. Destaca-se que esta norma estabeleceu, pela primeira vez, parâmetros para disponibilização desses medicamentos no âmbito do SUS, para tratamento de agravos de acordo com os seguintes critérios:

- doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado;
- doença prevalente, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado, desde que:
 - exista tratamento previsto para o agravo no nível da Atenção Básica, ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior gravidade, ou
 - o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo esteja inserido na atenção especializada (BRASIL/MS, 2006d).

A seguir, são explorados brevemente elementos de estruturação e características de financiamento da AF atualmente presentes no SUS.

2.2 Organização do Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde

No bloco de financiamento da AF, os recursos estão atualmente categorizados em três componentes¹⁷: Estratégico, Especializado e Básico, onde os entes gestores do SUS, dependendo da especificidade de cada grupo, participam financiando, através da aquisição direta ou por repasse de contrapartidas financeiras.

2.2.1 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

Tem financiamento exclusivo do Ministério da Saúde para o custeio dos medicamentos destinados ao tratamento de doenças que, por sua natureza, possuem abordagem terapêutica estabelecida, com perfil endêmico, que tenham impacto socioeconômico e são consideradas problemas de saúde pública pelo gestor federal. Esse Componente da Assistência Farmacêutica objetiva disponibilizar medicamentos para o atendimento de programas estratégicos de saúde, congregando medicamentos para:

¹⁷ A ressaltar que existem outras formas de financiamento de medicamentos, como o caso dos oncológicos dentro do SUS. Estes produtos compõem procedimentos específicos, fornecidos em estabelecimentos habilitados em oncologia. São informados como procedimentos quimioterápicos no subsistema de autorização de procedimentos de alta complexidade (APAC), do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS).

- Controle da Tuberculose;
- Controle da Hanseníase;
- Antirretrovirais dos Programas de DST/Aids;
- Endemias Focais: malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- Sangue e Hemoderivados;
- Alimentação e Nutrição;
- Controle do Tabagismo;
- Influenza.

Esse grupo possui uma logística de funcionamento própria, tendo a participação das três instâncias de gestão do SUS, cujas competências podem ser representadas na Figura 5 a seguir.

Figura 5 — Competências dos níveis de gestão no Componente Estratégico



Fonte: Elaboração própria.

2.2.2 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

No momento, destina-se ao grupo de medicamentos¹⁸ estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.554/2013 (BRASIL/MS, 2013a). Esta Portaria relaciona os medicamentos que compõem as linhas de cuidado para as doenças contempladas, que devem estar garantidos mediante pactuação entre a União, estados, Distrito Federal e municípios. O acesso a esses medicamentos acontece em diferentes níveis de atenção à saúde, razão pela qual a elaboração e a aprovação do CEAF ocorreram simultaneamente à atualização da Portaria relacionada ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Independentemente do grupo ao qual pertença o medicamento no CEAF, seu acesso em nível ambulatorial deve ter por base os critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Estes PCDT definem quais são os medicamentos disponibilizados para o tratamento das patologias contempladas.

A Portaria GM/MS nº 1.554/2013 estabelece ainda que a incorporação, exclusão, ampliação ou redução de cobertura de medicamentos no âmbito do CEAF ocorrerá mediante decisão do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). E mais: que o impacto orçamentário das incorporações ou ampliação de cobertura para medicamentos já incorporados será calculado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde.

A estruturação deste Componente é marcada pela divisão de três grupos de medicamentos (Quadro 8), com definição explícita, a depender do grupo de instâncias

¹⁸ Ressalta-se que a Portaria GM/MS n. 2.981, de 26 de novembro de 2009 alterou a denominação do Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional para Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e o aprimorou. Novas estratégias de acesso aos medicamentos; alterações gerenciais e conceituais — como a as linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade do tratamento em todas as fases evolutivas das doenças — são exemplos da organização do CEAF e ainda estão presentes na configuração atual desse Componente (BRASIL/MS, 2009b).

gestoras responsáveis por seu financiamento, gerenciamento e formas de organização distintas.

Quadro 8 — Características e responsabilidades de financiamento no CEAF

Grupos	Características	Responsabilidade de financiamento
I	• Elevado impacto financeiro para o CEAF • Produtos indicados para doenças mais complexas. • Utilizados em casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento. • Envolvidos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. • Divididos em dois subgrupos: • 1 A — depende de informação dos estados para sua programação, que ocorre no âmbito do MS. • 1B — aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação realizadas pelos Estados e DF.	• Grupo 1A — financiamento e aquisição centralizada no MS. • Grupo 1B — financiados pelo MS com transferência de recursos financeiros aos Estados e DF.
II	• Menor complexidade de tratamento da doença. • Situações de refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento. • Aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação pela SES e DF.	• Responsabilidade das SES e do DF.
III	• Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. • Aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação de responsabilidade dos municípios.	• Financiamento tripartite.

Fonte: Elaboração própria.

2.2.3 Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)

Voltado para aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica em saúde, o CBAF possui, como base de organização, a RENAME em vigor. Atualmente, regulamentado pela Portaria nº 1.555/2013 (BRASIL/MS, 2013b), o financiamento mínimo por habitante/ano, somando-se as contrapartidas dos três entes federativos, é de R\$ 9,82, distribuídos conforme Quadro 9 a seguir:

Quadro 9 — Valores mínimos no financiamento do CBAF, segundo a Portaria 1.555/2013

Esfera	Valores Mínimos por habitante/ano
União	5,10
Estados	2,36
Municípios	2,36

Fonte: Elaboração própria.

Ressalta-se que a Portaria 1.555/2013 não produziu efeitos de aumento nos valores de financiamento no CBAF quando comparados à norma antecedente, qual seja, a Portaria 4.217/2010. Até então, a aquisição dos insumos aos pacientes insulínod dependentes era compartilhada somente entre estados e municípios. A norma atual incorporou os recursos antes exclusivos à aquisição destes insumos, no valor de R\$ 0,50, agregando-os ao financiamento como um todo. Em síntese, os valores mínimos atuais são para financiar medicamentos e insumos, abrangendo as três esferas de gestão (BRASIL, 2010).

Especificamente no Estado do Rio de Janeiro, recentemente foram aprovadas as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, conforme a Deliberação CIB-RJ nº 2.661, de 26/12/2013, publicada no Diário Oficial em 15/01/14 (SES-RJ, 2014). A contrapartida estadual de repasse foi estabelecida em R\$ 2,50, permanecendo, com relação à contrapartida dos outros entes, os valores presentes na portaria ministerial de 2013.

O Componente da Atenção Básica possui peculiaridade em relação aos outros dois componentes de financiamento da AF, em que os recursos financeiros devem ser destinados exclusivamente à aquisição de medicamentos e insumos. Esse Componente permite a aplicação de recursos para atividades de adequação de espaço físico das farmácias no SUS (aquisição de equipamentos e mobiliários) e/ou de educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da atenção básica. Os valores correspondem ao teto de 15%, exclusivo da contrapartida municipal. Os estados, desde que pactuados em CIB, poderão também contribuir nesse financiamento.

A presente portaria do CBAF definiu como base de referência os produtos contidos nos anexos I (medicamentos) e IV (insumos) da atual RENAME. Ao Ministério da Saúde cabe o financiamento, aquisição e repasse direto da insulina humana NPH

100 UI/ml, insulina humana regular 100 UI/ml, medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher (DIU, diâmetro e preservativos).

A Assistência Farmacêutica foi beneficiada como um bloco particular de financiamento, destacado pela importância presente nos gastos dos governos e complexidade inerente ao tema. Logo, deve-se ressaltar que, além da dimensão da provisão de medicamentos para o cuidado em saúde, a AF também necessita de cuidadosa gestão, aumentando ainda mais a responsabilidade dos gestores quanto à aplicação correta e eficiente de recursos, bem como quanto à seleção e ao uso apropriado daqueles produtos que são utilizados, como fatores para garantir a sustentabilidade do financiamento público e efetividade das ações de assistência à saúde.

Tomando por base as diversas portarias ministeriais relacionadas ao financiamento da AF na APS, verifica-se elevação de 391% nos mínimos de aplicação *per capita* desde 1999, comparando-se o somatório das três esferas de governo. A Tabela 2 abaixo traz a composição dos valores correntes, conforme as normas de financiamento instituídas ao longo do tempo.

Tabela 2 — Evolução da aplicação dos recursos para o custeio *per capita*/ano da AF na atenção básica, em valores correntes

Ano	MS	SES	SMS	Total
1999	1,00	0,50	0,50	2,00
2005	3,75	1,00	1,00	5,75
2008 ^a	4,10	1,50	1,50	7,10
2010 ^a	5,10	1,86	1,86	8,82
2013	5,10	2,36	2,36	9,82

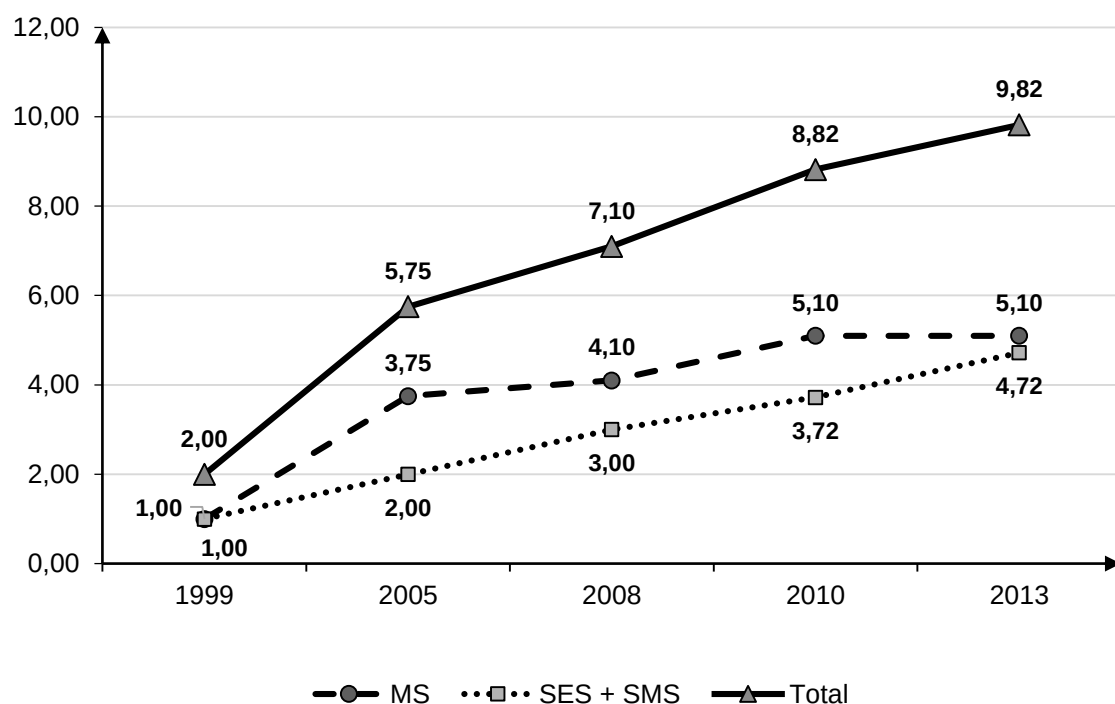
Nota: a — Os recursos informados nos anos de 2008 e 2010 são restritos para compra de medicamentos, sendo desconsideradas as contrapartidas estaduais e municipais ao financiamento de alguns insumos para tratamento do diabetes.

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados das Portarias GM/MS 176/99, 2.084/05, 3.237/07, 4.217/10 e 1.555/13.

O Gráfico 2, na sequência, facilita a visualização da expansão ocorrida nos valores, segundo o histórico das regras de financiamento, comparado ao início da descentralização de repasses de recursos aos municípios e estados por habitante ocorridos em 1999 e a norma de 2013. É destacado o crescimento do repasse ministerial, com elevação de 410%, sem considerar os valores gastos pelo MS com

aquisição dos demais produtos de financiamento e repasse direto (insulinas, medicamentos da saúde da mulher). As contrapartidas municipal e estadual mínimas por habitante apresentaram crescimento de 372%.

Gráfico 2 — Evolução dos recursos por habitante no custeio da AF básica, em valores correntes



Legenda: MS — Ministério da Saúde; SES + SMS — Secretarias Estaduais de Saúde + Secretarias Municipais de Saúde.

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados das Portarias GM/MS 176/99, 2.084/05, 3.237/07, 4.217/10 e 1.555/13.

No entanto, esses arranjos de financiamento podem ser mais complexos, pois ao serem consideradas as pactuações em instâncias de deliberação pelas CIB, envolvendo os estados e municípios, é possível a existência de valores mínimos superiores aos contidos nas normas do MS. Outra ponderação decorre da possibilidade de existência de outros gastos na aquisição de medicamentos na APS, realizados pelos entes subnacionais independentemente da norma de financiamento ou das deliberações pactuadas, que podem tornar os gastos por habitante ainda mais elevados.

Com a finalidade de sintetizar o exposto, o Quadro 10, abaixo, sumariza as principais características de funcionamento e responsabilidades de financiamento público da AF brasileira, conforme seus três Componentes.

Quadro 10 — Características e responsabilidades de financiamento da AF no Brasil

Componente	Características gerais	Responsabilidade no financiamento
Estratégico	Tratamento de grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas estratégicos do MS com protocolos e normas estabelecidas.	Ministério da Saúde compra e distribui medicamentos às SES ou diretamente aos Municípios, dependendo do porte.
Especializado	- Estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, que visa à garantia da integralidade do tratamento, em nível ambulatorial. - Abordagens terapêuticas estabelecidas em PCDT, publicadas pelo MS.	Divididos em três grupos: - Grupo I — MS. - Grupo II — SES. - Grupo III — União, Estados, DF e Municípios.
Básico	- Aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da APS. - Elenco de referência de medicamentos e insumos complementares, com base na RENAME vigente.	- Três esferas de gestão, com contrapartidas mínimas definidas na Portaria MS 1.555/2013. - As contrapartidas estaduais ou municipais podem ser aumentadas, conforme pactuação na CIB.

Fonte: Elaboração própria.

Cabe ainda frisar que, ao longo do tempo, as regras definidas pelo Ministério da Saúde no tocante ao financiamento da AF estavam estritas hegemonicamente à aquisição de medicamentos, sendo tímidas as previsões de recursos para estruturação e a organização dos serviços farmacêuticos, elemento relevante para o êxito das ações de AF. Entretanto, em 2006, por meio do Pacto pela Saúde, com a publicação da Portaria GM/MS nº 399/2006, passou a existir a possibilidade de destinação de recursos a esse objetivo, de forma direta, por meio de transferências oriundas do MS (BRASIL/MS, 2006c).

A Portaria nº 204/2007 define, por meio do Componente para a Qualificação da Gestão (dentro do Bloco de Gestão do SUS), a possibilidade de financiamento de apoio à estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica (BRASIL/MS, 2007a). Assim, mais recentemente e ainda que de forma acanhada, têm

sido desenvolvidas novas ações dirigidas à melhoria da estrutura dos serviços farmacêuticos no âmbito do setor público do SUS.

Em 2012, foi publicada a Portaria nº 1.214, de 13 de junho, instituindo o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Esse novo Programa possui cinco diretrizes, que sucintamente são:

- a) promover condições favoráveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde;
- b) contribuir para garantia e ampliação do acesso da população;
- c) estimular a elaboração de normas, procedimentos, recomendações e outros documentos que possam orientar e sistematizar as ações e os serviços farmacêuticos;
- d) promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção, visando ao desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica no SUS e;
- e) favorecer o processo contínuo e progressivo de obtenção de dados, que possibilitem acompanhar, avaliar e monitorar a gestão da Assistência farmacêutica (BRASIL/MS, 2012b).

Esse novo programa, voltado à melhoria das condições estruturais da AF, tem como prioridade os municípios brasileiros de extrema pobreza integrantes do Plano Brasil Sem Miséria. O Ministério da Saúde, segundo dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica, transferiu aos 453 municípios, em 2012, o valor de R\$ 10.872.000,00, que correspondeu a R\$ 24.000,00 a cada um deles. Em 2013, os valores repassados foram de R\$ 19.338.000,00 (CONASEMS, 2013; SAGE, 2014).

O Programa QUALIFAR-SUS, segundo a Portaria, está estruturado em quatro eixos, apresentando para cada um desses objetivos, como disposto no Quadro 11, na sequência.

Quadro 11 — Eixos e Objetivos do Programa QUALIFAR-SUS

Eixo	Objetivo
Estrutura	Contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, equipamentos, mobiliários e recursos humanos.
Educação	Promover educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde para qualificação das ações da Assistência Farmacêutica, voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais no contexto das Redes de Atenção à Saúde.
Informação	Produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da Assistência Farmacêutica.
Cuidado	Inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando à resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia.

Fonte: Elaboração própria, a partir de BRASIL/MS (2012b).

O financiamento da AF é apenas uma etapa, que vai muito além dos valores ou processo de aquisição. Nesta lógica, os serviços farmacêuticos precisam estabelecer relacionamentos com seus usuários, favorecendo e, muitas vezes, determinando, o uso seguro de medicamentos, maximizando seus resultados positivos.

No próximo capítulo são apresentados alguns elementos relacionados ao processo de definição de preços de medicamentos no país. Esse é um dos componentes que apresenta impacto direto nas políticas de acesso a medicamentos, com consequências nos gastos tanto dos governos, como das famílias.

3 REGULAÇÃO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

Em 2006, estimativas apontam que países de alta renda respondiam por 78,5% das despesas com medicamentos em nível mundial, apesar de contarem com apenas 16% da população. Além disso, gastos dos governos, para o mesmo ano, em países com baixa, média-baixa, média-alta e alta rendas foram de 23,1%, 33,5%, 38,8% e 61,3%, respectivamente. Isso indica que, em países com menores níveis de renda, as despesas por desembolso direto dos usuários sejam a principal fonte de pagamentos de produtos farmacêuticos (Hogerzeil; Mirza, 2011).

Estudos nacionais (IPEA, 2010; IBGE, 2010) têm apontado o peso existente em gastos diretos com medicamentos pelas famílias, sinalizando que estes, embora cobertos pelo sistema de saúde, de forma total ou parcial, continuam a ser elementos de extrema relevância.

Gastos com medicamentos estão fortemente relacionados a duas condições: (a) volumes de vendas e (b) preços dos medicamentos. Em alguns países, os valores elevados estão dirigindo as despesas, enquanto em outros, padrões de consumo intensos podem estar interferindo mais diretamente. Existem ainda, fatores que explicam as diferenças entre países nos gastos com estes produtos, que podem envolver: o nível de cobertura do seguro saúde para a prescrição de medicamentos, práticas dos prescritores, comportamento do consumidor e as políticas aplicadas aos reembolsos e à regulação de preços.

Na maioria dos países europeus (como Inglaterra, França, Alemanha e Espanha), com regulação de preços no mercado farmacêutico, o financiamento do acesso aos medicamentos é principalmente público, de forma geral por meio de políticas de reembolso ou copagamento. No Brasil, diferentemente e apesar da existência de financiamento público de medicamentos no SUS, observa-se que o acesso ainda é tipicamente privado, através de pagamentos por desembolso direto, como mencionado anteriormente nesta tese.

Há poucos países cuja precificação dentro do setor farmacêutico esteja isenta de regulação. Os Estados Unidos, maior mercado mundial consumidor de fármacos, não possui controle estatal sobre os preços dos medicamentos (BRITTO et al, 2012). Entretanto, nos mercados nacionais cujo acesso da população a esses produtos seja um direito de cidadania garantido pelo Estado, torna-se ainda mais justificada a

necessidade, do ponto de vista de controle dos gastos públicos e fiscal, da regulação governamental de preços de medicamentos. Essa condição está presente na maioria dos países, inclusive nos grandes mercados europeus (SANTOS; SILVA, 2008).

A motivação da regulação brasileira por meio do controle do preço de entrada (precificação) e da variação de preços (reajuste) parece estar ligada ao acesso, permitindo aos indivíduos efetuarem diretamente suas compras de medicamentos. Por outro lado, países com estrutura regulatória mais robusta visam também questões ligadas ao controle fiscal dos gastos públicos com medicamentos (SANTOS; SILVA, 2008).

O mercado farmacêutico apresenta imperfeições em seu funcionamento ou falhas de mercado¹⁹, podendo gerar um ambiente de aumento de preços abusivos, o que justifica ainda mais sua regulação. Podem ser citados como fatores relacionados à concorrência imperfeita, decorrente da reduzida competição entre empresas, os seguintes: (1) barreiras à entrada de concorrentes, (2) consumidor impossibilitado de decisão de tratamento, (3) ausência de bens substitutos, (4) vigência de patentes, (5) magnitude dos custos iniciais requeridos até sua fabricação, (6) ritmo das inovações tecnológicas e (7) assimetria de informação entre os vários atores partícipes neste mercado, como laboratórios, prescritores e pacientes (SANTOS; SILVA, 2008; TEIXEIRA, 2006; GODOY; OLIVEIRA; CAMARA, 2000).

O controle de preços de medicamentos, segundo Teixeira (2006) pode ser estabelecido sobre os preços de venda do fabricante (também chamado de preço de venda do produtor) e/ou sobre os preços de venda ao consumidor. Tal controle é realizado sobre as margens de comercialização dos atacadistas e das farmácias, sendo empregadas no Brasil essas duas formas de regulação.

As margens de distribuição do comércio atacadista são geralmente controladas por meio da definição de um percentual, fixo ou declinante, sobre o custo de produção dos medicamentos. Segundo Teixeira (2006) é:

¹⁹ Falhas de mercado são situações que impedem o mercado de atingir a condição de perfeitamente competitivo, tornando-o ineficiente. A presença de uma ou mais falhas em um determinado mercado pode justificar a regulação econômica deste. Ressalte-se, entretanto, que a regulação em si pode ser mais ineficiente do que a própria falha de mercado que a regulação pretende corrigir (SANTOS; SILVA, 2008). Um maior aprofundamento desses aspectos, contudo, foge ao escopo central dessa tese.

[...] estabelecido um preço máximo para o qual o atacadista pode comercializar o produto com a farmácia. Estima-se que as margens de distribuição podem representar mais de 40% dos preços pagos pelos consumidores (TEIXEIRA, 2006, p. 10).

Com relação à venda no varejo, conforme esta autora, é identificada a incorporação de margens fixas — um percentual de margem de lucro (*markup*) acrescido aos preços de atacado — ou a existência de taxas regressivas, de modo que, quanto maior o valor do preço do produto, menor será o percentual de margem (*markup*). É possível, ainda, a existência de uma combinação entre esses dois sistemas (TEIXEIRA, 2006).

No Brasil, historicamente, observaram-se diversas práticas de intervenções no mercado de medicamentos, que são anteriores ao modelo de regulação econômica do setor farmacêutico atualmente vigente, tais como: (1) entre 1968/1990, controle de preços pelo extinto Conselho Interministerial de Preços, ligado ao Ministério da Fazenda; (2) entre 1990/1992, políticas dos Planos Collor I e II, com momentos de congelamento de preços e liberação gradual; (3) entre 1992/2000, período de liberação do controle de preços e monitoramento por meio de acordos informais, com a indústria farmacêutica; (4) entre 2000/2003, com a instituição da Câmara de Medicamentos, e, finalmente (5) de 2003 até o momento atual, com a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (TEIXEIRA, 2006).

Especificamente em relação aos dois últimos períodos da política de preços no mercado farmacêutico presentes nos anos 2000, estes foram delimitados pela adoção de diferentes instrumentos regulatórios, já com a intervenção da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A primeira fase iniciou-se pela promulgação da Lei nº 10.213, de 2001 (depois modificada pela Medida Provisória nº 2.230/2001), que definiu a fórmula paramétrica de reajuste de preços de medicamentos (FPR) e criou a Câmara de Medicamentos (CAMED), responsável pela aprovação e análise dos preços de medicamentos, bem como de seus aumentos extraordinários e da exclusão de categorias de produtos desse regime, entre outras atividades (BRASIL, 2001). A etapa seguinte na política de regulação foi estabelecida pela edição da Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003, na qual a CAMED foi substituída pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Essa Lei trouxe novos parâmetros para a fixação e reajuste de preços dos produtores de medicamentos (BRASIL, 2003).

Desde março de 2004, os reajustes ocorrem a cada doze meses. O regime regulatório está baseado no modelo de teto de preços (*price cap*)²⁰ e o padrão de correção utilizado é o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do IBGE.

Cabe destacar que os preços dos medicamentos não têm apenas o seu reajuste regulado. Preços de produtos novos e de novas apresentações, segundo a Resolução CMED nº 2, de 5 de março de 2004, também são normatizados. Há protocolo definido pela ANVISA quanto à classificação dos novos produtos e novas associações em classes para facilitar a determinação dos preços de entrada desses medicamentos no mercado, existindo atualmente seis categorias²¹ (BRASIL/CMED, 2004).

3.1 Preço Máximo ao Consumidor e Preço de Fábrica

Na atualidade, a regulação do mercado de medicamentos no Brasil possui dois tipos de preços que devem ser observados:

- (1) Preço Fábrica (PF), que é aquele estabelecido para a indústria (ou a importadora) vender os produtos para as distribuidoras e farmácias;
- (2) Preço Máximo ao Consumidor (PMC), que corresponde ao valor máximo que pode ser cobrado dos consumidores na venda de medicamentos no comércio farmacêutico, incluindo os impostos e sua margem de distribuição.

Outro fator pertinente, que vai além da regulação central de preços, é a estrutura tributária brasileira que, para o setor de saúde, repercute como impostos no

²⁰ Consiste na autorização de reajuste de preços de acordo com a variação de um índice de preços ao consumidor (no caso, o IPCA), descontado por um fator de produtividade (denominado de fator X), calculado a partir dos ganhos estimados de produtividade do setor farmacêutico, que devem ser repassados ao consumidor. Além do fator X, existem ainda dois fatores que entram na composição de cálculo no ajuste de preços: Y e Z. O fator Y tem o objetivo de ajustar os preços relativos entre o setor farmacêutico e os demais setores da economia, tomando por base a variação dos custos não administráveis pelas empresas, enquanto o Z busca desenvolver a concorrência intrassetor (mercados farmacêuticos) aplicando a participação em faturamento dos medicamentos genéricos como indicador do grau de concentração. O mercado é classificado em três níveis, por classes terapêuticas. Para maiores detalhes, ver o trabalho de Teixeira, de 2006.

²¹ O preço de entrada de um medicamento no mercado segue critérios e fluxos específicos. Para maiores detalhes ver os dispostos da Resolução CMED nº 2, de 5 de março de 2004.

preço final dos produtos farmacêuticos comercializados (INTERFARMA, 2012): o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS); o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) — estes dois últimos mais conhecidos pela sigla PIS/PASEP — e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS).

Para os medicamentos, o PMC é determinado em função da carga tributária do ICMS, que é praticada nos estados de destino e do enquadramento destes em listas criadas com o objetivo de separá-los de acordo com o regime de tributação relativo às contribuições federais PIS/PASEP e COFINS. Diante da diferença de enquadramento, existem três tipos de listas de fatores:

- a) Positiva — que contempla produtos cujas empresas produtoras e importadoras gozam do regime especial de crédito presumido para as contribuições federais para PIS/PASEP e COFINS previsto no artigo 3º da Lei Federal nº 10.147/2000. São eles os medicamentos de uso contínuo e de larga escala.
- b) Negativa — traz os produtos sujeitos ao regime de substituição tributária relativamente às contribuições federais PIS/PASEP e COFINS, nos termos previstos no artigo 1º da Lei Federal nº 10.147/2000.
- c) Neutra — produtos que não estejam sujeitos aos regimes tributários estabelecidos na Lei nº 10.147/2000, ou seja, que não pertençam às listas negativa ou positiva.

Teixeira (2006, p. 20) sublinha a questão das margens de distribuição e comercialização na cadeia do medicamento, destacando sua importância como “responsável por até 50% do preço ao consumidor, mas também porque promove incentivos à dispensação de medicamentos”.

O histórico de composição do PMC, presente na Portaria nº 37/1992 do Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento, envolveu a definição de margens máximas de ajustes para farmácias de 30% sobre o PMC ou de 42,85% no PF e limites de distribuição de 12,6% sobre o Preço Máximo de tabela. Os custos de comercialização pelos fabricantes, despesas logísticas, tributos e descontos realizados às distribuidoras eram somados ao PF, determinando assim este PMC. Esse valor, ao final, era dividido por 0,7, resultando assim no preço de tabela, que ainda teria incluído as margens de lucros da farmácia. Essa forma de composição e

preço poderia resultar em estímulos ao aumento de faturamento por parte dos fabricantes e do comércio (TEIXEIRA, 2006; BRASIL, 2000).

Com efeito, segundo a Resolução mais atualizada da CMED, que dispõe sobre a forma de definição do PMC, que é obtido por meio da divisão do PF por fatores constantes do Quadro 12 abaixo.

Quadro 12 — Fatores para o cálculo do preço máximo ao consumidor

ICMS	Lista Positiva	Lista Negativa	Lista Neutra
19%	0,7234	0,7523	0,7071
18%	0,7234	0,7519	0,7073
17%	0,7234	0,7515	0,7075
12%	0,7234	0,7499	0,7084
0%	0,7234	0,7465	0,7103

Fonte: Elaboração própria, a partir da Resolução CMED nº 2, de 3 de abril de 2013 (BRASIL, 2013).

A alíquota do ICMS tem valores que variam de estado para estado do Brasil e também com o tipo de produto (mercadorias/serviços). Tais fatores guardam relação com as cargas tributárias do ICMS praticadas nos Estados de destino e a incidência da contribuição para o PIS/PASEP e COFINS. O Preço Fábrica é uma combinação que envolve o preço do laboratório com custo para financiar vendas, mais fretes, PIS/COFINS, ICMS e desconto na distribuição (BRASIL/CMED, 2013).

Estimativas apontam que as margens das farmácias podem variar segundo as distintas alíquotas de ICMS sobre o PMC. Para medicamentos presentes na lista neutra, entre 28,9% e 29,3%; fármacos da lista positiva, 27,6%; e da lista negativa, com variação entre 24,8% até 25,4% (TEIXEIRA, 2006).

3.2 Compras públicas

Com relação às compras públicas, a CMED também estabeleceu novos mecanismos de regulação. A Câmara criou, em 2006, o índice chamado Coeficiente de Adequação de Preço²² (CAP). Esse coeficiente corresponde ao desconto mínimo

²² O cálculo do CAP deriva da média da razão entre o índice do PIB *per capita* do Brasil e os índices do PIB *per capita* da Austrália, Canadá, Espanha, Estados Unidos, França, Grécia, Itália, Nova Zelândia e Portugal. Ele considera o Relatório do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das

obrigatório a ser aplicado pelas farmácias, drogarias, distribuidoras e produtoras de medicamentos, incidente ao Preço de Fábrica (PF) de um conjunto específico de produtos farmacêuticos vendidos a entes da administração pública.

A aplicação do CAP sobre o Preço Fábrica deriva um novo componente de referência de preço, denominado Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG). O PMVG tem como objetivo definir um preço limite, servindo como um teto para as compras de medicamentos realizadas pelos entes da Administração Pública direta e Indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a partir do qual se deve iniciar o processo de negociação (ANVISA, 2013). No entanto, nos produtos em que não existe obrigatoriedade de aplicação do CAP, o limite do preço de vendas de medicamentos efetuadas para entes da Administração Pública deverá respeitar o Preço de Fábrica.

No capítulo seguinte, será abordada a assistência farmacêutica no contexto da SMS-Rio, *lócus* de inserção dessa tese, buscando-se ainda agregar alguns elementos relacionados à organização e gestão de rede de serviços de saúde desse órgão.

Nações Unidas, sendo anualmente atualizado. O CAP é aplicado sobre o PF de medicamentos do Componente Especializado da AF, aos indicados para o tratamento de DST/AIDS e câncer e aos hemoderivados, segundo Comunicado CMED nº 10, de 30 de novembro de 2009. Também é empregado nas compras públicas de qualquer medicamento a ser adquirido por força de decisão judicial. Para maiores detalhes, ver <http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/i/6>.

4 ATENÇÃO PRIMÁRIA E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Antes de se apresentar a organização municipal da AF, delineiam-se alguns aspectos dos serviços de saúde sob gestão do município do Rio de Janeiro, especialmente no tocante à atual configuração da atenção primária em saúde, que vem passando por um processo de expansão, realizada por meio de parcerias com a contratação de Organizações Sociais (OS). Essas mudanças recentes também têm produzido reflexos no modelo e na forma de inserção dos serviços farmacêuticos nesse contexto.

4.1 Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro

Historicamente, apesar do município do Rio de Janeiro ter aderido desde 2003 ao projeto de expansão e consolidação da saúde da família do Ministério da Saúde, a cidade não vinha apresentando progressos na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, segundo dados do MS, contava com somente 3,5% de cobertura até o ano de 2008 (BRASIL/MS, 2005d).

A partir da sucessão de governo ocorrida em 2009, a APS foi destacada como prioridade na agenda política municipal, seja pelo aporte de recursos orçamentários destinados à execução e ao início de sua expansão, seja com a constituição, no organograma da SMS-Rio, da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), cuja estrutura de gestão dedica-se ao desenvolvimento de ações de fortalecimento na atenção primária em saúde (APS) (RIO, 2009a).

A ampliação APS no Rio de Janeiro transcorreu pelo aumento da cobertura da ESF, efetuada por OS²³, que ocorreu logo após a promulgação da Lei Municipal nº

²³ São entidades jurídicas de direito privado, associações ou fundações, sem finalidades lucrativas, dedicadas à prestação de serviços públicos não exclusivos de Estado, devendo preencher requisitos de lei(s) específica(s). A qualidade de Organização Social é um título concedido pelo poder público competente (RIO, 2011).

5.026, de 19 de maio de 2009²⁴ (RIO, 2009b). A lista das entidades classificadas como OS pela Comissão de Qualificação das Organizações Sociais do Município do Rio de Janeiro continha, em 2009, vinte e seis entidades, das quais dezessete (65%) tinham a saúde como área de atuação e a SMS-Rio era a pasta que mais havia realizado contratos de gestão com essas Organizações (RIO, 2011a).

Nessa lógica, vale salientar que a execução e o fomento das atividades, bem como normativas de funcionamento da parceria entre o poder público e a entidade qualificada como Organização Social, implicam em formalização de um contrato de gestão. Essas parcerias público-privadas, focadas na ampliação da rede de APS, exercem atividades com efeitos diretos na gestão de recursos humanos, na manutenção e no investimento (exceto obras de novas unidades) nas unidades básicas de saúde.

No ano de 2012, a rede de serviços próprios de saúde do município contava com duzentas e setenta e uma unidades, muitas das quais operadas por OS (CNES, 2012). Essa rede própria, segundo o perfil de atendimento, pode ser categorizada em atenção primária, secundária e terciária (RIO, 2010), cujo quantitativo e tipo podem ser identificados no Quadro 13 abaixo, o qual mostra o grande predomínio (72,3%) dos serviços relacionados à APS.

Quadro 13 — Rede de serviços de APS na SMS-Rio

Tipo de Unidade	Quantidade	Perfil de Atendimento
Centro de Apoio Psicossocial	24	Atenção Secundária
Clínica da Família	71	Atenção Primária
Centro Municipal de Saúde (CMS)	125	Atenção Primária
Hospital	28	Atenção Terciária
Policlínica	9	Atenção Secundária
Unidade de Pronto Atendimento	14	Atenção Secundária

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do CNES (2012).

Além da expansão ocorrida, com investimentos em novas unidades, o modelo de atenção adotado pela ESF também tem utilizado os equipamentos já existentes,

²⁴ A Lei prevê como áreas de atuação a serem operadas em parceria como OS: pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura, saúde e esportes, com expectativas de inclusão das áreas, de assistência social e a educação especial inclusiva, de reabilitação e acessibilidade da pessoa com deficiência.

como aquelas habitualmente denominadas unidades tradicionais, que vêm incorporando equipes em centros municipais de saúde (CMS) já existentes.

Com isso, quanto ao modelo de gestão, a SMS definiu um novo arranjo institucional, com tipologia de unidades distintas, de classificação A, B e C, tendo como característica principal a presença ou ausência da cobertura no território de equipes da ESF, que são sempre operadas por OS (RIO, 2010).

As unidades tipo A são aquelas plenamente operadas por OS, cujo território está coberto pelas equipes da ESF. Aquelas do tipo B, com cobertura parcial da ESF, caracterizam-se pela gestão compartilhada entre OS (gestão de RH e infraestrutura às equipes) e administração direta municipal (gestão dos servidores públicos e da unidade). Já as unidades tipo C não contam com equipes, operadas exclusivamente pela administração direta municipal, mas podem possuir território de referência definido (RIO, 2010). O Quadro 14 abaixo sintetiza essas características:

Quadro 14 — Principais características das unidades A, B e C, segundo modelos de atenção das unidades de APS no município do Rio de Janeiro

Características	Tipo A	Tipo B	Tipo C
Adscrição de clientela	Sim	Parcial	Não possui
Cobertura do território por ESF e saúde bucal	Completa	Parcial	Não possui
Tipo de Unidade	CF e CMS	CMS	CMS
Gestão da Unidade	OS	OS/A. direta	A. direta
Gestão de Recursos humanos	OS	OS/A. direta	A. direta

Legenda: ESF — Estratégia Saúde da Família; CF — Clínica da Família; CMS — Centro Municipal de Saúde; OS — Organização Social; A. direta — Administração direta.

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Pereira (2013).

A meta estabelecida no Plano Estratégico da Prefeitura 2009-2012 foi para aumentar em dez vezes a cobertura municipal do Saúde da Família até final de 2012, tendo como referência o ano de 2008; logo, buscava uma cobertura mínima de 35% (650 ESF), que alcançaria cerca de 2,4 milhões de cariocas potencialmente cobertos. Dentre outras metas estabelecidas no documento, havia também o registro de destinação do aporte de novos recursos para viabilizar o projeto expansionista da APS (RIO, 2009c).

Desse modo, com relação à rede de atenção primária, em dezembro de 2012, a cidade possuía setecentas e sessenta equipes completas de Saúde da Família,

correspondendo a uma cobertura de 41,0%. A ampliação desenvolveu-se principalmente por meio da construção de novas unidades, sobretudo das Clínicas da Família (CF), nos diversos distritos sanitários da cidade, chamados de área de planejamento (AP)²⁵.

As Clínicas de Família são unidades com aproximadamente 1.000 m² de área construída, que contam com equipe multidisciplinar de profissionais de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, agentes comunitários e de vigilância em saúde, farmacêutico, dentre outros) e que oferecem, além de consultas médicas, exames laboratoriais e de imagem. As CF podem comportar um número variado de equipes, possuindo projeto arquitetônico padrão estabelecido pela Prefeitura, e são totalmente geridas por OS (RIO, 2010).

Também apresentam acesso ao sistema de prontuário eletrônico informatizado, contratado junto a empresas do mercado, que registra as informações dos pacientes, os atendimentos e alimenta diversos sistemas oficiais do MS: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* da Atenção Básica (SISHIPERDIA), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Também permite o registro das dispensações de medicamentos realizadas pelas farmácias.

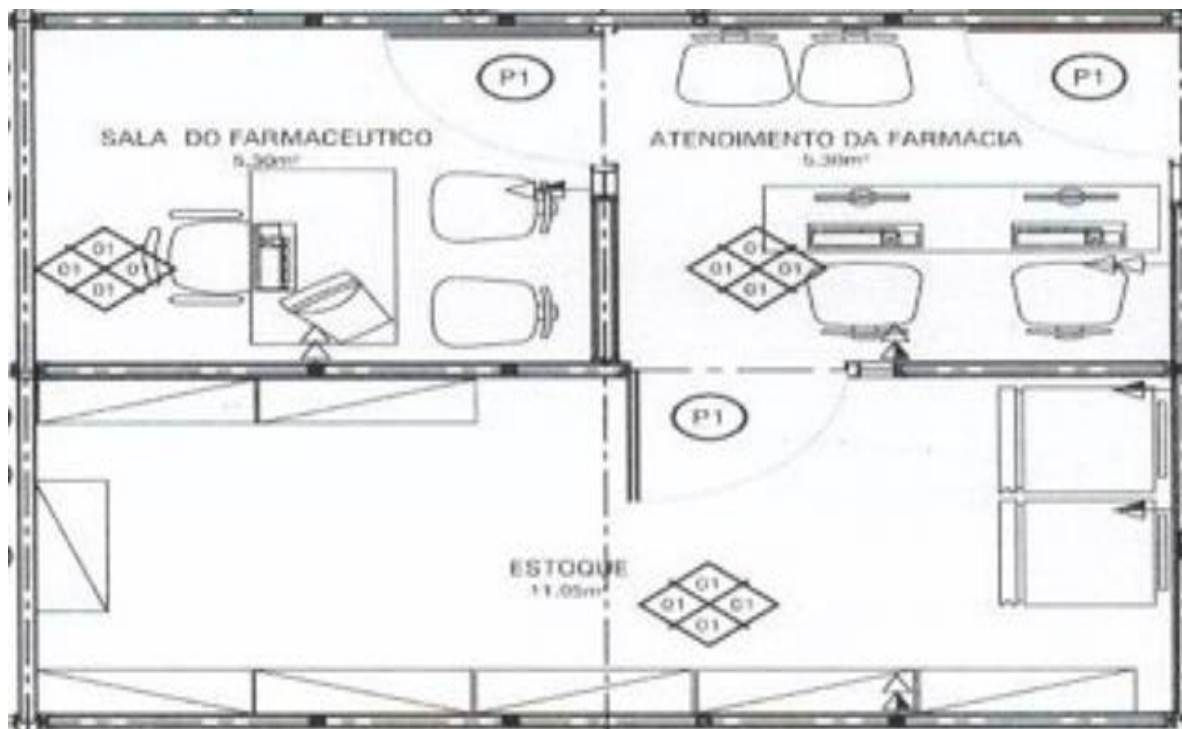
Com relação às farmácias das CF, estas possuem estrutura física sem grades ou janelas que impeçam o acolhimento dos usuários, possuindo equipamentos e condições sanitárias visando o cumprimento de boas práticas de estocagem e dispensação, incluindo a responsabilidade técnica de farmacêutico e pessoal de apoio (técnico de farmácia). Em algumas unidades, porém ainda podem existir inconformidades que dificultem a plena concordância frente às boas práticas.

Considerando a relevância para a apuração de custos realizada nessa tese, na Figura 6 em sequência, pode ser verificada a planta baixa do módulo padrão da

²⁵ As AP foram criadas por meio da Resolução SMS n.º 431, de 14 de abril de 1993, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, como áreas de planejamento sanitário, na tentativa de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde. Considerando a extensão territorial e a densidade populacional, foram estabelecidas dez AP: Centro (AP 1), Zona Sul (AP 2.1), Norte (AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2 e AP 3.3) e as da Zona Oeste (AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3). Cada área programática possui uma coordenação (CAP) que configura uma instância intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades de saúde no território (Brasil, 2005)

farmácia, que possui pouco mais de 20m², com ambientes²⁶ de recepção de pacientes e espaço climatizado para estocagem.

Figura 6 — Planta baixa da Farmácia de Clínica da Família



Fonte: Assessoria de Engenharia e Obras da SMS-Rio, 2012.

Destaca-se a existência de farmácias em todo conjunto de unidades de saúde vinculadas à SMS-Rio. Esses serviços farmacêuticos podem possuir contrastes quanto à infraestrutura física, existindo farmácias de centros municipais de saúde (CMS) do tipo A que não possuem o mesmo padrão daquelas existentes nas Clínicas da Família.

Unidades que possuem o modelo B passaram por reformas para adequação de estrutura, incluindo os serviços farmacêuticos, porém a maior parte dispõe de farmacêuticos servidores públicos, com carga horária de 24h e salários diferenciados, comparado aos profissionais contratados por OS.

Já as unidades de modelo C podem não ter recebido mudanças em sua infraestrutura física e de recursos humanos. Entretanto, devido à condição de

²⁶ Mais recentemente, as novas Clínicas da Família tiveram o ambiente identificado na planta como “sala do farmacêutico” suprimido, permanecendo o estoque, aumentando o espaço dedicado ao atendimento ao usuário.

precariedade de infraestrutura e de pessoal, essas unidades, no que tange aos serviços farmacêuticos, são, modo geral, uma condição menos frequente, não atingindo a um terço do total de unidades de atenção primária no município.

A próxima seção visa contextualizar as especificidades de organização das ações e o funcionamento da Assistência Farmacêutica no contexto do Município do Rio de Janeiro, buscando apresentar suas ações seguindo o Ciclo da AF.

4.2 Organização da Assistência Farmacêutica no contexto municipal da SMS-Rio

A disposição do funcionamento das atividades da AF no município do Rio pelas etapas do ciclo mencionado no Capítulo 1 é aqui apresentada de forma sintética, buscando trazer os fundamentos em cada fase e basear-se na organização empregada na APS.

Como característica inerente à Administração Pública, os governos precisam seguir e elaborar seus orçamentos²⁷ — dentre outras funções, um instrumento de gestão e de planejamento na alocação de seus recursos financeiros — revestidos de formalidades legais.

No caso do município do Rio de Janeiro, a previsão de dotação orçamentária é constituída de um Programa de Trabalho, denominado Assistência Farmacêutica, dentro do Plano Plurianual da Prefeitura dessa cidade e, por conseguinte, na sua Lei Orçamentária Anual, visando garantir a organização do financiamento da AF. Este orçamento é pautado nas normas oriundas do MS e das deliberações da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro.

Ressalte-se ainda que é competência do âmbito municipal executar as atividades contidas no ciclo da AF, e buscou-se caracterizá-las abaixo em seu funcionamento, sem esgotar os fundamentos teóricos presentes em cada uma dessas.

²⁷ O Orçamento Público brasileiro compreende a elaboração e execução de três leis — o plano plurianual (PPA), as diretrizes orçamentárias (LDO) e o orçamento anual (LOA) — que, em conjunto, materializam o planejamento e a execução das políticas públicas, conforme disponível in: http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado, acessado em: 15 ago. 2012.

4.2.1 Seleção de Medicamentos

A seleção é um processo de escolha de medicamentos, baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas. É considerada a etapa mais importante, pois é a partir desta que são desenvolvidas as demais atividades (MARIN et al, 2003).

O propósito prioritário da atuação municipal é assegurar o suprimento de medicamentos destinados à atenção básica à saúde, além de outros que estejam definidos no Plano de Saúde, bem como desenvolver as ações de AF de forma a qualificar o acesso e o uso desses produtos.

Como resultado da seleção de medicamentos, é possível elaborar as listas municipais, ou seja, a relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME), com base na RENAME.

O município do Rio de Janeiro, a partir da Resolução SMS nº 1.048 de março de 2004, estabeleceu sua primeira REMUME, como instrumento técnico-normativo que reuniu todo o elenco de medicamentos padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde (RIO, 2004). Em 2008, através da Resolução SMS nº 1.364, de 04/07/2008, a SMS-Rio publicou uma nova relação municipal de medicamentos pautada na RENAME, que relaciona e orienta a aquisição dos medicamentos e insumos para utilização nas unidades de saúde da rede municipal, publicada no Diário Oficial do Município em 08/07/2008, (RIO, 2008). Em agosto de 2013, a partir da Resolução SMS nº 2177 de 19 de agosto de 2013, foi estabelecida a terceira e atual REMUME-RIO 2013 como elenco de medicamentos e insumos para uso nas unidades da SMS-Rio (RIO, 2013).

4.2.2 Programação de medicamentos

É uma etapa de planejamento que consiste em estimar as quantidades a serem adquiridas, garantindo a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados para atender determinada demanda dos serviços, em um período definido de tempo (BRASIL/MS, 2006b).

Essa fase envolve a aferição de estoques e a verificação da situação orçamentária e instrumentaliza a SMS em relação ao que será comprado para atender a rede em suas demandas ordinárias. Possui, portanto, influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento.

A programação necessita dispor de dados consistentes sobre o consumo de medicamentos, tais como consumo médio mensal, demanda atendida e não atendida, demanda reprimida, perfil epidemiológico, consumo por centro de custo etc. Além disso, também dispor de recursos humanos capacitados e recursos materiais e financeiros para sua execução.

Na SMS, a programação de medicamentos a serem adquiridos é anual, realizada pela gerência central de AF. O método do consumo histórico é utilizado de forma mais intensa para essa fase; o perfil epidemiológico e a oferta de serviços também são usados, porém em menor grau, principalmente quando da aquisição de novos produtos.

Nessa etapa do ciclo, contar com sistemas de informação confiáveis para a tomada de decisão é fundamental. Os sistemas que dão suporte a esta etapa, na SMS, são o Sistema de Gestão de Materiais (SIGMA), que disponibiliza os dados de consumo, e o Sistema de Controle e Planejamento e Distribuição de Materiais da rede (SISMED). Esse último foi desenvolvido pela Empresa Municipal de Informática da cidade do Rio de Janeiro (IplanRio), tendo por função gerenciar o processo prévio de empenho, planejamento, aquisição e distribuição de medicamentos (RIO, 2011b).

Todas as unidades de APS da rede municipal recebem o mesmo elenco de medicamentos, que guardam relação com a portaria regulamentadora do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, já explorado no Capítulo 2, sobre financiamento da AF.

4.2.3 Aquisição de medicamentos

Essa etapa compreende um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos definidos pela seleção, nos quantitativos e prazos estabelecidos pela programação, incluindo a qualidade e a manutenção regular do sistema de abastecimento.

A aquisição, na administração pública, está submetida a critérios próprios definidos na lei de licitações e suas alterações e conta com quesitos administrativos, tais como qualificação financeira da empresa, dentre outros, e elementos previstos nos termos de referência relacionados a aspectos técnico-sanitários elaborados pela área técnica de AF, que subsidiam, posteriormente, os editais de licitação, regidos por normas específicas municipais.

Cabe ser mencionado que todos os medicamentos adquiridos pela SMS-Rio devem cumprir recomendações sanitárias, principalmente aquela relacionada ao registro válido na Anvisa. Além disso, são requeridos alguns critérios de qualidade, como a Certificação de Boas Práticas de Fabricação, também expedido por essa Agência. Na licitação, podem ser adquiridos medicamentos de referência, genéricos ou similares, desde que atendam aos critérios técnico-sanitários e ao menor preço.

Todos os processos de aquisição de medicamentos realizados pelo nível central da SMS-Rio, em sua grande maioria por pregões eletrônicos com registro de preços, são posteriormente alimentados no SISMED, que emite as ordens de entrega aos fornecedores, os quais, por sua vez, abastecem o almoxarifado farmacêutico central com medicamentos do Componente Básico da AF.

O município do Rio de Janeiro possui um histórico de êxito nessa etapa, tanto que teve sua experiência relatada na CPI de medicamentos em 1999, contando com depoimento do então Secretário à época, Ronaldo Gazolla. A SMS-Rio foi citada de forma elogiosa, como exemplo de um órgão governamental que usa seu poder de compra de forma a obter grandes descontos de preços (cerca de 90%), eliminando, desta maneira, as margens de lucros anormais dos laboratórios²⁸ (BRASIL, 2000).

²⁸ O relatório destacou algumas das estratégias para a qualidade das compras no município do Rio de Janeiro, sendo exemplos delas a adoção de um processo licitatório baseado em um sistema de Registro de Preços de que trata a Lei nº 8.666/93 para aquisição de medicamentos padronizados, envolvendo toda uma logística que permite minimizar preços e estoques e maximizar o número de pacientes atendidos (BRASIL, 2000).

Em estudo de 2008, objetivando comparar as aquisições de medicamentos nos programas de assistência farmacêutica básica para hipertensão, diabetes, asma e rinite, entre as secretarias de saúde do estado e do município do Rio de Janeiro, Zaire (2008) mostrou como resultado:

A prefeitura do Rio de Janeiro, por outro lado, tem realizado as compras de medicamentos por licitações na modalidade concorrência. Esta forma possibilitou a aquisição de medicamentos a preços inferiores aos outros entes pesquisados. A maioria dos fornecedores da prefeitura é a própria indústria de medicamentos, o que, em princípio, torna o preço mais baixo (ZAIRE, 2008, p. 7).

4.2.4 Armazenamento de medicamentos

É o conjunto de procedimentos técnicos e administrativos relacionados às atividades de: (a) recepção/recebimento; (b) estocagem e guarda; (c) conservação e (d) controle de estoque dos medicamentos.

A adoção de uma conduta racional para o procedimento de estocagem dos medicamentos e correlatos compõe um passo marcante dentro do ciclo da Assistência Farmacêutica. A condução inadequada nessa etapa resulta em desperdícios por validade expirada e perdas da integridade dos produtos, comprometendo a eficácia dos destes (BRASIL/MS, 2006b).

A SMS-Rio, até o final de 2011, possuía um armazém geral localizado no Município do Rio de Janeiro, no bairro do Rocha, que servia como área de arquivo geral e suprimento de materiais, incluindo uma área dedicada aos medicamentos.

Entretanto, a expansão da descentralização do financiamento da AF básica, impondo ao município ampliação da gestão das compras e da cadeia de abastecimento, somado à ampliação da rede de atenção primária, inviabilizou o uso desse espaço, que necessitaria de grandes investimentos estruturais, inclusive no cumprimento às exigências sanitárias. Em outubro de 2011, foram contratados serviços de uma empresa especializada de logística e distribuição, que estruturou um novo almoxarifado central, agora no bairro de Jacarepaguá, tornando-se centro de distribuição de medicamentos, voltado principalmente para aqueles de uso na APS. Esse novo espaço permitiu o atendimento às normas das boas práticas de estocagem

e aos códigos de segurança²⁹, porém ainda tem sido um desafio aferir essa condição para toda a rede, que deve almejar os mesmos padrões.

Essa central de abastecimento recebe os medicamentos adquiridos por meio dos pregões eletrônicos e ainda os demais medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, como os antirretrovirais, repassados pelo Ministério da Saúde. Distribui também algumas soluções parenterais de grandes volumes, saneantes domissanitários e antissépticos para os quatro maiores hospitais da rede municipal. Também armazena material médico-hospitalar para a rede básica e estoque estratégico dos maiores hospitais.

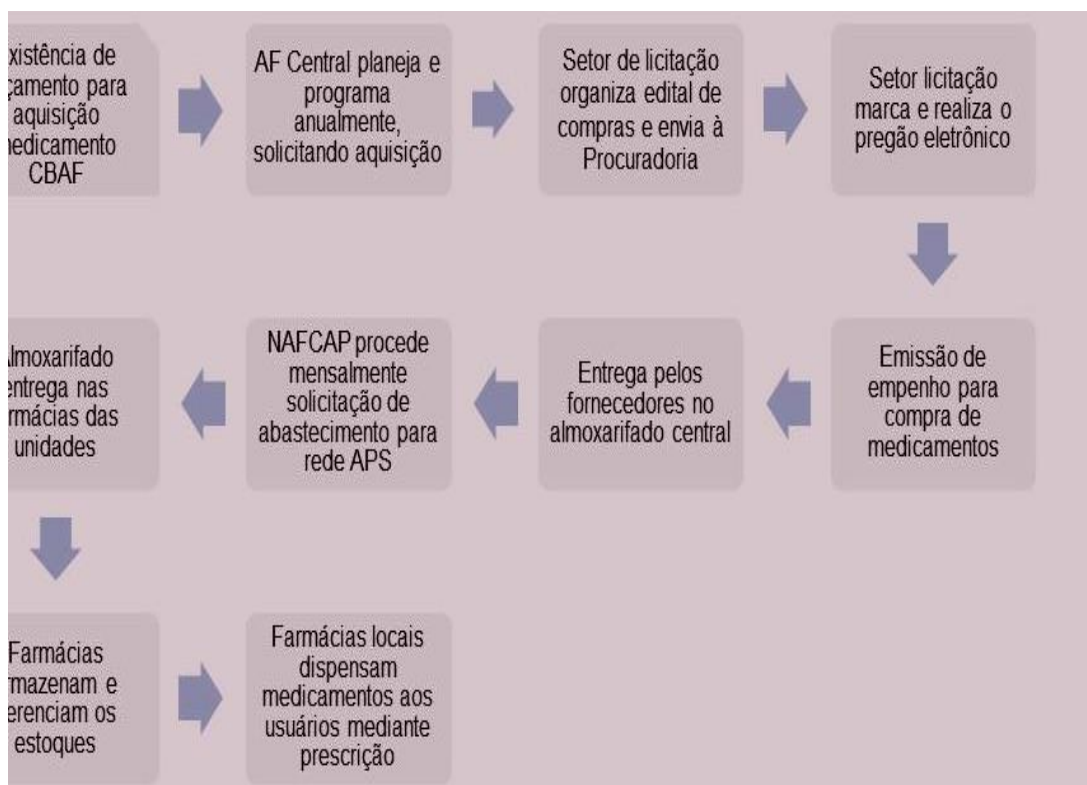
4.2.5 Distribuição de medicamentos

A distribuição consiste na manutenção do suprimento de medicamentos às unidades de saúde em quantidades, qualidade e tempo oportunos, para dispensação à população usuária (BRASIL/MS, 2006b).

No Rio, as unidades enviam planilhas eletrônicas às regionais de assistência farmacêutica, situadas nas Coordenações de Área (NAFCAP). Posteriormente, os NAFCAP, utilizando sistema informatizado de solicitação, validam essas requisições das unidades de APS, gerando ordens de serviço ao almoxarifado central que, posteriormente, procedem às entregas, seguindo um cronograma de periodicidade mensal. A Figura 7, na sequência, sintetiza o fluxo das etapas logísticas acima descritas.

²⁹ As boas práticas estão contidas na Portaria SVS/MS 802/98, que instituiu sistema de controle e fiscalização em toda a cadeia dos produtos farmacêuticos, trazendo importantes elementos sanitários, de estrutura física e organizacional destinados ao armazenamento e distribuição de medicamentos.

Figura 7 — Fluxo de abastecimento de medicamentos SMS-Rio



Fonte: Elaboração própria.

4.2.6 Prescrição, dispensação e utilização

A prescrição é o documento formal e escrito que estabelece o que deve ser dispensado ao paciente e como devem ser utilizados os medicamentos. Dentre os princípios da prescrição racional, é indispensável a avaliação crítica da informação médica que será utilizada para subsidiar a escolha do fármaco para determinado tratamento, cujas condutas devem estar pautadas em evidências. Esta escolha deve basear-se em evidências objetivas, extraídas de estudos com metodologia bem desenhada e de literatura médica revisada criticamente para confirmar seus resultados e suas conclusões (BRASIL/MS, 2012c).

A SMS-Rio possui um conjunto de linhas de cuidado, que visam apoiar as ações no contexto da APS, contendo as diretrizes para a gestão integrada e o apoio à decisão clínica e, também, os protocolos de uso de medicamentos. Elas estabelecem fluxos, funções e tarefas para garantir que o paciente receba a atenção adequada,

assegurando informação aos profissionais que atendem pacientes, viabilizando o seguimento, o incluindo o manejo terapêutico, como parte do procedimento padrão, conforme a doença³⁰.

A relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME-RIO), bem como as listas oficiais do SUS, como a RENAME, e as normas do MS têm como um dos objetivos auxiliar o prescritor, permitindo a escolha de medicamentos adquiridos regularmente e, assim, possibilitar o acesso da população à terapia medicamentosa adequada e de forma gratuita.

A dispensação de medicamentos foi definida na Política Nacional de Medicamentos como:

[...] o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente, como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos (BRASIL, 1998, p. 34).

O processo da dispensação, de uma forma geral, segue as seguintes etapas (BRASIL/MS, 2009a):

1. acolhimento do usuário;
2. atendimento e recebimento da prescrição;
3. validação da prescrição;
4. separação do medicamento;
5. verificação da receita com o medicamento a ser dispensado;
6. anotações necessárias ao processo de informação;
7. entrega do medicamento;
8. comunicação com o usuário, fornecendo informações pertinentes ao uso adequado dos medicamentos;
9. registro do atendimento.

³⁰ As linhas de cuidado em uso na SMS-Rio encontram-se disponibilizadas no portal www.subpav.org, na seção “protocolos clínicos” (<http://www.subpav.org/index.php?p=prot>), disponível após cadastro prévio facultado a qualquer indivíduo. Informações acessadas em 11/03/2014.

A SMS-Rio tem desenvolvido ações visando tornar os serviços farmacêuticos, na atenção primária, num local para atendimento livre de qualquer barreira física (sem grades, janelas, vidros) na comunicação com o profissional e que leve em conta a humanização das relações de prestação de serviço público, como apresentado na seção anterior, que tratou da rede APS sob gestão municipal.

Seguindo essa lógica, é necessária a reorientação de políticas e estratégias focadas no produto — que limita a prestação de serviços farmacêuticos à provisão dos medicamentos, caracterizados intensamente por atividades e fluxos de compra e logística de medicamentos — a um novo patamar, centradas nos usuários, famílias e comunidade.

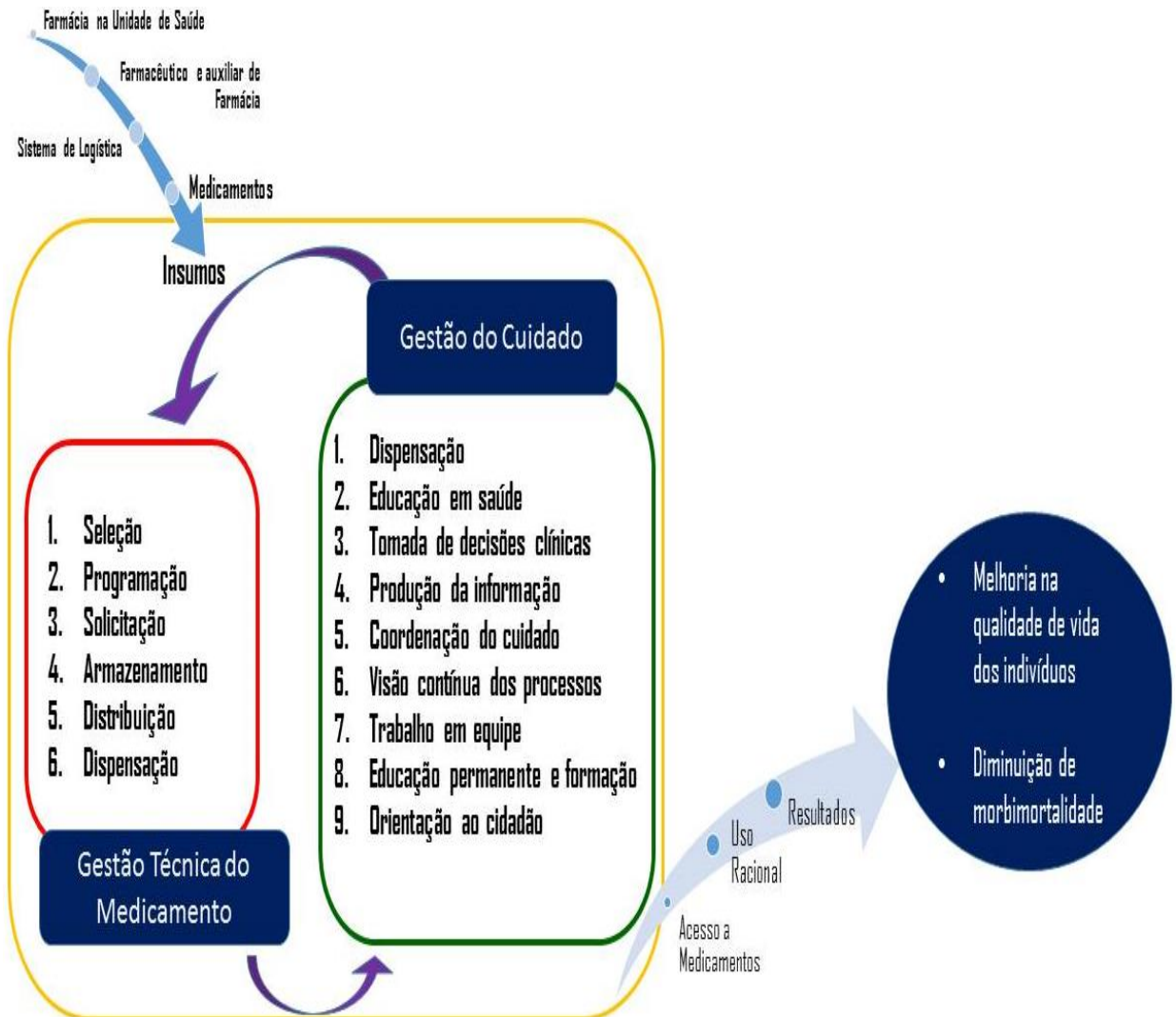
Essa última perspectiva tem o medicamento como um dos elementos capazes de garantir atenção integral e contínua, dirigida a necessidades e condições de saúde (OPAS, 2013; PEREIRA, 2013). No campo específico da AF na atenção primária, essa nova concepção permite otimizar os resultados finais da assistência, como destacado:

[...] seja por meio do melhor emprego do medicamento, do acompanhamento de seus usuários, no apoio à decisão terapêutica com medicamentos ou alternativas, na capacidade de interagir na equipe multiprofissional e com novos elementos aplicados à integralidade para o cuidado ao usuário (LUIZA *et al*, 2013, p 5).

Ao ampliar-se a cobertura da ESF, o município precisa contar com profissionais capazes de ter uma visão contínua e integral dos processos, minimizando a fragmentação, conhecendo as linhas de cuidado, protocolos terapêuticos e o processo de trabalho das equipes. O encadeamento das atividades propostas no conceito desenvolvido no modelo lógico remonta a tais questões de forma direta.

Essa dinâmica, visualizada no modelo lógico ainda teórico proposto por Pereira (2013) para a AF no Rio de Janeiro, permite entender a interligação entre as atividades de gestão do medicamento com a perspectiva do cuidado, traduzindo em resultados que podem influenciar positivamente e de forma direta a saúde dos usuários (Figura 8). Essa matriz desenhada ainda representa uma proposta, que busca desenvolver racionalidade aproximando a AF centrada de novos elementos na perspectiva do cuidado ao usuário na APS.

Figura 8 — Modelo lógico-conceitual proposto aos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro



Fonte: Adaptado de Pereira (2013).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Examinar o modelo de provisão de medicamentos do Programa Farmácia Popular, versão Aqui Tem Farmácia Popular, comparando-o ao tradicionalmente praticado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro, com vistas a analisar seus impactos financeiros para os setores públicos envolvidos.

5.2 Objetivos específicos

- Descrever a evolução temporal da provisão de medicamentos presente no Programa Farmácia Popular do Brasil, em particular da modalidade “Aqui tem Farmácia Popular”, desde sua implementação.
- Mapear e caracterizar os dispêndios do Ministério da Saúde com a modalidade “Aqui tem Farmácia Popular” no município do Rio de Janeiro, de 2006 a 2012.
- Discutir o comportamento dos gastos da SMS do Rio de Janeiro com a aquisição dos medicamentos comuns ao elenco ofertado pela modalidade “Aqui tem Farmácia Popular” no mesmo período citado.
- Analisar, tomando por base o ano de referência 2012, os gastos da SMS do Rio de Janeiro com as demais etapas de armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, com a finalidade de tentar estabelecer comparabilidade entre as duas modalidades de provisão, em termos de seus custos agregados e dos valores de referência por unidade farmacotécnica do elenco comum de medicamentos.
- Contribuir para a discussão sobre as distintas modalidades de provisão a medicamentos, de modo a qualificar as ações de gestão desses produtos no contexto do setor público de saúde brasileiro.

6 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

6.1 Tipo de estudo

Para atender aos objetivos desenhados para essa tese, realizou-se uma pesquisa exploratória na forma de estudo de caso (YIN, 2005; MINAYO *et al*, 2008). A opção pela modalidade de estudos de caso ocorreu porque estes permitem

[...] uma investigação empírica que indaga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. (YIN, 2005: 32)

O estudo utilizou dados quantitativos e qualitativos. E, em relação aos primeiros, foram pesquisados, entre outros elementos, os gastos realizados pelo Ministério da Saúde com a vertente privada do Programa Farmácia Popular do Brasil “Aqui Tem Farmácia Popular” e pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, com fins de tentar estabelecer alguma comparação entre estas duas modalidades de provisão de medicamentos. Em termos qualitativos, pautou-se na análise de documentos legais e de outras naturezas, com objetivo de apontar os principais elementos históricos e conceituais relacionados à provisão pública desses insumos e ao Programa Farmácia Popular do Brasil, em suas diversas vertentes, aí incluída a que é objeto mais específico desse trabalho.

6.2 Período de análise

O intervalo temporal coberto pelo estudo correspondeu aos anos desde o início de funcionamento do ATFP no Brasil e no município em questão, qual seja, de 2006 a 2012.

Para algumas análises, contudo, foram realizados recortes menores nesse intervalo, como no caso das estimativas de custo da SMS com a cadeia logística e de

serviços farmacêuticos, condição para uma comparação mais adequada dos valores de referência dos medicamentos pertencentes ao rol comum coberto pelo ATFP e a provisão pública municipal, concentrados apenas no ano de 2012.

6.3 **Lócus do estudo**

Em relação ao desenvolvimento do PFPB, em suas diversas vertentes e mudanças ao longo do tempo, o estudo abrangeu todo o território nacional. Contudo, para fins da comparação entre gastos da vertente “Aqui tem Farmácia Popular” (ATFP), as informações obtidas concentraram-se na esfera do município do Rio de Janeiro, por meio de dados de sua Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio).

O município do Rio possuía, em 2010, 6.320.446 habitantes, segundo dados do IBGE, estimando-se, para 2013, população de aproximadamente 6,4 milhões de pessoas, distribuídas em um território de 1.200 km², correspondendo a uma densidade populacional de 5.265 habitantes/km² (IBGE, 2010, 2012).

A SMS-Rio é o órgão da Prefeitura do Rio de Janeiro responsável por formular e executar a política municipal de saúde. Esta Secretaria é composta por cinco Subsecretarias, das quais duas lidam mais especificamente com a rede de atenção.

A Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência responde por uma rede de vinte e oito hospitais próprios, totalizando três mil, trezentos e vinte e nove leitos (CNES, 2012) que envolvem uma diversidade de serviços, com grande número de leitos de terapia intensiva, UTI neonatal, emergência, especializados (psiquiatria, pediátrico) etc. Por outro lado, a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde organiza a rede de APS, que conta com unidades (Clínicas de Família, Centro de Apoio Psicossocial, Policlínicas, Centros de Saúde) que foram contextualizadas em maiores detalhes de sua configuração, organização e gestão no capítulo 4, seção 4.1.

Por sua vez, a organização da AF no contexto dessa Secretaria foi objeto de exploração na segunda seção do capítulo já mencionado, onde se discrimina suas ações segundo as atividades do ciclo de assistência farmacêutica.

Por fim, assinala-se que a SMS-Rio está estruturada politico-administrativamente, desde 1993, em dez distritos sanitários, denominados como

Áreas de Planejamento (AP), constituídas por bairros que apresentam características distintas no que diz respeito à oferta de serviços, à estrutura de suas populações e aos indicadores socioeconômicos. Cada uma destas AP possui uma estrutura denominada Coordenação de Área de Planejamento (CAP), que gerencia de forma mais direta o funcionamento das unidades básicas, existindo em cada Área uma regional dedicada às ações de Assistência Farmacêutica (NAFCAP). Algumas das informações necessárias às estimativas dos gastos com a provisão de medicamentos pela SMS-Rio, como por exemplo, o quantitativo de recursos humanos envolvidos na AF e dados de estruturação de serviços, foram obtidas a partir dessas instâncias locais, o que será melhor explicitado mais adiante na seção 6.4.4 deste capítulo.

6.4 Etapas do estudo

De forma sintética, o desenvolvimento dessa tese envolveu seis etapas: (1) revisão bibliográfica e documental, buscando configurar a evolução das modalidades do Programa Farmácia Popular do Brasil no estudo; (2) análise dos gastos federais com pagamentos de medicamentos cobertos pela modalidade de provisão ATFP no período já mencionado; (3) estimativa dos dispêndios da SMS-Rio com a aquisição direta deste rol de medicamentos para o mesmo intervalo temporal; (4) estimativa dos custos da SMS-Rio relacionados às demais etapas do ciclo logístico até a dispensação dos medicamentos do rol comum nas farmácias das unidades municipais de saúde; (5) cálculo do custo para a SMS-Rio dos medicamentos por unidade farmacotécnica do rol comum com Programa Aqui Tem Farmácia Popular e (6) comparação do valor de referência e custo por unidade farmacotécnica (UF) do elenco de medicamentos comuns entre a atenção básica municipal e aqueles cobertos pelo ATFP e as três últimas etapas, tomando por base o ano de 2012.

Na consecução destas últimas duas fases, foram empregados alguns procedimentos adicionais, visando estimar os gastos da SMS-Rio com as demais etapas da cadeia logística de armazenamento-distribuição e com a dispensação dos medicamentos em tela, que se encontram detalhados mais adiante.

6.4.1 Revisão bibliográfica e análise documental

Foi realizada uma revisão bibliográfica abrangente das diversas formas de provisão de medicamentos contidas no arcabouço sanitário brasileiro, em especial considerando o “recorte” e o objeto a ser estudado. A pesquisa bibliográfica buscou identificar os conceitos, antecedentes históricos e o desenvolvimento das políticas setoriais relacionadas ao contexto da Assistência Farmacêutica pública no país, em particular aquelas relacionadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil, nas distintas vertentes já citadas ao longo dessa tese.

Foram aplicadas diversas estratégias de busca para a identificação dos materiais bibliográficos, a saber: artigos científicos, manuais, livros, e produtos acadêmicos (dissertações ou teses) nacionais. Nesse processo, foram empregadas como principais fontes: as bases bibliográficas MEDLINE (via interface Pubmed) e LILACS (via BVS) e os bancos de Teses da CAPES³¹, da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) e o Portal de Teses e Dissertações de Saúde Pública³². A pesquisa concentrou-se no período de janeiro de 2003 a janeiro de 2013, utilizando como termos genéricos de busca: “assistência farmacêutica”, “farmácia popular”, “copagamento” e “modelos de provisão de medicamentos”. Trabalhos com foco no Programa Farmácia Popular do Brasil e presença de textos completos e disponíveis em revistas de acesso aberto foram critérios de inclusão aplicados para seleção de artigos e produtos acadêmicos.

Ademais, procedeu-se também ao levantamento e análise de documentos públicos como leis, portarias, regimentos internos e demais documentos específicos relacionados ao PFPB e, também, ao funcionamento da AF no Município do Rio de Janeiro, os quais foram realizados da seguinte forma:

- pesquisa direta no ambiente virtual dedicado ao Programa sob investigação, dentro do sítio eletrônico do Ministério da Saúde, cuja fonte é disponibilizada pelo

³¹ Depósito virtual dos produtos acadêmicos nesta base é obrigatório apenas àqueles produtos realizados com financiamento de bolsas por parte do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT).

³² A base Thesis cobre as produções de todas as unidades acadêmicas da FIOCRUZ nos vários estados, as produções do Instituto de Medicina Social da UERJ e da Faculdade de Saúde Pública da USP, e pode ser acessada no endereço <http://thesis.iciet.fiocruz.br/php/index.php>.

Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) do MS e possibilita acesso a dados do PFPB, manuais de funcionamento do Programa e as principais normas vigentes;

- busca no Sistema de Legislação da Saúde do MS (Saúde Legis) que reúne o conjunto de atos normativos do SUS, no âmbito da esfera federal, consultado a partir do termo “farmácia popular”.
- pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde do MS (BVS-MS), cobrindo o mesmo período, buscando complementar outros documentos que tratavam da criação, regras de funcionamento e elenco de medicamentos do Programa.

A análise da expansão do Programa no período foi investigada diretamente no ambiente denominado “Sala de Apoio à Gestão Estratégica” (SAGE), existente dentro do portal do Ministério da Saúde³³ e que disponibiliza dados secundários de acompanhamento das ações das redes prioritárias de saúde do governo brasileiro, mais detalhado a seguir.

A revisão bibliográfica e análise documental permitiram contextualizar o PFPB historicamente, em termos do conjunto de normas que propiciaram a sua organização e conformação estudada, além de propiciar caracterização do funcionamento das distintas vertentes que o compõe. Também possibilitou exame da evolução do número de entrada de estabelecimentos farmacêuticos credenciados no período e sua cobertura pelos municípios brasileiros.

³³ A SAGE foi instituída pela Portaria nº 406, de 8 de março de 2012, sendo vinculada ao Departamento de Monitoramento e Avaliação do MS, com o objetivo de sistematizar e disseminar as informações estratégicas para subsidiar a tomada de decisão na gestão federal do SUS e contribuir para a transparência das ações desenvolvidas na área da saúde. Acesso à Sala de Situação pode ser feita pelo endereço www.saude.gov.br/sage.

6.4.2 Levantamento e análise do comportamento dos gastos federais com a modalidade de provisão Aqui Tem Farmácia Popular

Para fins do mapeamento dos dispêndios federais com a evolução temporal da modalidade do PFPB, fontes de bases secundárias foram consultadas, sendo estas o Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br) e a SAGE.

O FNS, criado há mais de 30 anos, é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do SUS, estando vinculado diretamente à Secretaria-Executiva do MS, como unidade de política financeira, custeando programas e ações estabelecidos no Plano Plurianual do MS.

Em consonância ao estabelecido na Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, o FNS passou a realizar as transferências financeiras dos recursos federais organizadas de acordo com os blocos de financiamento do SUS, blocos estes constituídos por componentes conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados. As transferências envolvem o repasse de valores de forma regular e automática, diretamente do FNS para os Estados e Municípios e Distrito Federal, independentemente de convênio ou instrumento similar, como também o financiamento das ações estratégicas e serviços de saúde (BRASIL/MS, 2008a).

O endereço eletrônico do FNS³⁴ na internet permite a consulta e levantamento dos registros financeiros das transferências e pagamentos realizados pelo MS às farmácias credenciadas ao PFPB. Até 2010, os registros estavam contidos em transferências fundo a fundo não regulamentadas por bloco de financiamento e, a partir de 2011, estes passaram a ser disponibilizados dentro do Bloco de Assistência Farmacêutica, figurando a Farmácia Popular como um dos itens de financiamento.

A outra fonte utilizada, SAGE, permite obter dados e informações produzidas pelo MS (incluindo suas entidades vinculadas e órgãos de pesquisa) e as disponibiliza em seu portal na internet. É possível também identificar, dentre muitos outros elementos, a execução orçamentária do MS por unidade, programas e ações desse Ministério com informação das transferências fundo a fundo, como os repasses do Componente Básico da AF (CBAF) e também inclui registros de pagamentos pelo FNS

³⁴ Disponível em <http://fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>

aos estabelecimentos comerciais vinculados ao Programa ATFP, de acordo com seu Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).

Dessa maneira, a estratégia empregada para levantamentos dos gastos do Ministério da Saúde no ATFP foi por meio de pesquisas no endereço eletrônico da SAGE, em razão das características de disponibilidade de informações de forma organizada, refletindo as transferências do FNS.

A pesquisa, dirigida exclusivamente aos anos de 2006 a 2012, foi restrita ao comércio farmacêutico credenciado ao PFPB no Brasil e no Estado e município do Rio de Janeiro. As transferências diretas relativas aos pagamentos dos estabelecimentos credenciados, por ano de competência, foram mapeadas na seção de Gestão e Financiamento do ambiente SAGE, que se organiza seguindo a mesma lógica do FNS — até 2010 —, em transferências não regulamentadas por bloco de financiamento (diversos) e, posteriormente, dentro do Bloco da AF.

Repasse dirigidos ao componente estatal por razão da Rede Própria e, também, relacionadas ao CBAF, foram identificados via SAGE, principalmente para fins de descrição da expansão do PFPB dentro de cada vertente e exploração de análises comparativas.

Os valores de desembolso mapeados foram registrados em um banco de dados específico criado no aplicativo Excel[®], com as entradas de pagamento, ano a ano, por unidade federativa, município, entidade comercial credenciada e valor líquido pago.

Todos os valores foram posteriormente deflacionados utilizando-se o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), permitindo compará-los aos valores de 2012. Esses foram obtidos diretamente no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), disponível no site <http://www.ipeadata.gov.br/> (Quadro 15 na sequência). A opção pelo uso desse deflator fundamentou-se na Lei nº. 10.742/2003, que estabeleceu as normas de regulação do setor farmacêutico e definiu este índice, calculado pelo IBGE, para fins do ajuste nos preços dos medicamentos (BRASIL, 2013). Essa correção foi necessária considerando a extensão do período analisado e a importância da atualização monetária dos valores para avaliação de tendências.

Quadro 15 — Valores do IPCA entre 2006-2012

Ano	Inflação IPCA
2006	3,14
2007	4,46
2008	5,90
2009	4,31
2010	5,91
2011	6,50
2012	5,84

Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada disponível em <http://www.ipeadata.gov.br/>. Acessado em 23/06/2013.

As informações contidas no FNS e, conseqüentemente, disponíveis na SAGE, referem-se exclusivamente a desembolsos financeiros agregados, permitindo a identificação do estabelecimento farmacêutico através de seu CNPJ; contudo, não detalham os valores individualmente pagos a cada unidade comercial contida na lista de endereços das farmácias vinculadas ao ATFP, nem tampouco discriminam os medicamentos e suas respectivas quantidades. Cabe ressaltar que os procedimentos de pagamento dentro do ATFP segue uma logística específica, pois, para estabelecimentos matriz e filial os valores devidos são agrupados e os pagamentos computados exclusivamente para a empresa matriz, independente se estes se encontram no mesmo município ou unidade federativa.

A busca dos gastos do MS dentro do SAGE permitiu identificar os estados e municípios que possuíam estabelecimentos habilitados a receber os pagamentos oriundos desse Ministério, no período 2006-2012. Desse modo, foram realizadas análises em termos dos gastos ministeriais segundo a distribuição geográfica pelas unidades federativas, regiões e conjunto de capitais dos estados, resultando uma *proxy* da difusão espacial do ATFP. Ainda foi mapeada a contribuição dos principais estabelecimentos em nível nacional. Exames semelhantes foram realizados no tocante ao estado e município do Rio de Janeiro.

Por fim, a relação de endereços das farmácias “Aqui tem Farmácia Popular” disponibilizada de forma eletrônica pelo MS em seu portal (www.saude.gov.br) permitiu identificar sua distribuição territorial pelos bairros do município do Rio de Janeiro, possibilitando visualizar a capilaridade geográfica destes estabelecimentos.

Cabe ser citado que se buscou estabelecer sucessivos contatos, diretos e mediados por pesquisadores da área de AF com a coordenação do PFPB no

Ministério da Saúde, na tentativa de levantar mais elementos de base para este estudo que possibilitassem, por exemplo, o acesso ao sistema de controle do PFPB, porém sem êxito.

Na busca de informações mais detalhadas e precisas sobre o volume de pagamentos ordenado pelos medicamentos e estabelecimentos do ATFP, no cenário nacional e no município do Rio de Janeiro, foram utilizados, como estratégia complementar, os meios atuais disponibilizados pela Lei de Acesso à Informação³⁵ que permite aos cidadãos, com o objetivo de promoção da transparência, obtenção de algumas informações públicas (BRASIL, 2011b). Ademais, dados como execução orçamentária, perfil demográfico e nosológico dos usuários atendidos pelo Programa e unidades farmacotécnicas dispensadas por medicamento foram identificados empregando-se essa ferramenta.

Operacionalmente, o levantamento de dados foi realizado por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC), que permite o envio de solicitação de informações a qualquer pessoa, física ou jurídica, para órgãos e entidades federais. Assim, após cadastramento prévio, foram submetidas dezessete (17) solicitações³⁶ no sistema e-SIC para levantar os dados relativos à “Rede Própria” e do “Aqui Tem Farmácia Popular”. Além disso, foram remetidos dois recursos, em face de dúvidas sobre a consistência das informações recebidas, um deles aceito e outro indeferido.

Complementarmente, realizou-se o exame de relatórios de gestão da Fiocruz, a fim de identificar dados referentes aos anos iniciais (2004 e 2005) do Programa e também outras informações relacionadas ao desenvolvimento da Rede Própria.

Foram também analisados, de forma mais detalhada para a modalidade ATFP, os pagamentos federais à rede credenciada de farmácias, o comparativo agregado anual dos gastos, os gastos anuais por entidade comercial e distribuição geográfica

³⁵ A Lei nº 12.527, sancionada em 18 de novembro de 2011, tem o propósito de regulamentar o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas e seus dispositivos são aplicáveis aos três Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. A publicação da Lei de Acesso a Informações significa um considerável passo para a consolidação democrática do Brasil e também para o sucesso das ações de prevenção da corrupção no país. Por tornar possível uma maior participação popular e o controle social das ações governamentais, o acesso da sociedade às informações públicas permite que ocorra uma melhoria na gestão pública. A *Open Government Partnership* (OGP) ou Parceria para Governo Aberto tem o objetivo de assegurar compromissos concretos de governos nas áreas de promoção da transparência, luta contra a corrupção, participação social e de fomento ao desenvolvimento de novas tecnologias, de maneira a tornar os governos mais abertos, efetivos e responsáveis. Maiores informações disponível em <http://www.cgu.gov.br/acessoainformacaogov/>.

³⁶ Foram realizadas 14 solicitações diretas ao MS e 3 à Fundação Oswaldo Cruz.

das farmácias (região, estados, municípios), aplicados em nível nacional, estado e município do Rio. Adicionalmente, os gastos segundo o elenco de medicamentos foram apresentados comparativamente por ano, indicação de uso e quantitativo de unidades farmacotécnicas adquiridas, igualmente dirigidas ao âmbito nacional e ao município foco desse estudo.

Análises comparativas do gasto por habitante do ATFP no município do Rio de Janeiro foram executadas, sendo obtidas pela divisão entre o volume de recursos despendidos pelo MS com os pagamentos em valores correntes aos estabelecimentos em um dado ano e a população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o mesmo ano. Dados de população necessários a essas estimativas *per capita* foram levantados na página eletrônica do IBGE³⁷.

Por fim, avaliação do comportamento histórico do valor de referência dos medicamentos dentro do ATFP foi também executada, segundo as portarias ministeriais que regulam questões relacionadas aos preços dos medicamentos, no período de análise.

6.4.3 Análise dos gastos com aquisição pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro dos medicamentos do rol comum com Programa Aqui Tem Farmácia Popular

O levantamento dos gastos da SMS-Rio com a aquisição dos medicamentos envolveu apenas os medicamentos comuns às listas contidas na Portaria nº 1.555/2013, que financia o CBAF, e a Portaria nº 971/2012, relacionada ao “Aqui tem Farmácia Popular”. Este elenco, em sua descrição completa do produto, encontra-se disposto a seguir, no Quadro 16.

³⁷ Disponível em www.ibge.gov.br/cidades.

Quadro 16 — Elenco de Medicamentos comuns cobertos no ATFP e adquiridos pela SMS-Rio, com respectiva unidade farmacotécnica

Elenco de medicamentos comuns	UF
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	ampola
Alendronato de sódio 70 mg	comprimido
Atenolol 25 mg	comprimido
Brometo de ipratrópio 0,02 mg/dose – adm. pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose
Brometo de Ipratrópio 0,25 mg mg/ml	1 (um) mililitro
Budesonida 50 mcg/dose – adm. tópica nasal doseada	1 (uma) dose
Captopril 25 mg	comprimido
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg	comprimido
Cloridrato de benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg	comprimido
Cloridrato de Metformina 500 mg	comprimido
Cloridrato de Metformina 850 mg	comprimido
Cloridrato de Propranolol 40 mg	comprimido
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose – adm. pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose
Dipropionato de beclometasona 50 mcg/dose – adm. pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose
Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg	ampola
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg	cartela com 21 comp.
Glibenclamida 5 mg	comprimido
Hidroclorotiazida 25 mg	comprimido
Insulina Humana NPH 100 UI/ml, suspensão injetável	frasco 10ml
Insulina Humana Regular 100UI/ml, suspensão injetável	frasco 10 ml
Losartana potássica 50mg	comprimido
Maleato de Enalapril 10 mg	comprimido
Maleato de timolol 0,50% - solução oftalmológica	1 (um) mililitro
Noretisterona 0,35 mg	cartela com 35 comp.
Sinvastatina 20 mg	comprimido
Sulfato de salbutamol 100 mcg/dose – adm. pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose

Legenda: adm — administração, UF — unidade farmacotécnica.

Fonte: Elaboração própria.

O intervalo coberto também se estendeu ao mesmo período de 2006 a 2012, sendo realizado recorte relativo apenas a este último ano, para fins do exercício comparativo proposto.

Os gastos com aquisição da SMS-Rio independeram da origem inicial dos recursos dedicados às compras serem municipais ou oriundos de transferências estadual ou federal. Aquisições relacionadas à judicialização de medicamentos foram excluídas das análises, em função de seu caráter irregular e, muitas vezes, de compra emergencial, sendo gerenciadas e registradas em outro sistema.

Foram utilizados dados financeiros públicos de aquisição oriundos dos processos de empenho com medicamentos no período. O empenho representa o

primeiro estágio de execução da despesa pública, não significando, contudo, que estes foram valores efetivamente liquidados, isto é, executados quando da entrega e pagamento dos materiais fornecidos (PORTAL TRANSPARÊNCIA, 2013).

Os relatórios de compras foram extraídos do sistema de controle, planejamento e distribuição de materiais (SISMED), já apresentado na seção 4.2.3. Embora públicos e divulgados no Diário Oficial do Município, permissão de acesso aos dados foi obtida junto a Subsecretaria de Gestão da SMS-RJ (APÊNDICE A).

Os medicamentos adquiridos foram categorizados segundo seu ambiente de maior consumo e uso, por meio de uma adaptação das convenções adotadas na RENAME 2010 (BRASIL/MS, 2010b). As categorias convencionadas para este estudo foram: (H) — medicamentos destinados para uso predominantemente hospitalar, em pacientes internados ou ambulatoriais que necessitam de atendimento especializado; (AP) — medicamentos voltados para o atendimento ambulatorial na atenção primária; (H/AP) — produtos com dupla carga de utilização, tanto hospitalar como atenção primária, não sendo possível definir predomínio de um ambiente de uso.

A comparação por estas categorias permite verificar os gastos com todos os medicamentos da APS, que inclui, mas não se restringe àqueles do rol coberto pelo Programa ATFP, podendo trazer reflexões interessantes.

Os relatórios extraídos do SISMED relativos ao período 2006-2012 foram também diretamente trabalhados no aplicativo Microsoft Excel®, com organização de planilhas anuais contendo descrição dos medicamentos, quantidade total adquirida e preço unitário. Nestas planilhas, cada medicamento, com sua forma de apresentação, constitui um item individualizado, permitindo calcular o gasto específico da SMS para cada um destes.

Semelhantemente aos gastos federais, os valores anuais das aquisições municipais do elenco comum ao Programa ATFP foram ajustados aplicando-se o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), permitindo compará-los aos valores de 2012.

Especificamente em relação aos gastos da SMS-Rio com aquisição desse rol comum em 2012, os dados foram extraídos dos processos licitatórios na SMS-Rio, contidos no registro de preços (RP) nº 088/2011, que gerou a ata de RP 029/2011,

instruída no processo nº09/005343/2010, que teve vigência de 29/08/2011 a 28/08/2012³⁸.

Alguns medicamentos, como o dipropionato de beclometasona 50 mcg, *spray* oral, foram adquiridos apenas a partir de fins de 2012. Desse modo, seu valor foi baseado na ata de registro de preços 030/2012, do pregão eletrônico com RP 381/2012 (processo nº09/002315/2012), com início de vigência em 23/11/2012, que veio substituir o RP 088/2011. O acetato de medroxiprogesterona 150 mg/ml, adquirido e repassado diretamente pelo MS, não apresentou aquisição no ano de 2012 pela SMS-Rio e, por esse motivo, não foi contabilizado nas comparações de custos.

Cabe ressaltar ainda que os medicamentos do Componente Básico da AF são totalmente adquiridos pela Administração Direta municipal, permanecendo sob coordenação da SMS-Rio mesmo com a gestão compartilhada de algumas unidades básicas de saúde por OS, em razão da escala de aquisição e das normas de prestação de contas dentro do SUS.

Dado que os gastos de 2012 com a aquisição municipal dos medicamentos do rol comum eram insuficientes para as comparações pretendidas, fez-se necessário associá-los aos custos das demais etapas da cadeia logística e da dispensação, cujos procedimentos metodológicos são descritos na seção seguinte.

³⁸ Esse processo na SMS-Rio é comumente chamado de aquisição de medicamentos da assistência farmacêutica básica. O pregão eletrônico é a modalidade de licitação para aquisição de medicamentos em que a disputa pelo fornecimento é feita em sessão pública por meio da internet em plataforma de compras específica, por meio de propostas e lances, para classificação e habilitação do licitante com a proposta de menor preço. Já o registro de preços (RP) é um sistema de contratações que propicia uma série de contratações, respeitados os quantitativos máximos e a observância do período da ata de registro de preços de vigência por 12 meses, assinada pelo licitante vencedor. A ata de RP compromete o fornecedor a entregar o item determinado pelo preço acordado no momento em que for solicitado pela administração municipal.

6.4.4 Estimativas dos custos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro relacionados à logística e dispensação dos medicamentos do rol comum com o Programa Aqui Tem Farmácia Popular

Esta etapa implicou na estimativa de dois conjuntos de custos: (1) com armazenamento e distribuição dos medicamentos em questão e (2) com a dispensação em nível local.

Os componentes de custos da cadeia de suprimentos na área de medicamentos, segundo Sarley, Linda e Anup (2006) e Abdallah (2004), envolvem além da aquisição, a armazenagem, transporte e sistemas de informação, mobilizando diversos tipos de recursos: humanos, de capital e insumos materiais, dentre outros (Figura 9).

Figura 9 — Principais funções do sistema logístico



Fonte: Elaboração própria, adaptado e traduzido de Abdallah (2004, p. 1).

Metodologias de custeio típicas buscam examinar os custos da cadeia de suprimentos que ocorrem em diferentes níveis até os pontos de entrega de serviços, variando ainda de acordo com a especificidade dos produtos, por exemplo, necessidade de refrigeração e controle de temperatura durante o armazenamento e

transporte. Os custos globais da cadeia de suprimentos são levados em consideração na composição do preço do produto final, principalmente no setor privado, reforçando assim a importância do desenvolvimento de ações eficientes (SARLEY; LINDA; ANUP, 2006).

Considerando esses aspectos, foi realizado um levantamento das informações sobre estruturas, processos e custos de base contabilizando a contribuição específica de cada elemento constituinte da cadeia municipal, o que possibilitou, ao final, compor uma matriz de custos logísticos. O valor de custo intermediário relacionado à logística foi resultado, em síntese, de:

$\text{Custos Logísticos} = \text{Custos de Armazenagem} + \text{Custos Distribuição}$

Desde outubro de 2011, tais custos estão vinculados a contrato de terceirização de serviços com empresa especializada em operação de logística, para prestação de serviços de armazenagem, controle de estoques, triagem de pedidos, separação, embalagem, expedição e distribuição de medicamentos às unidades de saúde.

Esse serviço inclui a distribuição de medicamentos do CBAF à rede de atenção primária que, aliás, foi o principal mobilizador para a contratação, face ao espaço ocupado e seu volume financeiro. Também está envolvida a estocagem de medicamentos estratégicos repassados pelo MS, vacinas, materiais médicos de maior volume físico (algodão, por exemplo) e saneantes domissanitários para alguns hospitais da rede municipal, o que foi levado em consideração nas estimativas de custo realizadas, como melhor informado a seguir.

O valor mensal médio em 2012, pago pela SMS-Rio à empresa contratada, foi de R\$ 1.715.693,00. A empresa possui um sistema de gestão financeira que captura o conjunto de elementos de custos, dentro de sua operação logística. Esse componente foi agregado com outro conjunto de informações, estrito à gestão de materiais, com dados mais relacionados à operacionalização de abastecimento e consumo. Esses dois componentes alimentaram uma única planilha, extraída para um banco de dados criado no aplicativo Excel®.

Para possibilitar o rateio do valor mensal, quatro grupos principais de custos foram identificados em conjunto com o operador contratado, permitindo rateios específicos para os produtos de interesse, qual seja, os medicamentos do rol comum:

(1) recursos humanos mobilizados na separação e expedição dos produtos; (2) ambiente de armazenamento ocupado por produto no almoxarifado, impactando no volume de espaço relacionado ao aluguel do galpão; (3) transporte, ligado à logística de distribuição dos materiais e (4) valor do seguro dos produtos estocados. Outro conjunto de elementos de custos não possibilitou uma clara alocação, pois envolvia componentes mais genéricos que teve rateio genérico alocado aos quatro grupos elencados acima (Quadro 18).

Os custos da energia paga pelo contratado foram rateados em separado, considerando que os medicamentos termolábeis (vacinas, por exemplo) são aqueles que impactam mais intensamente, devido à cadeia de frio necessária. Os demais medicamentos são armazenados seguindo as recomendações de controle de temperatura, sendo refrigerados segundo as boas práticas de estocagem.

Quadro 177 — Descrição das despesas e unidades de custos da operação logística terceirizada pela SMS-Rio

Descrição das despesas	Direcionador de custos
Tributos	Rateio geral
Salários	Recursos Humanos
Benefícios	Recursos Humanos
Encargos	Recursos Humanos
Distribuição	Transporte
Serviços terceirizados	Armazenagem
Aluguel	Armazenagem
Depreciação	Armazenagem
Despesas administrativas uso/consumo	Rateio geral
Despesas administrativas serviço	Rateio geral
Limpeza, conservação e manutenção	Armazenagem
Seguro	Seguro
Resultado financeiro	Armazenagem
Outras despesas	Rateio geral
Imposto e Contribuições	Rateio geral
<i>Overhead</i>	Rateio geral
Lucro	Rateio geral
Água e Energia	Rateio geral

Fonte: Elaboração a partir de dados da Empresa contratada pela SMS-Rio.

A organização da entrada da planilha gerada foi procedida de um estudo de consumo no período de janeiro a junho de 2012 dos medicamentos. Esse levantamento envolveu, para cada material, a identificação do seu valor unitário, m³ em estoque, consumo médio mensal e quantidade mensal de atendimentos (pedidos). Esses elementos serviram de base para determinar quatro medidas, relacionadas individualmente a cada medicamento e que foram posteriormente aplicadas no cálculo dos rateios:

- (1) m³ médio expedido = m³ unitário x quantidade mensal de medicamento expedido. Esse cálculo posteriormente foi utilizado no rateio do elemento transporte.
- (2) m³ médio em estoque = m³ unitário x quantidade média em estoque. Esse item serviu para o rateio do elemento armazenamento.
- (3) valor médio em estoque = preço unitário do medicamento x quantidade média em estoque. Essa fonte atendeu ao rateio específico do valor do seguro.
- (4) Itens por pedido (nota fiscal) = quantidade de pedidos do medicamento realizados no mês.

O rateio de todos os custos envolvidos na operação logística seguiu como teto o valor mensal médio observado pago pela SMS-Rio para o conjunto de medicamentos e materiais operados pela empresa. A Tabela 3 a seguir permite identificar a composição dos rateios segundo as medidas utilizadas e valores atribuídos a cada componente individualmente e seus custos agregados dos demais itens do rateio.

Tabela 3 — Elementos de custo e medidas de rateio (em R\$) na operação logística da SMS-Rio, ano base 2012

Componente	Medidas do rateio	Custo total individual	Custo total com rateios*	%
Transporte	m ³ médio expedido	142.905,55	281.594,33	16
Mão de obra	itens por pedido	317.046,31	613.399,98	36
Seguro	valor médio em estoque	36.162,06	78.206,62	4
Armazenagem	m ³ médio em estoque	384.797,41	742.492,07	44
Total		880.911,33	1.715.693,00	100%

Nota: * — Resultado do somatório do custo total rateado para o item mais o rateio genérico dos demais itens de custo.

Fonte: Elaboração a partir de dados da Empresa contratada pela SMS-Rio.

O elenco de medicamentos distribuídos pelo almoxarifado central é muito maior e o rateio utilizado permitiu isolar a contribuição de cada medicamento do rol comum do ATEP em termos dos custos logísticos, possibilitando individualizar um valor por unidade farmacotécnica (UF) atrelada a este componente de custo.

As estimativas dos custos com dispensação³⁹ nas farmácias da rede básica de serviços de saúde basearam-se na identificação dos recursos consumidos com esta atividade, contemplando a rede tradicional (Centros Municipais de Saúde e Policlínicas) e unidades da Estratégia de Saúde da Família, que possuem distintas áreas, estrutura física, sistema de informação e recursos humanos envolvidos. Os componentes de custos considerados nessa atividade encontram-se dispostos no esquema abaixo.

$\text{Custos Dispensação} = \text{Custos Recursos Humanos} + \text{Custos Estrutura Física} + \text{Custos Administrativos}$

Estes custos relacionaram-se a despesas com pessoal, mobiliários e equipamentos e outros serviços condominiais (segurança, limpeza e energia elétrica), incluindo contratos de manutenção (refrigeradores e ar condicionado) e suporte com tecnologia de informação.

Os custos com recursos humanos envolveram os salários de farmacêuticos lotados nas unidades de APS e respectivas equipes de apoio, que podem ser formadas por oficiais de farmácia (na administração direta equivalente ao técnico), técnicos de farmácia e outros funcionários administrativos.

A identificação da força de trabalho das farmácias da rede municipal utilizou um censo, aplicado em 2012 pela gestão central da AF municipal, ao conjunto de sua rede básica, utilizando a organização dos núcleos regionais de AF de cada Área Programática da SMS-Rio (NAFCAP), com instrutivo de preenchimento e definição de prazo de retorno. A taxa de resposta foi de 100%, com diversas checagens de informações realizadas pelo pesquisador, que à época ainda atuava na gerência municipal da AF.

³⁹ A dispensação envolve um conjunto de ações ligadas ao exercício do farmacêutico, que informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. Entretanto, para fins desse trabalho, estamos aplicando esse termo à estrutura de dispensação pública existente nas farmácias.

As informações encontravam-se estruturadas em planilhas eletrônicas desenvolvidas em Excel®, permitindo identificar as categorias profissionais, quantitativos, cargas horárias, modelos de gestão de cada unidade (classificação A, B e C) e os vínculos dos funcionários (se servidores públicos ou vinculados às OS), pois essa última diferenciação implicava diretamente na remuneração.

Existiam vinculados a AF no nível local, 505 profissionais, com a distribuição disposta no Quadro 18 abaixo. Exceto para o cargo farmacêutico do serviço público municipal, com carga horária de 24hs por semana, todos os demais funcionários tinham carga de 40hs semanais.

Quadro 18 — Relação de funcionários dos Serviços Farmacêuticos na SMS-Rio, ano base 2012

RH	Quantidade
Farmacêutico Administração Direta	99
Farmacêutico OS	134
Oficial de Farmácia e outros funcionários Administração Direta	125
Técnico de Farmácia OS	147

Legenda: OS — Organização Social.

Fonte: Elaboração própria a partir do censo realizado.

Na estimativa dos custos relacionados aos servidores públicos municipais, os salários consideraram os valores obtidos na tabela de vencimentos da Administração Direta municipal, disponibilizada no Portal Transparência Carioca, da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro na sua versão de julho de 2012 (TRANSPARÊNCIA CARIOCA, 2012)⁴⁰, que já havia incorporado o reajuste salarial ocorrido nesse ano.

Foi calculada a média de todas as remunerações mensais, de acordo com os níveis das categorias de cada cargo. Em relação aos 125 funcionários de nível médio das farmácias municipais, foram usadas, como base de valor, as remunerações relativas apenas ao cargo Oficial de Farmácia, dispostas na Tabela 4, na sequência.

⁴⁰ Tabela de Remuneração da Administração Direta da Prefeitura do Rio de Janeiro. Disponível em http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2831653/4114633/ADMINISTRACAO_DIRETA_CONSOLIDADO_2012_3.pdf, acessado em 09/09/2012.

Tabela 4 — Estimativa dos salários de referência dos profissionais da Administração Direta Municipal, em reais de 2012

Categoria profissional	Estimativa	
	Método de estimativa	Valor Mensal (em R\$)
Farmacêutico	Média dos valores de remuneração mensal dos níveis, incluindo gratificações de insalubridade, triênios e auxílio-transporte.	2.937,07
Oficial de Farmácia e demais funcionários	Média dos valores de remuneração mensal dos níveis do cargo Oficial de Farmácia, incluindo gratificações de insalubridade, triênios e auxílio-transporte.	2.202,13

Fonte: Elaboração própria.

Como já assinalado no capítulo 4 dessa tese, a Prefeitura do Rio de Janeiro promoveu desde 2009, expansão da rede básica empregando como estratégia a gestão das unidades compartilhada com OS. Para fins de acompanhamento, avaliação e controle das atividades assistenciais e administrativas geradas pelas unidades de saúde, essenciais para a execução dos contratos de gestão, existe um banco de dados que agrega, dentre outras informações, detalhamento dos valores pagos aos empregados da OS para execução das ações contratadas, aquisição de bens materiais e serviços de manutenção e condominiais diversos.

Esse sistema — denominado Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais (Painel OS INFO) e estruturado pela Fundação Getúlio Vargas no endereço <http://osinfo.rio.rj.gov.br> — é de acesso restrito e começou a funcionar no início de 2012, após sucessivas reuniões entre três Subsecretarias da SMS-Rio e as Organizações Sociais para a formalização e aperfeiçoamento dos processos de monitoramento e avaliação dos contratos de gestão (LARA, ALCOFORADO e VARGAS, 2013).

Com relação aos funcionários com vínculo empregatício com OS, contratados pelo regime celetista, os dados dos salários pagos às equipes farmacêuticas foram obtidos no Painel supracitado (Tabela 5, a seguir). Ao salário base, foram contabilizados valores de benefícios e outros encargos empregatícios⁴¹. Foi utilizada

⁴¹ Conforme informações obtidas junto à Subsecretaria de Gestão da SMS-Rio, que gerencia o Painel, os valores de benefícios agregados referem-se a adicional de insalubridade, licenças (gestação e etc.) e gratificações (chefia, titulação, etc.). Em termos dos encargos, correspondem ao FGTS, INSS e PIS/PASEP. Outros encargos com provisionamento (multa FGTS, aviso prévio,

a média dos pagamentos executados a farmacêuticos e técnicos de farmácia das quatro maiores OS, que cobrem as 10 áreas programáticas, a saber: Fibra Instituto de Gestão de Saúde (AP 1.0 e 2.2), Viva Comunidade (AP 2.1, 3.1 e 3.3), Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (AP 4.0, 5.1 e 5.2) e Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (AP 3.2 e 5.3).

Tabela 5 — Estimativa dos salários de referência dos profissionais da saúde vinculados às Organizações Sociais, em R\$ de 2012

Categoria profissional	Estimativa	
	Método de estimativa	Valor Mensal (em R\$)
Farmacêutico	Média do salário total	5.325,89
Técnico de Farmácia	Média do salário total	1.915,72

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados registrados no Painel de Gestão das OS, disponível em <http://osinfo.rio.rj.gov.br>. Acesso em 03/05/2013.

Outros elementos de custos apurados estão relacionados aos equipamentos/mobiliários, despesas condominiais e outros custos administrativos, alocando-os por meio de rateios à farmácia. Para esses, também se empregou, como fonte, o banco de dados do Painel de Gestão alimentado pelas OS, registrados e consultados diretamente no endereço eletrônico já citado.

Essa opção escolhida levou em conta o fato da SMS-Rio, após a entrada maciça de OS a partir de 2009, ter baixa representatividade no emprego direto de seus investimentos de capital e custeio na rede básica, restrita em sua maioria a unidades tipo B e C e ainda dependendo da pactuação realizada. O fato de algumas farmácias terem passado por reformas e estruturação realizadas pelas OS, mesmo nas unidades com gestão mistas (tipo B) e o grau de organização dos registros dentro do Painel, que permite conferir a nota fiscal dos bens adquiridos ou os contratos dos serviços digitalizados, em alguns casos, foram outros motivos para essa escolha.

As estimativas de custos administrativos e de estrutura física das farmácias pautaram-se exclusivamente no modelo padronizado para as Clínicas de Famílias (CF), que correspondiam a quase 35% das unidades de atenção primária em 2012 e

abono de férias etc.) não se encontram embutidos nos valores salariais pagos e não foram utilizados nos cálculos nessa tese.

possuem condição sanitária de acordo com as boas práticas de dispensação e armazenamento. Assim, todos os valores identificados para uma CF foram arbitrariamente extrapolados para o total de 201 unidades básicas, excluindo-se apenas os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), cujo foco de atendimento em saúde mental representa consumo não significativo de medicamentos comuns ao Programa Aqui Tem Farmácia Popular.

No caso de materiais de consumo (por exemplo, resmas de papel para impressão de receituários, canetas etc.), estimou-se um valor anual de R\$ 2.400,00 para cada farmácia, a partir de registros de saída do almoxarifado das OS.

A identificação dos mobiliários e equipamentos relacionados à estrutura física das farmácias baseou-se no documento de orientação para expansão das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro (RIO, 2009d), que considerou as bases sanitárias relacionadas à estruturação de farmácias definidas pelo Ministério da Saúde no setor público (BRASIL/MS, 2009a) e, complementarmente, também em observação livre da rotina de funcionamento de um conjunto de CF — pelo menos uma por AP — feita diretamente pelo pesquisador, a qual possibilitou verificar relativamente homogeneidade das farmácias, em termos estruturais.

Para computação desses custos, foi estruturado banco de dados específico em Excel® com a descrição do material, quantidade, preço unitário, data de aquisição e vida útil a partir dos dados obtidos no Painel, que contabiliza o conjunto de bens adquiridos pelas OS. Foram selecionados aqueles com menor preço unitário adquirido dentre todas as OS no ano de exame.

Os custos dos mobiliários consideraram sua depreciação⁴², sendo aplicadas taxas fundamentadas nas Instruções Normativas da Receita Federal nº 162/98 e 130/99. À exceção dos computadores, depreciados em 20% ao ano, todos os demais tiveram taxa de depreciação de 10%aa. A relação de mobiliários e equipamentos incluídos, com respectivos valores já depreciados, encontram-se dispostos na Tabela 6 a seguir.

⁴² Depreciação corresponde à diminuição do valor dos bens tangíveis ou intangíveis, por desgastes, perda de utilidade por uso, ações da natureza ou obsolescência. Na estimativa da depreciação, a base é a divisão de seu valor contábil pelo prazo de vida útil do bem, que é variável de acordo com sua natureza.

Tabela 6 — Relação de mobiliários e equipamentos das Farmácias (em R\$)

Equipamentos e materiais	Qtd	Valor Unitário	Total
Ar condicionado 10.000 BTU tipo split	2	895,00	1.790,00
Armário aço 2 portas	1	429,00	429,00
Estante de aço	10	368,00	3.680,00
Estrados 50X50	5	350,00	1.750,00
Mesa escritório	2	260,00	520,00
Cesto de Lixo Inox 12 Litros	2	79,90	159,80
Cadeira estofada secretária	4	65,00	260,00
Escada de uso hospitalar	1	58,00	58,00
Estante para bins 40X6	2	363,60	727,20
Estante para bins 24x6	2	232,45	464,90
Refrigerador 120 litros	1	790,00	790,00
Suporte CPU	2	28,00	56,00
Termo-higrômetro digital	2	78,00	156,00
Computador com monitor	2	1.251,24	2.502,48
Impressora a laser	1	1.300,00	1.300,00
Mesa para impressora	1	115,00	115,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados registrados no Painel de Gestão das OS, disponível em <http://osinfo.rio.rj.gov.br>. Acesso em 03/05/2013.

Quanto aos custos administrativos relacionados a despesas com contratos de prestação de serviço, o sistema de informação disponibilizado no Painel de Gestão das OS serviu como fonte de obtenção dos dados. Nesse Painel, foi possível identificar a execução dos contratos celebrados entre as OS e os prestadores de serviços terceirizados.

Por não poderem ser medidos individualmente por item de serviço prestado, foi aplicado método de rateio a um conjunto de custos comuns a diversos procedimentos e serviços, que posteriormente serviu de base para sua alocação às farmácias das Clínicas da Família. Os elementos de custos administrativos, critérios de rateio e os valores anuais atribuídos às farmácias encontram-se discriminados no Quadro 19 na sequência.

Quadro 19 — Valores anuais apurados dos custos administrativos das farmácias e respectivos critérios de rateio empregados, ano base 2012

Elementos de Custo Administrativo	Critério de rateio	Valor Anual
Energia elétrica	Área física (m ²)	1.967,35
Água e esgoto	Área física (m ²)	343,51
Limpeza e conservação	Área física (m ²)	2.128,34
Manutenção de ar condicionado	Número de aparelho	1.077,60
Segurança e Vigilância	Área física (m ²)	2.125,54
Provedor de internet	Número de pontos de rede	1.903,45
Manutenção predial	Área física (m ²)	826,37
Manutenção do refrigerador	Número de aparelho	178,56
Prontuário eletrônico	Login de acesso	631,20

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados registrados no Painel de Gestão das OS, disponível em <http://osinfo.rio.rj.gov.br>. Acesso em 03/05/2013.

Para os rateios de consumos por m², obteve-se a planta da CF, que segue padrão arquitetônico padronizado pela Assessoria de Engenharia e Obras da SMS-Rio.

A SMS-Rio possui um sistema de prontuário eletrônico dirigido à ESF na atenção primária, que registra a dispensação de medicamentos e permite certo grau de gestão de estoques. Relativo a esse elemento, a SMS pode contar com distintos sistemas de prontuários — Vita Care, Medicine One, Prime e Alert —, cujo emprego varia de acordo com a OS contratada. Os valores cobrados foram obtidos diretamente junto às empresas prestadores dos serviços de prontuário e consistiram, segundo informações repassadas, em valor fixo de R\$ 1.000,00 por equipe/mês, existindo um quantitativo de *logins* variando de 9 a 19, incluindo a farmácia. A forma de cálculo para esse componente partiu do valor por equipe, dividido pelo número máximo da faixa de logins de acesso.

6.4.5 Cálculo do custo para a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro por unidade farmacotécnica dos medicamentos do rol comum com Programa Aqui Tem Farmácia Popular

No cálculo do custo unitário da SMS-Rio por unidade farmacotécnica (UF) de cada medicamento do elenco comum, foram empregados o consumo e as estimativas dos gastos com sua aquisição em 2012 e os custos logísticos (armazenamento e distribuição) e de dispensação.

Os métodos de apuração dos custos com a aquisição de cada elemento desse conjunto de medicamentos e o rateio dos custos logísticos individualizados já foram descritos nas seções precedentes. Cabe agora especificar como foram estimados os custos de dispensação atribuídos a cada medicamento por UF.

Partindo do gasto estimado com aquisição de medicamentos do Componente Básico da AF pela SMS-Rio no ano sob exame, foi apurada a representatividade em termos percentuais de cada produto do elenco comum do ATFP. Este percentual de participação do valor financeiro dos medicamentos foi aplicado ao custo total da dispensação e ponderado pelo quantitativo anual consumido de UF daquele medicamento em 2012, obtido junto ao Centro de Distribuição de Medicamentos Municipal. Desse modo, a estimativa do custo de dispensação de cada unidade farmacotécnica tomou por base a seguinte fórmula de cálculo:

$$C_{disp\ Med\ A\ (UF)} = \frac{[(\% \text{ Gastos}_{Med\ A} \times CT_{disp})/100]}{Cons\ anual_{Med\ A}}$$

Onde

$C_{disp\ Med\ A\ (UF)}$ = custo medicamento hipotético A na etapa de dispensação

CT_{disp} = Custos totais da dispensação

$Cons.\ Anual_{Med\ A}$ = Consumo anual do medicamento A no ano de 2012

Por fim, o somatório dos elementos de custos oriundos da aquisição, logística e dispensação obtidos para cada UF de cada medicamento do rol comum possibilitou a estimativa do seu custo por UF no contexto da SMS-Rio, representado como:

$$\text{Custo SMS-Rio UF Medicamento X} = \text{Custo Unitário de Aquisição UF} + \text{Custo Logística UF} + \text{Custo Dispensação UF}$$

6.4.6 Comparação do Valor de Referência do Programa Aqui Tem Farmácia Popular e Custo incorrido pela SMS-Rio por unidade farmacotécnica dos medicamentos do rol comum

Tomando por base o custo para a SMS-Rio da UF de cada medicamento do elenco comum, foram traçadas comparações com o Valor de Referência do MS-Programa ATEP, tomando por base o ano de 2012.

Os Valores de Referência foram extraídos das Portarias nºs 971 e 1.146, ambas de 2012, e ainda em vigência no momento de elaboração desse estudo. Considerando que alguns dos medicamentos desse rol ainda são disponibilizados com contrapartida dos usuários (copagamento), as comparações feitas tomaram por base tanto o Valor de Referência pleno (que corresponde ao gasto efetivo do MS nos isentos de copagamento) quanto o valor descontado da contrapartida, ou seja, o percentual máximo do Valor de Referência pago pelo MS⁴³.

Qualquer medicamento vendido em estabelecimentos comerciais farmacêuticos agregam impostos, que retornam ao Estado. Assim, além das comparações com os valores acima relatados, foi também efetuada comparação adicional com o custo total para o governo descontado o valor máximo pago pelo MS (que é de 100% do VR nos isentos de copagamento) de 4,27%. Este percentual de

⁴³ Cabe ser lembrado, contudo, que conforme presente nas Portarias, o estabelecimento comercial pode vender os medicamentos a um valor inferior ao VR, embora nunca superior a este. No caso da venda por valor menor, o MS pagará apenas o valor menor de venda. Não foi possível, entretanto, obter-se do DAF ou das outras fontes já citadas, valores individualizados por pagamento de cada medicamento/unidade farmacotécnica. Desse modo, para fins das comparações propostas, trabalhou-se com os valores de Portaria trazidos no capítulo 8, mais adiante.

desconto, tomado do trabalho de Carraro e Mengue (2013), corresponde ao valor médio incidente sobre a receita bruta das farmácias privadas em 2011⁴⁴.

Para fins das comparações pretendidas, foi considerada a variação percentual entre esses dois componentes, VR do Programa por UF de cada medicamento e seu custo para SMS-Rio por UF, empregando o seguinte método de cálculo:

$$Dif. \% = \left[\left(\frac{VR_{MS}}{CUF_{SMS-Rio}} \right) - 1 \right] \times 100$$

Onde,

Dif.% = Diferença percentual

VR_{MS} = Valor de Referência do MS/Programa ATFP

CUF_{SMS-Rio} = Custo por unidade farmacotécnica estimada para a SMS-Rio

Por fim, tomando por base o consumo anual de cada medicamento do rol comum na SMS do município em 2012, foi também realizada exploração relativa às diferenças entre o total de gastos que seria incorrido pela SMS-Rio, se esses tivessem sido executados com base no Valor de Referência da vertente privada do Programa Farmácia Popular do Brasil, e os gastos tomando as estimativas por UF com base na aquisição, logística e dispensação pela Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio.

⁴⁴ Em 2012, motivado pelo relatório do TCU já diversas vezes mencionado, este dois professores da UFRGS fizeram uma pesquisa que objetivou mensurar os custos incorridos no processo de fornecimento de medicamentos pelo sistema da rede básica de saúde no Brasil e, através de método de custeio, elaborar uma comparação entre os valores de aquisição destes com os valores repassados para a rede credenciada de farmácias privadas do Programa ATFP. Este trabalho, executado com base em dados de 2011, contemplou 13 medicamentos do elenco do ATFP e 12 municípios das regiões Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul do país. O Estado do Rio de Janeiro foi representado pelo município de Resende. Maiores detalhes sobre este estudo podem ser obtidos da publicação, apresentada no XIII Congresso Internacional de Custos, realizado em Portugal em 2013, que se encontra disponível em <http://www.otoc.pt/news/PENCUSTOS/pdf/076.pdf>. O relatório completo da pesquisa, mais extenso que a publicação mencionada, foi obtido por contato pessoal junto a pesquisadores do Projeto Impacto das Políticas de Subsídios no Acesso e no Uso de Medicamentos no Brasil (ISAUM-BR).

6.5 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu à norma vigente à época da submissão do projeto de tese, qual seja, a Resolução CNS196/96 (BRASIL, 1996), item VI, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. Assim, após a qualificação, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e aprovado (parecer nº 170.617 de 04/12/2012, disponibilizado no Anexo A) e ao CEP da SMS-Rio, cujo parecer de aprovação nº 350A/2012 de 19/12/2012 encontra-se disponível no Anexo B.

Destaca-se que o estudo em tela não envolveu, de forma direta ou indireta, pesquisas em seres humanos, concentrando-se basicamente em dados administrativos.

Todos os dados do Fundo Nacional de Saúde são públicos e disponíveis livremente pela internet, não exigindo qualquer procedimento ético específico para seu acesso. Da mesma forma, a utilização do e-SIC também segue a mesma conduta, face ao conteúdo público das informações.

Os dados de aquisição oriundos dos processos de empenho da SMS-Rio com medicamentos também são de domínio público e divulgados no Diário Oficial do Município.

Para a obtenção de dados administrativos e financeiros relativos à cadeia logística de armazenamento e distribuição e à dispensação, a aprovação no CEP da SMS-Rio foi precedida de autorização expressa do Subsecretário da Subsecretaria de Gestão da Secretaria. O envolvimento da instituição foi vinculado a anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), bem como a um termo de cessão de dados, presente no Apêndice A anteriormente mencionado, em que o pesquisador se comprometeu com as informações obtidas, confidenciais e utilizadas de forma a preservar o anonimato.

7 PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: CARACTERÍSTICAS HISTÓRICAS E EVOLUTIVAS

Neste primeiro capítulo de resultados, são trazidos os antecedentes históricos do Programa em tela, a caracterização das diversas vertentes que o compõe e alguns dados de sua evolução, em termos do número de municípios cobertos e estabelecimentos vinculados, dentre outros. Além disso, considerando o recorte geográfico definido para esta tese, são destacados alguns elementos relacionados ao Programa no município do Rio de Janeiro. E, finalmente, abordam-se, também, aspectos dos gastos relacionados à vertente “Rede Própria”, já que os relativos ao segmento privado do Programa serão tratados de forma mais detalhada no capítulo imediatamente seguinte.

Em relação à importância do Programa aqui tratado, Machado, Baptista e Nogueira (2011), em trabalho que buscou analisar as políticas priorizadas na agenda do Ministério da Saúde no período 2002-2008 — portanto, do Governo Lula — identificaram a Estratégia Saúde da Família, o Brasil Sorridente, os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e o Programa Farmácia Popular como pontos de maior relevância neste intervalo temporal.

Esse último Programa, compreendido naquele estudo como prioridade política de saúde, foi lançado ainda como proposta de campanha eleitoral para a Presidência, no ano de 2002, e foi implementado a partir de 2004, na forma de copagamento.

Antes do detalhamento relativo ao foco dessa tese, no caso o PFPB, é importante explorar alguns antecedentes que promoveram ou ainda realizam ações de copagamento no cenário brasileiro, por meio de rede própria de farmácias como estratégia de provisão de medicamentos.

7.1 Antecedentes do Programa

Três experiências, restritas a contextos estaduais, serviram de base para a implantação da política federal. Foram elas:

a) Estado de Pernambuco

O Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes (LAFEPE) foi criado em 1966 para produzir medicamentos a baixo custo para as populações de menor poder aquisitivo. Seu programa pioneiro de rede própria de farmácias populares, instaladas em áreas de comércio popular, com grande circulação nas diversas regiões do Estado, serviu como modelo para o Governo Federal ter implantado o Programa Farmácia Popular (LAFEPE, 2012).

O LAFEPE está vinculado à Secretaria de Saúde do estado em questão e foi precursor, no contexto das Políticas Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, no desenvolvimento da comercialização de medicamentos através do copagamento. O desenvolvimento nestes moldes foi inaugurado em abril de 2001 e o ressarcimento realizado é referente ao custo da produção dos medicamentos, agregados de um valor relacionado aos custos administrativos (FERREIRA, 2006). Compreendeu, além disso, processo de abertura de farmácias, com o objetivo de vender medicamentos genéricos e similares, produzidos por este Laboratório e/ou adquiridos junto a outros fornecedores, com intuito de ofertar estes produtos a preços inferiores aos praticados pelo mercado, sem limitação de acesso.

Segundos dados deste Laboratório, são disponibilizados na atualidade cento e cinquenta e um produtos produzidos ou adquiridos por processo de licitação pública. No elenco, destacam-se produtos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, antiparasitários, antibióticos, antiulcerosos, vitaminas, analgésicos e antitérmicos. A rede de farmácias LAFEPE espalhadas em todo estado conta com trinta e seis unidades, atendendo cerca de duzentas e sessenta mil pessoas por mês (LAFEPE, 2013). Além disso, dados de 2012 indicavam que o valor médio do cupom fiscal de venda foi de R\$ 4,90, o que podia comprovar o atendimento às classes sociais menos favorecidas (LAFEPE, 2012).

b) Estado do Rio de Janeiro

Em julho de 2003, o governo desse estado deu início a um programa governamental também chamado de Farmácia Popular. A primeira unidade, denominada Farmácia Popular Vital Brazil, foi inaugurada em Niterói, sob a gestão do Instituto Vital Brazil (IVB), um laboratório oficial da Administração Indireta vinculado à Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ). No rol de produtos disponibilizados, incluía

a distribuição de medicamentos e, posteriormente, de fraldas descartáveis, mediante ressarcimento, como também a prestação de alguns serviços⁴⁵.

Em sua origem, essa rede de farmácias disponibilizava cinquenta produtos oriundos de laboratórios oficiais — do próprio IVB, LAFEPE, Fundação Ezequiel Dias, Laboratório Farmacêutico da Marinha, e Indústria Química do Estado de Goiás — a preços subsidiados, cujo valor de venda de qualquer medicamento à população era de R\$ 1,00. Os idosos eram a população alvo e o acesso se fazia mediante a apresentação de prescrição médica da rede pública, contendo o nome genérico do medicamento, conforme a região de moradia definida para assistência de cada unidade de atendimento. O elenco de medicamentos apresentava correspondência com o público alvo a ser atendido, e incluía produtos para tratamento de doenças como catarata, depressão, hipertensão e glaucoma (FERREIRA, 2006; PINTO, 2008).

Dados do IVB, de final de 2007, indicavam a existência de mais de seiscentos mil idosos cadastrados. Em junho de 2008, já com dezenove Unidades, o Programa passou para a gestão direta da SES, sendo delineado um novo projeto para o Programa com adequações baseadas na inclusão do idoso em uma rede de proteção social (PINTO, 2008).

Atualmente, com dezoito farmácias, tem como objetivo promover a democratização do acesso da população com deficiências e/ou com sessenta anos ou mais a uma lista de medicamentos, garantindo o tratamento farmacológico das patologias mais frequentes nesse estrato etário e a fraldas descartáveis, ambos a baixo custo (SES, 2013).

Além de duas apresentações de fralda higiênica, conta com 56 medicamentos — anti-hipertensivos, antibióticos, analgésicos, anti-inflamatórios, antiulcerosos, antidepressivos, dentre outros — que apresentam, em sua relação, produtos em desacordo com a RENAME vigente, como por exemplo, o salbutamol na apresentação de xarope e o benzoato de benzila em forma de loção.

Para aquisição de medicamentos nas unidades, é necessário que o usuário tenha sessenta anos completos ou mais e apresente receita médica de hospital público ou particular, CPF e comprovante de residência. Com relação às fraldas, além

⁴⁵ Esses serviços envolviam a realização de palestras, atividades com foco na promoção da saúde, cultura, educação e lazer voltadas para a terceira idade.

dos documentos pessoais, é necessário que o usuário disponibilize um laudo médico de hospital público ou particular.

c) Estado do Rio Grande do Norte

Aos moldes do ocorrido em Pernambuco, o Rio Grande do Norte também desenvolveu ação de estruturação de rede de farmácias próprias, através de copagamento. O programa, intitulado “Farmácia de Todos”, foi iniciado em setembro de 2004, sendo coordenado pela Central de Abastecimento do Rio Grande do Norte (Ceasa).

Iniciou pela capital, Natal, e contemplou 22 cidades. Visando garantir uma expansão mais efetiva, o projeto foi desenvolvido por meio de parceria com os municípios, que contribuíam com 20% dos custos para a instalação, e o gestor estadual, que arcava com o investimento de R\$ 40 mil em cada unidade, correspondente a 80% do valor total. Tinha por foco atender prioritariamente pessoas de baixa renda, com dificuldades na realização de tratamento decorrente do alto custo dos medicamentos, disponibilizando produtos a preços abaixo dos praticados no mercado privado (CEASA-RN, 2012).

Não havia restrição para a aquisição, cabendo ao usuário apresentar receita médica ou odontológica da rede pública ou particular para ter acesso aos cerca de cento e trinta medicamentos básicos, indicados para o tratamento de doenças como hipertensão, diabetes, úlcera gástrica, depressão, asma, infecções e verminoses disponíveis no programa.

7.2 Programa Farmácia Popular do Brasil e suas vertentes

A carência de medicamentos essenciais nas unidades públicas de saúde, prejudicando os indivíduos mais vulneráveis — de menor renda, que geralmente dependem do setor público como única alternativa de cuidado e acesso — e o padrão desigual de gasto com medicamentos das famílias brasileiras, cuja aquisição figura como componente principal no total dos gastos com saúde das famílias, têm sido motivo e defesa do surgimento de novos arranjos de provisão de medicamentos (OPAS, 2005; IBGE, 2003), entre os quais se insere aquele objeto dessa tese.

Boing e colaboradores (2013), ao avaliarem o acesso a medicamentos no setor público em amostra de usuários do SUS, identificaram que menos de 50% da população estudada com prescrição de fármacos obteve os medicamentos prescritos em unidades do sistema público. Outro estudo analisou a disponibilidade de medicamentos em distintos estabelecimentos: públicos, privados e do Programa Farmácia Popular (Rede Própria e Aqui Tem Farmácia Popular), constatando os menores percentuais do conjunto de medicamentos pesquisados no setor público, comparado aos demais locais (PINTO *et al* 2010).

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado em 2004, por força da Lei nº 10.858, de 13 de abril (BRASIL, 2004a), sendo posteriormente regulamentado através do Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004 (BRASIL, 2004b). Essa ação política teve, como um dos seus principais objetivos, a ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais por baixos preços, através de subsídios da União, estruturando-se, inicialmente, pela estratégia de copagamento entre usuários e Estado, objetivando diminuir assim o impacto do preço dos medicamentos no orçamento familiar. Vale ressaltar que, ainda que amplamente utilizada em muitos países, a aplicação do sistema de copagamento constituiu-se em estratégia inovadora no SUS.

O manual básico de funcionamento do Programa remete à discussão em torno do atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde, mas principalmente daquelas que utilizam os serviços privados, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em estabelecimentos farmacêuticos comerciais privados (BRASIL/MS, 2005c).

A coordenação do Programa sempre esteve sob responsabilidade do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) do Ministério da Saúde. As ações se iniciaram em 07 de junho de 2004, com a inauguração simultânea das primeiras unidades próprias, nas cidades de Goiânia, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo (PEREIRA, 2013). Envolveu inicialmente o funcionamento de redes próprias geridas pela Fiocruz e, a partir de 2006, expandiu-se por meio do setor privado, alcançando distribuição nacional e mais de seis mil estabelecimentos credenciados em 2008 (MACHADO, BAPTISTA e NOGUEIRA, 2011).

Atualmente, o PFPB está regulamentado pela Portaria nº. 971 de 15 de maio de 2012 (BRASIL/MS, 2012c), em suas duas vertentes de organização: (1) Rede Própria (RP), constituída em unidades, por meio de convênios com os estados, Distrito

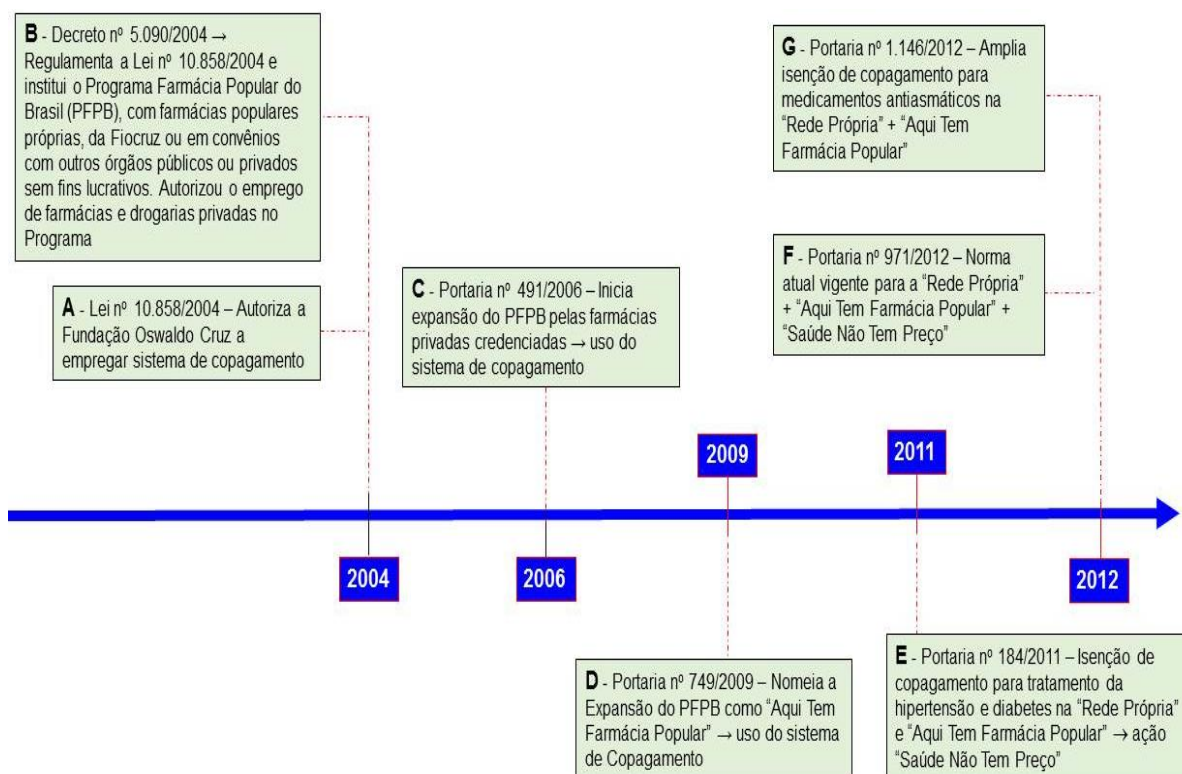
Federal, municípios e outras instituições públicas ou privadas filantrópicas; (2) Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP), caracterizada pelo credenciamento de farmácias e drogarias do comércio farmacêutico.

Em fevereiro de 2011, os medicamentos para o tratamento da hipertensão e diabetes foram retirados da modalidade de copagamento, sendo disponibilizados à população sem a necessidade de desembolso de recursos financeiros por parte dos usuários, tanto na RP como na vertente privada, ATFP. Esse formato foi formulado como uma “campanha”, denominada Saúde Não Tem Preço (SNTTP). Mais recentemente, medicamentos indicados para o tratamento da asma também foram inseridos nesta submodalidade, sem necessidade de complementação financeira. Para outros produtos do elenco, ainda é preciso o copagamento⁴⁶, tanto na Rede Própria, como no Aqui Não Tem Preço.

Pautando-se nas inúmeras mudanças que o Programa, desde que foi criado, vem incorporando, com diversas e sucessivas regulamentações por parte do MS, foi possível estabelecer uma linha do tempo, identificando as intervenções mais marcantes, destacadas na Figura 10, a seguir.

⁴⁶ O Ministério da Saúde trata essa forma de provisão sem o esquema de compartilhamento de custos por parte dos usuários, como gratuidade, na ação denominada “Saúde Não Tem Preço”.

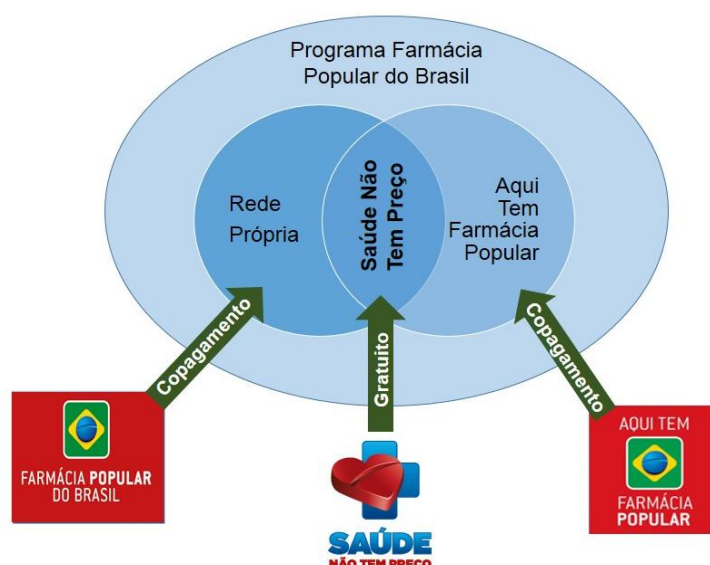
Figura 10 — Linha do tempo do PFPB



Fonte: Elaboração própria.

Já a Figura 11, a seguir, permite uma compreensão mais facilitada da configuração atual do PFPB, em seus arranjos:

Figura 11 — Configuração atual do Programa Farmácia Popular do Brasil



Fonte: Elaboração Própria.

Em aproximadamente dezoito meses, a campanha Saúde Não Tem Preço registrou crescimento de 269% no número de pessoas beneficiadas, saltando de 1,2 milhão em janeiro de 2011 para 4,8 milhões em julho de 2012 (BRASIL/MS, 2012d).

O PFPB tem assumido caráter governamental estratégico na medida em que figura em dois planos importantes. O primeiro, chamado Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil — 2011-2022⁴⁷, utilizando-se principalmente da ação SNTP. O outro é o Plano Brasil Sem Miséria⁴⁸, voltado para beneficiar municípios com estabelecimentos credenciados no ATFP, que contempla também a possibilidade de acesso sem copagamento, mesmo quando realizado no comércio farmacêutico, isto é, via SNTP.

A articulação com o setor privado do comércio varejista farmacêutico será explorado posteriormente, ressaltando-se que o foco deste trabalho de tese recai principalmente sobre esse componente privado do PFPB: Aqui Tem Farmácia Popular. Antes, porém, cabe detalhar um pouco das duas outras vertentes do Programa, a saber: a “Rede Própria” e a “Saúde Não tem Preço”, tratadas a seguir de forma sequenciada.

7.3 Programa Farmácia Popular do Brasil: “Rede Própria”

Primeiramente, o funcionamento da Rede Própria ocorreu através da abertura de uma rede estatal de farmácias diretamente pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Parcerias com Municípios, Estados e outras Instituições públicas, como de ensino, ou privadas filantrópicas foram a seguir desenvolvidas, porém ainda comandadas pela Fiocruz. Esta Fundação tem, até hoje, o papel de coordenar a estruturação e dar apoio operacional às unidades próprias.

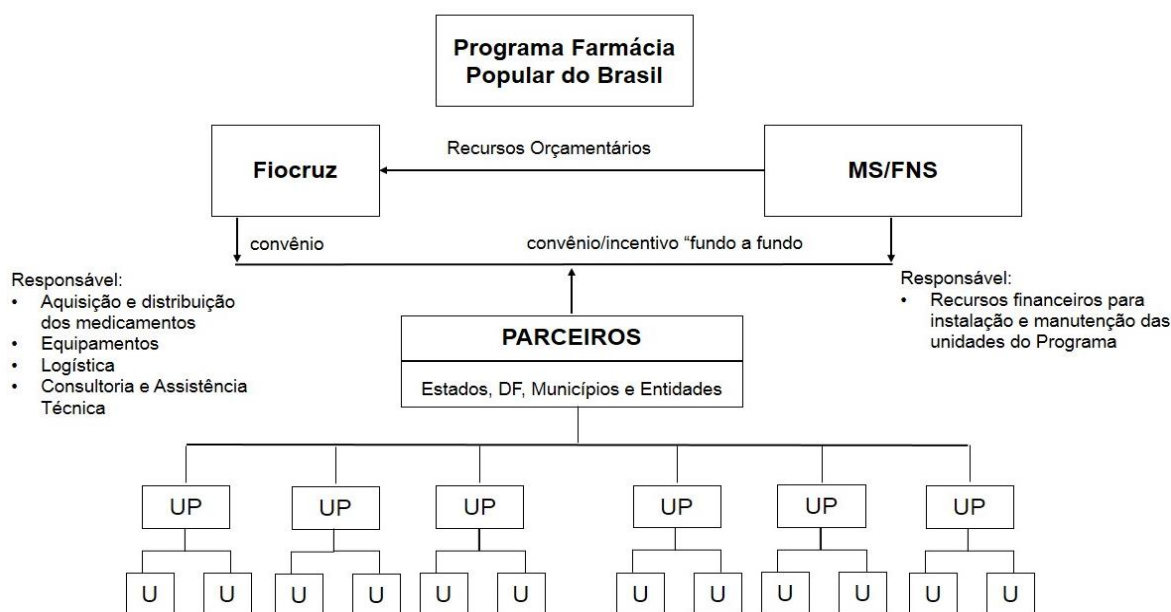
⁴⁷ Esse plano visa o preparo do país no enfrentamento (e impedimento), nos dez próximos anos, das DCNT: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (BRASIL/MS, 2011).

⁴⁸ O Governo Federal pretende, com esse plano, a erradicação da extrema pobreza em municípios com grande concentração de população nesta condição. Possui outras ações de caráter de responsabilidade interministerial, com outros serviços na área de educação, geração de renda etc. Para maiores detalhes verificar <http://www.brasilsemmiseria.gov.br/>, acessado em 15/09/2013.

Os municípios ou estados parceiros do Programa, segundo suas normas de organização, recebem R\$ 50.000,00 para implantação da unidade, além de R\$ 10.000,00 mensais após a inauguração, para sua manutenção. Estes recursos para implantação e manutenção das farmácias são provenientes de execução descentralizada de programa de trabalho específico do orçamento da União destinado ao Ministério.

A Figura 12, a seguir, resume o desenho atual da organização da vertente Rede Própria do PFPB.

Figura 12 — Configuração da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil



Legenda: UP – Unidade Rede Própria, U – Usuário

Fonte: Elaboração própria, a partir do Manual da Rede Própria PFPB (BRASIL/MS, 2011).

A Rede Própria conta com um manual básico — Manual de Procedimentos Técnicos e Operacionais⁴⁹ — voltado à padronização da execução das atividades das farmácias, buscando garantia de uniformidade das ações, fundamentalmente aquelas voltadas ao cuidado com os medicamentos e ao atendimento aos usuários (BRASIL/MS, 2012e).

⁴⁹ O Manual também trata de outros aspectos relacionados aos critérios de implantação e expansão do Programa, dos mecanismos de adesão e parcerias, das instalações de unidades, da manutenção do Programa e gestão das unidades, da celebração de convênios, do monitoramento, avaliação e controle, dentre outros.

Segundo esse Manual, há prioridade para aquisição dos medicamentos de laboratórios farmacêuticos oficiais pertencentes à União, estados e municípios, com destaque à disponibilização prioritária de medicamentos genéricos, quando possível, sendo ainda fornecidos produtos adquiridos junto às empresas privadas, mediante os devidos processos licitatórios.

Todos os mobiliários e equipamentos são disponibilizados pela Fiocruz, por meio de comodato (BRASIL/MS, 2004). A Fundação também é responsável pela capacitação de profissionais, treinamento voltado para atenção farmacêutica, operação dos procedimentos de aquisição, realizando processos licitatórios próprios, além do armazenamento central e da distribuição logística dos medicamentos às farmácias. Provém dessa Instituição, no momento da instalação da farmácia local, um quantitativo de medicamentos em consignação à sua dispensação (BRASIL/MS, 2011).

A gestão administrativa — incluindo funcionamento da unidade, contratação de recursos humanos, gestão de estoques de medicamentos, suprimentos de expediente e informática, bem como a manutenção predial e o zelo pelos móveis e equipamentos emprestados — é de responsabilidade do partícipe conveniado ao Programa.

A Portaria nº. 971/2012 regulamenta atualmente a Rede Própria do PFPB (BRASIL/MS, 2012d), trazendo regras relacionadas aos procedimentos de venda e de dispensação, como:

- I. Apresentação pelo paciente de documento oficial com foto e seu CPF.
- II. Apresentação de prescrição médica, no caso de medicamentos. Para fralda, é preciso prescrição, laudo ou atestado médico. Em ambas, é necessário constar seguintes informações:
 - a) número de inscrição do médico no Conselho Regional de Medicina (CRM), assinatura e carimbo médico, e endereço do estabelecimento de saúde;
 - b) data da expedição da prescrição médica;
 - c) nome e endereço residencial do paciente.

As prescrições possuem validade de cento e vinte (120) dias, a partir de sua emissão, exceto para os contraceptivos, cuja validade é de doze meses. O quantitativo solicitado deve corresponder à posologia mensal compatível com os consensos de tratamento da doença para o qual o medicamento está indicado e a dispensação deve obedecer aos limites definidos pelo PFPB. Situações cuja quantidade venha

extrapolar aos máximos estipulados devem ser remetidas ao DAF para análise e autorização.

Desde o início do funcionamento da Rede Própria, foram editadas inúmeras normas, visando alteração de regras operacionais, das quais, algumas são comuns para a outra vertente privada. Além disso, existem publicações relativas à aprovação de habilitação de municípios conveniados, dentre outras. O Quadro 20 a seguir, relaciona e sumariza o conjunto dos principais atos legais:

Quadro 20 — Relação de atos legais no RP/PFPB

Dispositivo Legal	Assunto
Convênio ICM nº 40/75	Dispõe sobre isenção de ICM sobre produtos farmacêuticos nas operações entre entidades públicas.
Lei nº10.858, de 13/04/2004	Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências.
Decreto nº 5.090, de 20/05/2004	Regulamenta a Lei 10.858, de 13/04/2004, institui o Programa Farmácia Popular do Brasil e dá outras providências.
Portaria nº 2.587, de 06/12/2004	Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências.
Portaria nº 1.579, de 30/07/2004 (revogada)	Constitui Grupo de Trabalho no âmbito do Ministério da Saúde, e dá outras providências.
Portaria nº 1.651, de 11/08/2004 (revogada)	Dispõe sobre o modelo de gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências.
Portaria nº 745, de 13/12/2004	Define que as farmácias Populares do Brasil deverão ser registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
Portaria nº 1.767, de 24/07/2007 (revogada)	Dispõe sobre o modelo de gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil.
Portaria nº 472, de 04/03/2010	Dispõe sobre a disponibilidade do medicamento Fosfato de Oseltamivir nas unidades da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil.
Portaria nº 454, de 16/03/2011	Altera o § 2º do art. 1º da Portaria nº 472/GM/MS, de 4 de março de 2010, que dispõe sobre a disponibilidade do medicamento Fosfato de Oseltamivir nas unidades da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil. Prorroga a disponibilização de Fosfato de Oseltamivir na Rede Própria
Portaria nº 184, de 03/02/2011 (revogada)	Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.
Portaria nº 726, de 08/04/2011	Altera o § 2º do art. 52 da Portaria nº 184/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.
Portaria nº 971, de 15/05/2012	Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.
Portaria nº 1.146, de 01/06/2012	Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 971/GM/MS, ampliando a cobertura da gratuidade no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil.

Fonte: Elaboração Própria.

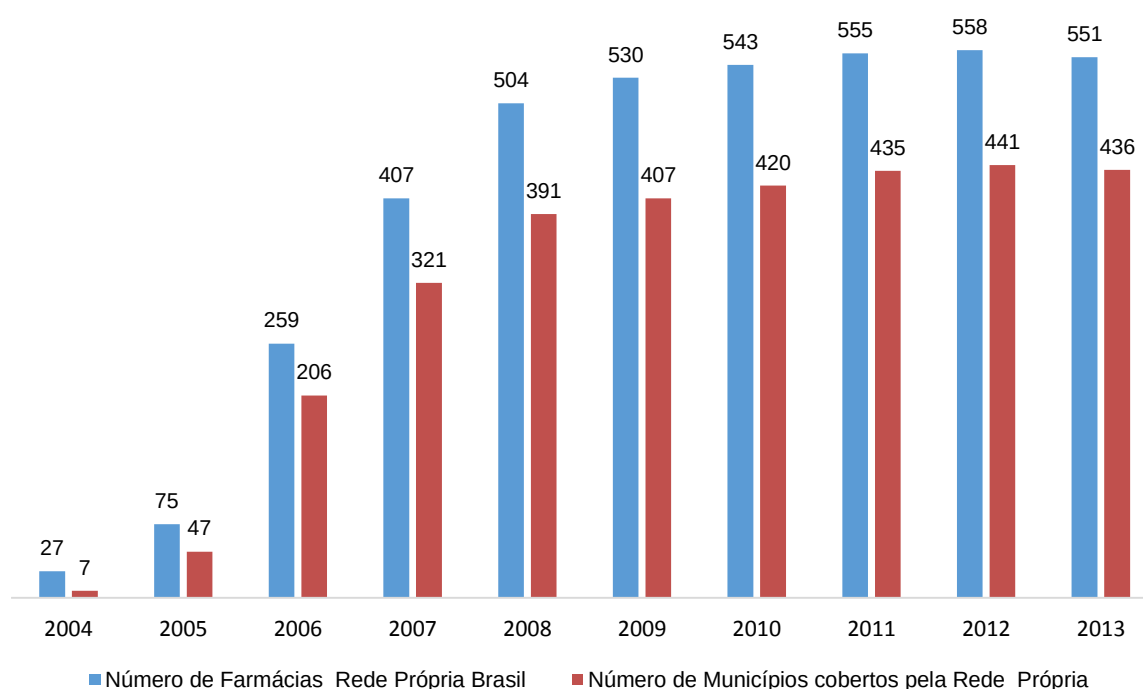
O processamento das vendas segue o rito determinado na Portaria nº 971/2012, sendo efetuado por sistema de gerenciamento eletrônico capaz de realizar

requisições eletrônicas do próprio PFPB, nominado como Sistema Autorizador DATASUS.

A Fiocruz permanece como executora das ações, estando submetida à supervisão direta e imediata do MS, cujo modelo é realizado em ação conjunta entre o MS e a Fundação, coordenado por um Conselho Gestor, vinculado diretamente à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde. Esse Conselho é composto de três representantes da SCTIE, sendo um deles o Diretor do DAF, que o coordena, e outros três membros da Fiocruz.

Dados obtidos no sítio do MS, atualizados até junho de 2013 (BRASIL/MS, 2013), informam que o país contava com quinhentas e cinquenta e uma farmácias da Rede Própria, presentes em quatrocentos e trinta e seis municípios (Gráfico 3).

Gráfico 3 — Número de farmácias em funcionamento e de municípios cobertos com a Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil



Nota: Informações referentes ao mês de junho de 2013.

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do MS, disponível em www.saude.gov.br, acessado em 15/06/2013.

Até 2007, identifica-se o aumento mais expressivo da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil relativo ao número de estabelecimentos e cobertura municipal. A partir daí, a velocidade de expansão desacelera grandemente.

Constata-se ainda diminuição em sete unidades da Rede Própria entre 2012 e junho/2013 no Brasil, podendo sinalizar retração nessa vertente.

Com relação à distribuição geográfica no território nacional, cerca de dois terços do total de farmácias populares mantidas em 2012 encontram-se na região Sudeste (34,8%) e Nordeste (34,4%), seguida pelo Norte, Sul e Centro-Oeste, com 12,7%, 11,7% e 6,5%, respectivamente. O Estado de São Paulo é a unidade federativa com maior número de estabelecimentos, contando com noventa farmácias (16,1%).

Como já mencionado, as transferências financeiras destinadas ao financiamento da Rede Própria do PFPB são repassadas aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. Com relação a estes repasses, são identificados dois sub-blocos. O primeiro, na forma de incentivo, transferido fundo a fundo para apoiar os gastos com implantação, que englobam ações de reforma, adaptação ou adequação de áreas físicas para instalação de unidades do PFPB, definidas na portaria nº 2.587/2004 e no Manual Básico do Programa Farmácia Popular (BRASIL/MS, 2004). O segundo item financeiro, nos mesmos moldes de transferência automática, está destinado à cobertura de despesas rotineiras com a manutenção. Esses gastos englobam pagamentos de pessoal em atividade nas unidades do PFPB e outras despesas correntes necessárias ao pleno funcionamento da Rede Própria.

Por meio da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, foi possível identificar as transferências de repasses realizadas no período 2004-2012, que estão dispostas na Tabela 7, a seguir. Foram transferidos aos entes subnacionais, para manutenção e/ou implantação de unidades da Rede Própria, mais de R\$ 390 milhões nesse intervalo. A partir de 2010, não são percebidos aportes para a implantação de novas unidades da Rede Própria, sustentando a hipótese, destacada anteriormente, de estagnação desta vertente do PFPB.

Tabela 7 — Transferência de recursos financeiros para a Rede Própria do Programa Farmácia Popular, entre 2004-2012, em valores correntes (em R\$)

Ano	Incentivo à implantação	Incentivo à Manutenção das Unidades	Total
2004	1.400.000,00	1.590.000,00	2.990.000,00
2005	13.450.000,00	4.250.000,00	17.700.000,00
2006	8.050.000,00	18.610.000,00	26.660.000,00
2007	4.534.000,00	37.560.000,00	42.094.000,00
2008	2.350.000,00	52.650.000,00	55.000.000,00
2009	1.400.000,00	58.970.000,00	60.370.000,00
2010	0,00	61.420.000,00	61.420.000,00
2011	0,00	63.590.000,00	63.590.000,00
2012	0,00	62.620.000,00	62.620.000,00
Total	31.184.000,00	361.260.000,00	392.444.000,00

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponíveis em www.saude.gov.br/sage, acessado em 11/09/2013.

Segundo a Portaria nº. 971/2012 (BRASIL/MS, 2012d), a dispensação de medicamentos e/ou correlatos ocorre mediante um valor de ressarcimento, que corresponde aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, definido pela Fiocruz, cujos valores são agregados ao preço final do produto disponibilizado, denominado assim de Preço de Dispensação (PD) — valor do medicamento e correlato fixado para as farmácias da RP. Não foi identificada, em qualquer das buscas associadas ao desenvolvimento desse trabalho, em documento relativo ao PFPB ou a este componente específico, qualquer menção ao mecanismo exato de formulação deste PD.

O valor de ressarcimento pago pelos usuários é estabelecido pelo Conselho Gestor do Programa, instituído pela Portaria GM n.º 1.651/04. Esse valor é único para cada produto e deve ser o mesmo em toda RP. A Portaria também estabelece que o ressarcimento de custos seja distinto da relação comercial de venda, pois o lucro não é a meta na execução do Programa e não é fonte que viabiliza a manutenção de suas unidades (BRASIL/MS, 2011; 2005).

A Tabela 8 traz dados relativos às receitas advindas das vendas realizadas pela Rede Própria sob gestão da Fiocruz (valores de ressarcimento), de dotação

orçamentária e de pacientes atendidos, que foram levantados por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC), no período 2005 a 2012⁵⁰.

Tabela 8 — Número de usuários atendidos, dotação orçamentária e valores de ressarcimento recebidos na Rede Própria gerida pela Fiocruz (em R\$)

Ano	Usuários atendidos	Dotação Orçamentária	Valor do ressarcimento de medicamentos
2005	2.014.743	326.360.000,00	18.344.744,73
2006	5.972.316	114.903.475,00	57.650.039,17
2007	9.152.340	114.925.116,00	88.562.037,68
2008	10.802.974	116.866.090,00	95.019.923,48
2009	11.467.610	126.200.000,00	104.079.885,08
2010	11.282.547	125.560.000,00	109.744.835,21
2011	11.688.194	140.424.000,00	92.272.971,49
2012	11.730.103	138.300.000,00	89.015.456,05
Total	74.110.827	1.203.538.681,00	654.689.892,89

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados enviados pela Fiocruz por meio do e-SIC, acessado em 19/10/2013.

Observa-se uma expansão significativa no número de usuários atendidos entre 2005-2008; a partir de então, permanece relativamente estável, na faixa de onze milhões. Excetuando-se 2005, possivelmente em função do aporte inicial para alavancar o Programa, é identificada manutenção das dotações orçamentárias da Fiocruz para a Rede Própria do PFPB. Por fim, destacam-se as receitas obtidas pela Fiocruz, oriunda do Preço de Dispensação, com faturamento total de cerca de R\$ 655 milhões, no período de oito anos. O ano de 2010 apresentou o maior valor no período examinado, contribuindo com 16,7% do total de ressarcimentos.

As farmácias da Rede Própria são padronizadas em todo o território brasileiro, abarcando esta padronização o processo de atendimento à população, relação de medicamentos, equipamentos e materiais de consumo utilizados e até os uniformes dos funcionários.

A lista de medicamentos é atualmente composta de cento e doze produtos e um insumo (preservativo masculino). No ano de 2012, foram dispensadas 875.000.000, representando aumento de 4,8% em relação a 2011 (BRASIL/Fiocruz;

⁵⁰ Segundo resposta obtida junto ao e-SIC (2013), o PFPB não teve programa de trabalho específico no orçamento da União, em 2004, motivo pelo qual todos os dados fornecidos referem-se a 2005 em diante.

2011, 2012). O Anexo C traz o elenco de medicamentos e insumos da Rede Própria, com seus respectivos valores de dispensação praticados.

7.4 Programa Farmácia Popular do Brasil: “Saúde Não Tem Preço”

Esse foi um novo arranjo do PFPB e surgiu no início de 2011, por meio da publicação da Portaria nº 184/GM, de 3 de fevereiro. Sua principal característica é a retirada do copagamento de um grupo específico de medicamentos, dispensando o usuário de desembolso direto no momento de sua aquisição. Inicialmente, o elenco de fármacos relacionava-se ao tratamento de hipertensão (seis itens) e diabetes (doze itens), cujo valor de referência do medicamento passou a ser totalmente coberto pelo MS, que paga diretamente aos estabelecimentos credenciados.

Essa ação contou em paralelo com a publicação, em DOU de 08/02/2011, do Extrato do Termo de Acordo nº 01/2011 que viabilizou a isenção de copagamento de medicamentos. Esse foi celebrado entre União, Fiocruz e sete associações de representação do setor produtivo e varejista farmacêutico: Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (INTERFARMA), Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo (SINDUSFARMA), Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (ALANAC), Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos (PRÓGENÉRICOS) Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (ABRAFARMA), Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (ABCFARMA) e Federação Brasileira das Redes Associativistas de Farmácias (FEBRAFAR) (BRASIL/MS, 2011b).

Mais recentemente, por meio da Portaria nº 1.146, de 01 de junho de 2012 (BRASIL/MS, 2012d), publicada em Diário Oficial da União em 04/06/2012, foram incluídos no “Saúde Não Tem Preço”, medicamentos indicados para o tratamento da asma, que já estavam presentes no elenco do PFPB, na forma de copagamento, nas duas vertentes de sua organização. São três medicamentos para asma: brometo de ipratrópio, dipropionato de beclometasona e sulfato de salbutamol, disponibilizados em duas, quatro e outras duas apresentações, respectivamente, totalizando oito itens.

A introdução dos medicamentos da asma fez parte do Programa Brasil Carinhoso⁵¹, lançado pelo Governo Federal. Segundo o Ministério da Saúde, a expectativa da inclusão dos medicamentos é de impacto positivo especialmente na saúde infantil, onde a asma está entre as principais causas da internação de crianças de até seis anos de idade. Em 2011, do total de 177,8 mil internações no SUS em decorrência da doença, 77,1 mil foram de crianças de 0 a 6 anos. Além disso, aproximadamente 2,5 mil pessoas morrem por ano por conta da doença (BRASIL/MS, 2012e).

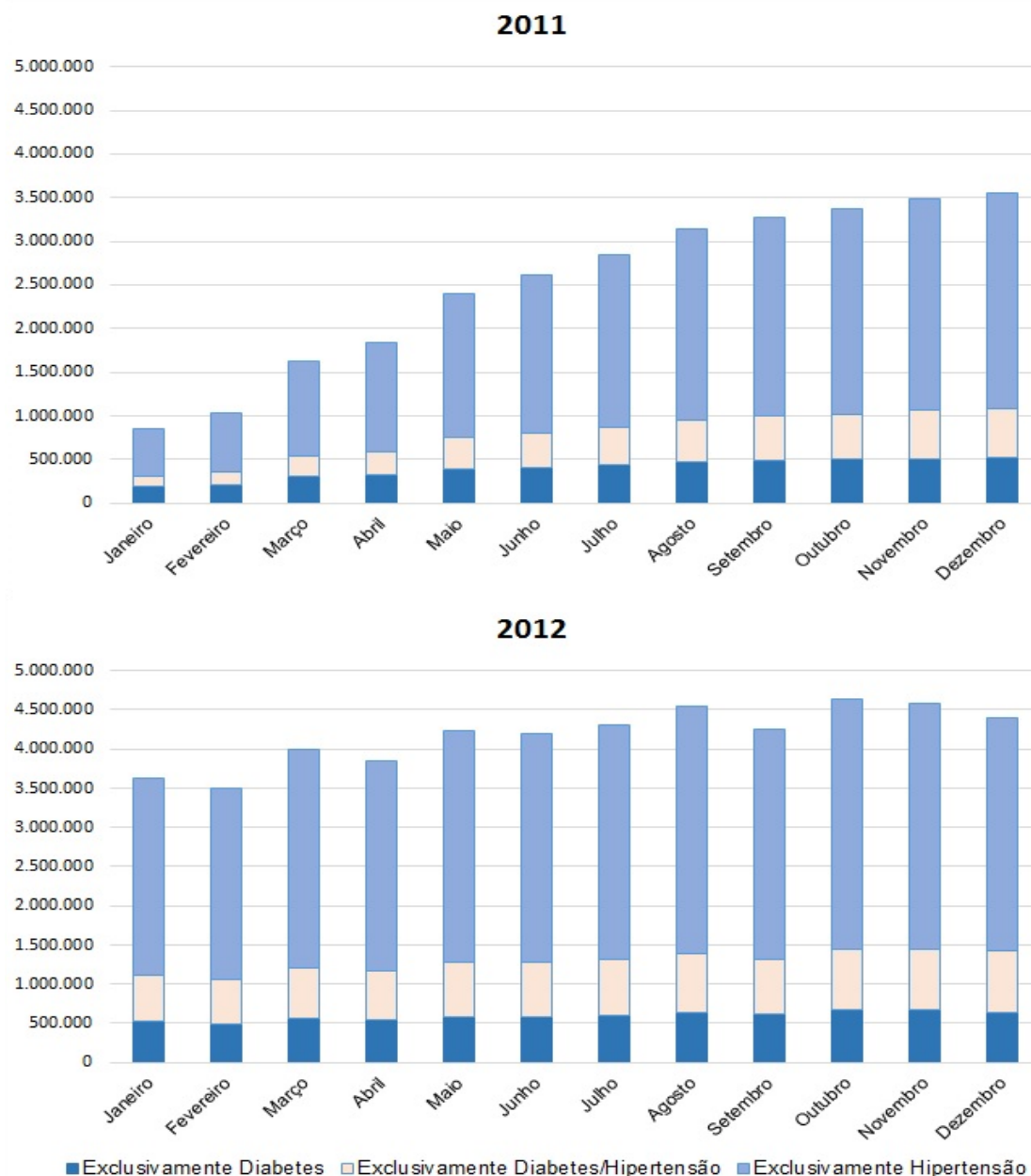
Ainda, segundo o MS, a expectativa da desobrigação de copagamento voltado ao tratamento de asma pode beneficiar até 800 mil pacientes por ano, pois o PFPB já atendia quase 200 mil pessoas que adquiriam medicamentos. Essa estimativa de quadruplicação, de acordo com o Ministério, baseou-se na experiência ocorrida um ano após de lançamento do SNTP para hipertensão e diabetes.

O Gráfico 4, na página subsequente, mostra a evolução do SNTP⁵² nos anos de 2011 e 2012, quando avaliados nos grupos de pacientes beneficiados com medicamentos para diabetes, hipertensão ou ambos (hipertensão/diabetes). Em 2011, o quantitativo total de atendimentos a pessoas beneficiadas com medicamentos no SNTP correspondeu a mais de 30 milhões. Os pacientes que receberam fármacos anti-hipertensivos representaram cerca de 70%, enquanto antidiabéticos ou aqueles com dupla carga contribuíram em torno de 15% cada. Comparando-se a evolução na quantidade de pessoas beneficiadas de janeiro/2011 a dezembro/2011, verifica-se crescimento expressivo de indivíduos que obtiveram conjuntamente medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos (405%), seguido daqueles somente com hipertensão (350%) e com apenas ao diabetes (165%).

⁵¹ O objetivo deste Programa é tirar da miséria crianças de 0 a 6 anos de idade. Para atingir essa meta, o governo propõe ampliar o Bolsa Família, aumentar o número de creches no país e a distribuição de medicamentos para crianças. Maiores detalhes encontram-se disponíveis em www.saude.gov.br.

⁵² Dados extraídos do portal do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), na área Redes e Programas, sala de apoio à gestão estratégica. Acessado em 15 de julho de 2013.

Gráfico 4 — Evolução nacional de número de beneficiários do “Saúde Não Tem Preço”, 2011 e 2012



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do MS, disponíveis em www.saude.gov.br, acessado em 15/08/2013.

Já 2012 apresentou, no acúmulo de doze meses, mais de 50 milhões de atendimentos no SNTP e houve uma expansão de 21% no total de usuários beneficiados. Semelhante ao ocorrido no ano anterior, a maioria das pessoas recebeu predominantemente medicamentos apenas para hipertensão (69,2%), seguidos daqueles somente com dupla carga (16,5%) e aqueles produtos estritos ao diabetes (14,3%).

Explora-se a seguir as especificidades e expansão da vertente privada PFPB, que é o objeto central dessa tese.

7.5 Programa Farmácia Popular do Brasil: “Aqui tem Farmácia Popular”

Como anteriormente ressaltado, a estratégia adotada pelo Governo Federal para forte expansão do PFPB ocorreu pela utilização da rede privada de farmácias e drogarias a partir de 2006. Instituída e regulamentada por intermédio da Portaria nº 491/06 (BRASIL/MS, 2006), foi estabelecida uma subvenção de parte do valor do medicamento pelo MS, que consiste no:

[...] pagamento pelo Ministério da Saúde de percentual do Valor de Referência (VR), por unidade farmacotécnica (UF), do princípio ativo de medicamentos, para dispensação diretamente no comércio farmacêutico, mediante complementação, pelo paciente, da diferença para o preço de venda da correspondente apresentação que lhe foi prescrita ou do genérico equivalente (BRASIL/MS, 2006, p.59).

O credenciamento dos estabelecimentos comerciais ocorre por meio da manifestação do interesse do empresariado, solicitando seu cadastro, desde que cumpridas as regras de entrada previstas na portaria do MS que regulamenta o ATFP. Não são consideradas, nestas regras, a localização geográfica e o número de habitantes, podendo existir distribuição indiscriminada de unidades do Programa. Segundo Pereira (2013), a limitação de habilitação de novas farmácias ou drogarias dentro do PFPB depende, basicamente, do alcance de cumprimento das metas estabelecidas pelo próprio MS ou de restrição orçamentária.

Inicialmente, essa vertente era denominada apenas por “Expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil”. Apenas em 2009, a partir da Portaria nº 3.089 (BRASIL/MS, 2009b), seu nome foi alterado para a forma como esta é conhecida na atualidade: “Aqui Tem Farmácia Popular”.

Cabe ainda destacar que o ATFP compartilha como um dos pontos comuns com a Rede Própria o padrão de identidade visual exigido, com os estabelecimentos farmacêuticos obrigados a exibirem peças publicitárias que identifiquem seu

credenciamento ao ATFP ou à Rede Própria, com adesivo fornecido pelo MS, *banner* e tabela contendo os valores dos medicamentos, todos com a logomarca do "Aqui Tem Farmácia Popular".

O rol de elenco de medicamentos associados a essa vertente sofreu progressiva expansão, com a entrada sequenciada de diversos produtos. Iniciou-se pelo copagamento dirigido a anti-hipertensivos (cinco itens) e para o tratamento do diabetes (quatro itens, sendo um deles a insulina NPH), presentes na Portaria nº 491/2006 (BRASIL/MS, 2006). Em 2007, ocorreu a inserção dos anticoncepcionais (cinco itens), pela Portaria nº 1.414/2007 (BRASIL/MS, 2007). Posteriormente, com a Portaria nº 749, de 2009 (BRASIL/MS, 2009a), incorporaram-se mais três apresentações de insulina NPH. Frente à necessidade de exercer medidas de combate à Gripe A (H1N1), o Ministério da Saúde adotou a inclusão do fosfato de oseltamivir no elenco do Programa em fevereiro de 2010. No mesmo ano, com a publicação da Portaria nº 947/2010, houve a inclusão de apresentações de insulina regular (quatro) e de sinvastatina (três) e, ainda em 2010, com a Portaria nº 3.219/2010, foram agregadas novas classes farmacológicas, dirigidas ao tratamento de asma, rinite, glaucoma, mal de Parkinson e osteoporose e inaugurou-se também a entrada de fralda geriátrica, como ainda tendo sido ampliada a cobertura com novo medicamento para tratamento da hipertensão (BRASIL/MS, 2010). Por fim, com a instituição da Portaria nº 233/2011, incluiu-se mais um produto antidiabético.

A lista completa com a relação de todos os medicamentos e insumos atualmente disponibilizados no ATFP, com os períodos no tempo e respectivas indicações, encontra-se presente no Quadro 21 na sequência.

Destaca-se que, em algumas das sucessivas regulamentações referidas, ocorreram ajustes e alterações nos respectivos valores de referência das unidades farmacotécnicas dos medicamentos, que serão apresentadas posteriormente.

Quadro 21 — Elenco e período de incorporação de medicamentos no ATFP

Data	Indicação	Medicamentos
Março/2006	Hipertensão	• Atenolol 25 mg comp. • Captopril 25 mg comp. • Cloridrato de Propranolol 40 mg comp. • Hidroclorotiazida 25 mg comp. • Maleato de Enalapril 10 mg comp.
	Diabetes	• Cloridrato de Metformina 850 mg e 500 mg comp. • Glibenclamida 5 mg comp. • Insulina Humana NPH 100 UI/mL inj. 10 ml Fr.
Junho/2007	Contraceptivos	• Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml inj. ampola • Etinilestradiol 0,15 mg + Levonorgestrel 0,03 mg comp. • Noretisterona 0,35 mg comp. • Valerato de Estradiol 50 mg/ml + Enantato de Noretisterona 5 mg/ml inj. F/A
Abril/2009	Diabetes	• Insulina Humana NPH 100 UI/mL inj. 5 ml, 3ml e 1,5 ml
Fevereiro/2010	Influenza H1N1	• Fosfato de Oseltamivir 30 mg, 45 mg e 75 mg cápsula
Abril/2010	Diabetes	• Insulina Humana Regular 100 UI/ml inj. 10 ml, 5 ml, 3 ml e 1,5 ml Fr
	Dislipidemia	• Sinvastatina 10 mg, 20 mg e 40 mg comp.
Outubro/2010	Hipertensão	• Losartana Potássica 50 mg comp.
	Rinite	• Budesonida 32 mcg/dose Fr. • Budesonida 50 mcg/dose Fr.
	Asma	• Brometo de Ipratrópio 0,02 mg/dose Fr. • Brometo de Ipratrópio 0,25mg/ml Fr. • Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/cápsula inalante • Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/dose • Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose • Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose • Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose • Sulfato de Salbutamol 5 mg/ml Fr.
	Mal de Parkinson	• Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg comp. • Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg comp.
	Osteoporose	• Alendronato de Sódio 70 mg comp.
	Glaucoma	• Maleato de Timolol 2,5 mg/ml Fr. • Maleato de Timolol 5 mg/ml Fr.
Fevereiro/2011	Diabetes	• Cloridrato de Metformina 500 mg comp. - ação prolongada

Legenda: comp. — comprimido; ml — mililitro; Fr. — frasco/ampola; inj — injetável; UI — unidade internacional, mg — miligrama, mcg — micrograma

Fonte: Elaboração própria.

O Quadro 22, por sua vez, sumariza os diversos regulamentos referentes a essa vertente.

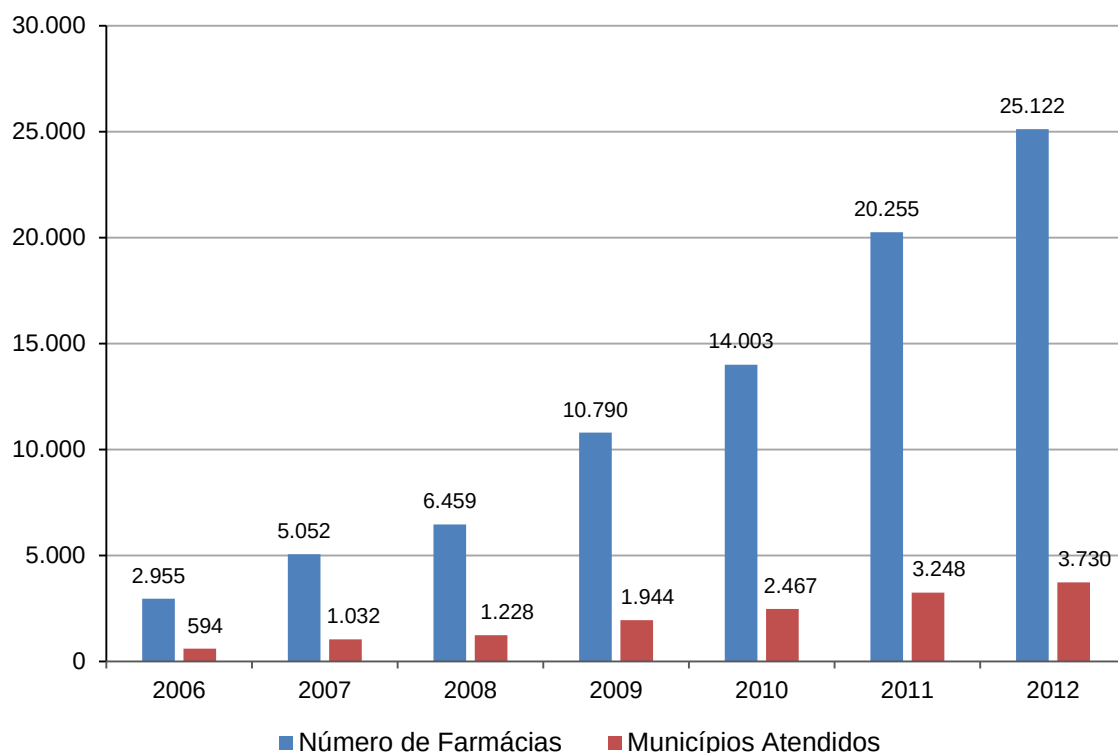
Quadro 22 — Relação de atos legais no PFPB - Aqui Tem Farmácia Popular

Dispositivo Legal	Assunto
Lei nº 10.858, de 13/04/2004	Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências.
Decreto nº 5.090, de 20/05/2004	Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil e dá outras providências.
Portaria nº 491, de 09/03/2006 (revogada)	Dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil.
Portaria nº 1.346, de 21/06/2006	Define o preço de venda dos medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil.
Portaria nº 1.414, de 13/06/2007 (revogada)	Altera a Portaria nº 491, de 9 de março de 2006, que dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular.
Portaria nº 749, de 15/04/2009 (revogada)	Dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular.
Portaria nº 3.089, de 16/12/2009 (revogada)	Dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular.
Portaria nº 367, de 22/02/2010 (revogada)	Inclui o medicamento Fosfato de Oseltamivir no Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular, e define os valores de referência para as suas apresentações.
Portaria nº 947, de 26/04/2010 (revogada)	Amplia a cobertura do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular.
Portaria nº 3.219, de 20/10/2010 (revogada)	Amplia a cobertura do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular.
Portaria nº 233, de 11/02/2011 (revogada)	Inclui o medicamento Cloridrato de Metformina, comprimido de ação prolongada no Programa Farmácia Popular do Brasil.
Portaria nº 184, de 03/02/2011 (revogada)	Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.
Extrato de Termo de Acordo nº 01/2011 (Republicado por ter saído no D.O.U. de nº 26, de 07/2/2011, com incorreção no original.)	Celebram a União, por intermédio do Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, e as Associações representantes dos Setores Produtivo e Varejista de Medicamentos. OBJETO: Estabelecer compromissos entre as PARTES, visando viabilizar a oferta gratuita de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos pelos estabelecimentos credenciados aos usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil, conforme disposto pelo Ministério por meio da Portaria nº 184 de 03/02/2011.
Portaria nº 185, de 03/02/2011	Institui o Comitê Técnico de Acompanhamento do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular.
Portaria nº 726, de 08/04/2011	Altera o § 2º do art. 52 da Portaria nº 184/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.
Portaria nº 971, de 15/05/2012	Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.
Portaria nº 1.146, de 01/06/2012	Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 971/GM/MS ampliando a cobertura da gratuidade no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil.

Fonte: Elaboração própria.

Segundo dados do MS (BRASIL/MS, 2012e), desde o início de seu funcionamento e comparado ao ano de 2012, o ATFP apresentou um crescimento de 750% (Gráfico 5), expandindo-se de 2.955 farmácias para 25.122. A cobertura de municípios com unidades credenciadas do ATFP também aumentou bastante, elevando-se de 594 para 3.730 municípios (aumento de 528%). Considerando-se os 5.570 municípios existentes no Brasil em 2012 (IBGE, 2012), a vertente do Programa atende aproximadamente 67% das cidades brasileiras. Em comparação à expansão da Rede Própria, é observada uma diferença de grande monta nesta cobertura, que não chega a 8%, no caso desta última.

Gráfico 5 — Número de farmácias e de municípios cobertos pelo Programa Aqui Tem Farmácia Popular

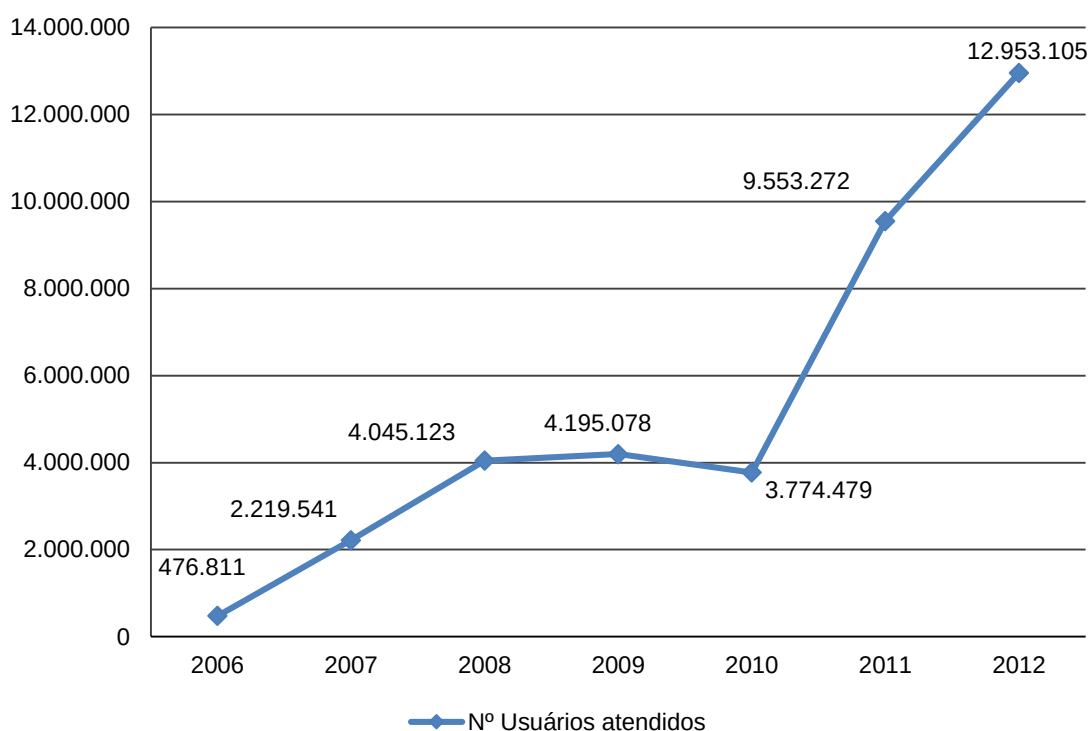


Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do MS, disponíveis em www.saude.gov.br, acessado em 15/08/2013.

O Gráfico 6, a seguir, apresenta a expansão no número de usuários atendidos no ATFP, que apresentou aumento de 2.616,6% no período 2006-2012. Entre 2006 a 2009, foi verificado crescimento, mas em 2010 ocorreu retração de 10% no número de usuários comparado ao ano anterior. Essa diminuição pode ter sido decorrente do conjunto de mudanças implantadas, que resultou no acréscimo de exigências nos

atendimentos, sobretudo após a ocorrência de denúncias de fraudes na imprensa e aumento de reclamações junto ao DAF/MS (PORTAL G1, 2012; BRASIL/TCU, 2011). Os anos seguintes mostraram nova tendência de expansão, provavelmente frutos da isenção de copagamento para a hipertensão e diabetes em 2011 e para asma em 2012, na Campanha Saúde Não Tem Preço.

Gráfico 6 — Número de usuários atendidos pelo Aqui Tem Farmácia Popular, entre 2006 a 2012



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados enviados pelo MS por meio do e-SIC, acessado em 19/10/2013.

Considerando que seria interessante conhecer o perfil demográfico e as condições nosológicas dos usuários atendidos pelo ATFP, essa informação foi solicitada ao Programa via e-SIC. Os dados foram retornados, mas apresentavam inconsistências significativas nas distribuições por idade e doença, com os totais calculados ultrapassando o somatório dos valores dispostos por categoria da variável e sem correspondência mantida entre os anos.

Dessa forma, apenas a distribuição dos usuários atendidos no ATFP segundo o gênero é aqui trazida, encontrando-se disposta na Tabela 9. No período analisado, verifica-se que o gênero feminino representou quase 63,9% dos usuários do

Programa, possivelmente em decorrência da maior prevalência desse sexo em várias das condições nosológicas cobertas pelo rol de medicamentos, como hipertensão arterial, diabetes e osteoporose, além desse rol incluir o fornecimento de anticoncepcionais hormonais.

Tabela 9 — Distribuição dos usuários atendidos do Programa ATFP segundo o gênero

Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Feminino	266.933	1.381.509	2.648.616	2.759.263	2.471.908	6.069.941	8.172.679	23.770.849
Masculino	209.659	837.060	1.394.818	1.434.121	1.301.283	3.479.736	4.774.872	13.431.549
NI	219	972	1.689	1.694	1.288	3.595	5.554	15.011
Total	476.811	2.219.541	4.045.123	4.195.078	3.774.479	9.553.272	12.953.105	37.217.409

Legenda: NI — Não Informado.

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados enviados pelo MS por meio do e-SIC, acessado em 19/10/2013.

A Portaria nº 491/2006, que instituiu esta vertente, trouxe as primeiras regras para aquisição do rol de medicamentos, como comprovação do número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do usuário e apresentação da prescrição médica, válida por 180 dias. A dispensação era mensal e a posologia necessitava estar compatível com consensos de tratamento para a doença.

Em 2010, foram introduzidas novas regras, tornando o acesso ao ATFP mais rigoroso. Dentre elas: (1) novas informações deveriam constar da prescrição médica (PM), tais como o número do CRM do prescritor, data da expedição da receita e dados de endereço e nome do usuário; (2) diminuição do prazo de validade das receitas para 120 dias; (3) arquivamento de cópia da prescrição pelo estabelecimento; (4) extensão do número de documentos a serem arquivados por cinco anos pela farmácia, como notas fiscais de aquisição, PM e cupom fiscal; (5) facultada a dispensa da presença física do titular da receita médica aos pacientes com incapacidades, como consta do Código Civil brasileiro e (6) multa de até 10% sobre o volume das vendas no trimestre anterior, caso o estabelecimento seja notificado pelo DAF em razão do descumprimento de qualquer uma das exigências citadas. Posteriormente, novas exigências e outras proibições foram incorporadas, como cadastrar pacientes e entregar medicamentos fora do estabelecimento credenciado.

Essas diversas medidas produziram melhoria nos controles do ATFP e parecem ter reduzido o volume de denúncias relativas ao Programa. E o TCU considera que, para tal, concorreram o arquivamento da prescrição, para apresentação quando solicitada; o desenvolvimento pelo DAF de procedimento operacional e sistemático de seleção de alguns estabelecimentos para comprovação das transações realizadas no Sistema Autorizador de Vendas, com apresentação dos documentos referentes ao funcionamento do Programa, como mecanismo de controle interno do Programa ATFP e auditorias realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS em unidades do Programa (BRASIL/TCU, 2011).

Com relação à adesão ao PFPB, o estabelecimento comercial necessita acessar um sistema *on-line*, denominado Sistema de Farmácia Popular (SIFAP), estruturado com o objetivo de estabelecer os procedimentos operacionais para o cadastramento e/ou credenciamento pelo MS⁵³. A intermediação da ação de adesão e cadastramento pela rede de agências da Caixa Econômica Federal, em todo o território nacional, facilitou o aumento de interessados e, conseqüentemente, a expansão da rede de unidades conveniadas no comércio.

A próxima seção apresenta o mecanismo de composição do valor de referência empregado pelo Ministério da Saúde, aspecto importante considerando-se o terceiro objetivo específico dessa tese, qual seja, a comparação entre os custos do ATFP e os custos da SMS-RJ.

⁵³ Para ingressar no Programa, o estabelecimento interessado deve acessar a página da Caixa Econômica Federal (CEF), no endereço www.caixa.gov.br/FARMACIApopular, e efetuar o seu pré-cadastro. Depois de concluído o cadastro eletrônico, o responsável legal da empresa deve entregar documentação previamente solicitada e a CEF procede à conferência e validação. Caso não haja pendências, a empresa deve encaminhar, à SCTIE, Requerimento e Termo de Adesão (RTA) assinado na agência, que finalmente realiza outros procedimentos e aprova o processo de cadastro. Para maiores detalhes, ver o Manual Sistema SIFAP – Farmácia Popular, disponível em: http://downloads.caixa.gov.br/arquivos/desenvolvimento_urbano/FARMACIA_popular/Manual_SIFAP_FARMACIA.pdf. Acesso em 17 de agosto 2013.

7.6 Valor de Referência no Aqui Tem Farmácia Popular

Com relação à metodologia de apuração do valor de referência (VR) relativo ao Programa Farmácia Popular, em sua vertente privada no ATFP, não há planilhas de cálculo que detalhem sua construção, segundo informações obtidas junto ao Ministério da Saúde⁵⁴.

A Portaria nº 491/06 (BRASIL/MS, 2006), que estabeleceu a ampliação do PFPB por meio do credenciamento do comércio varejista e utilizando somente a estratégia de compartilhamento de custos pelo copagamento, traz sucintamente descrito o mecanismo de elaboração do valor de referência atribuído a cada unidade farmacotécnica de medicamento presente no rol do PFPB.

Esse mecanismo, composto em seis etapas, é relatado como:

1. As apresentações dos medicamentos são ordenadas, de forma crescente, pelo preço por unidade farmacotécnica (Preço Fábrica), aprovados pela CMED.
2. Do menor para o maior preço unitário, são selecionadas as apresentações dos medicamentos até se atingir 20% do faturamento do mercado (quintil inferior), segundo dados do volume de comercialização no varejo, obtidos pelo IMS Health/PMB⁵⁵ (dados obtidos na ANVISA).
3. Calcula-se a média ponderada pelo faturamento entre as apresentações dos medicamentos selecionados no passo anterior.
4. É calculada a média ponderada pelo faturamento dos preços por unidade farmacotécnica (preço fábrica) de todas as apresentações disponíveis no mercado, por medicamento.

⁵⁴ Especificamente em relação a este ponto, foram realizadas duas tentativas de obtenção de informações junto ao e-SIC sobre o método de cálculo utilizado para o estabelecimento do valor de referência, em 11/06/2013 e 24/06/2013. A resposta obtida, em ambas, foi de que não dispunham da memória de cálculo que levou a esses valores. De forma literal: “O PFPB esclarece que não possui nenhum documento recente publicado que descreva a metodologia do cálculo de apuração do Valor de Referência. A metodologia utilizada é a mesma descrita na portaria nº 491, de 09/03/2006, descrita a seguir” (comunicação pessoal via e-mail encaminhada pelo endereço de e-mail, em 08/07/2013).

⁵⁵ Segundo o documento “Prontuários de bases de dados: informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil” (FAVERET, 2009), o IMS Health/*Pharmaceutical Market Brazil* (PMB) reúne informações sobre o mercado farmacêutico no Brasil, em especial aquele oriundo da comercialização ao nível do varejo farmacêutico (farmácias e drogarias) e possui objetivo primordial proporcionar o perfil estatístico comercial completo de produtos farmacêuticos do mercado nacional.

5. São apurados os descontos médios praticados pela indústria em relação a todas as apresentações dos medicamentos, a partir do relatório de comercialização (dados colhidos na ANVISA).
6. Os descontos médios apurados são aplicados às médias ponderadas dos preços fábrica dos respectivos medicamentos.
7. Define-se o Valor de Referência final como o menor preço obtido entre a média ponderada do quintil inferior e a média ponderada total reduzida do desconto médio.

Estes passos, contudo, não permitem reconstituir, de forma acurada, os diferentes VR disponíveis ao longo do tempo, o que seria relevante para uma melhor análise dos preços pagos pelo MS e dos ganhos do segmento varejista associado a essa vertente.

Quando há copagamento no ATFP, o Ministério da Saúde paga até 90% (noventa por cento) do valor de referência estabelecido, com a diferença sendo coberta pelo paciente⁵⁶. Nos casos de comercialização do medicamento e/ou correlato com o preço de venda inferior frente ao VR definido pelo Ministério, é pago 90% deste valor e o paciente paga a diferença, ou seja, prevalece o menor preço praticado (BRASIL/MS, 2012b). O Anexo D traz a lista completa dos medicamentos cobertos no Programa ATFP, com seus respectivos VR.

O MS efetua os pagamentos para as farmácias e drogarias credenciadas no mês subsequente, após o processamento das Autorizações de Dispensação de Medicamentos e Correlatos (ADM) validadas no mês anterior. Os pagamentos são efetuados em contas específicas abertas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) nos valores atestados pelo Diretor do DAF, tomando por base as informações geradas pelo Sistema Autorizador DATASUS, segundo a atual Portaria que regulamenta o Programa.

Com vistas a facilitar o entendimento dos múltiplos aspectos relativos ao Farmácia Popular do Brasil tratados até este momento, o Quadro 23 a seguir sintetiza

⁵⁶ Algumas definições da Portaria nº 971/2012: (a) valor de referência (VR) — preço referencial fixado pelo MS para cada princípio ativo e correlato constante do PFPB e definido para cada unidade de produto (UP); (b) UP — fração unitária correspondente a uma unidade farmacotécnica do medicamento ou a fração unitária de produtos correlatos; (c) preço de venda Aqui Tem (PV-AT) — valor do medicamento e correlato praticado pelas farmácias e drogarias no ato da venda ao paciente, inclusive com eventuais descontos.

as principais características de funcionamento do Programa, organizadas em seis dimensões.

Quadro 23 — Síntese das características de funcionamento do PFPB

Dimensão	Rede Própria	Aqui Tem Farmácia Popular	Saúde Não Tem Preço
Gestão e execução	- Gestão conjunta nível central do MS e Fiocruz - Execução da Fiocruz em convênios com estados, municípios e outras instituições sem fins lucrativos	- Gestão nível central do MS - Credenciamento direto de farmácias/drogarias privadas por adesão	- Gestão nível central do MS - Usa capacidade instalada da Rede Própria e Aqui Tem Farmácia Popular
Estruturação e operacionalização	- Fiocruz responsável pela infraestrutura e manutenção dos estoques de medicamentos - MS repassa valores financeiros para conveniados implantarem e manterem as farmácias próprias	- Usa capacidade instalada existente do setor privado - Credenciamento exige documentos sanitários, fiscais e estrutura de tecnologia de informação	Usa capacidade instalada da Rede Própria e Aqui Tem Farmácia Popular
Medicamentos e produtos para saúde	- Referência, genéricos ou similares 112 itens - Antibióticos, antiparkinsonianos, antidiabéticos, anti-hipertensivos, anti-histamínicos, ansiolíticos, analgésicos, contraceptivos, anti-inflamatórios, antipsicóticos, antiasmáticos, osteoporose e preservativo	- Referência, genéricos ou similares 41 itens - Antiparkinsonianos, antidiabéticos, anti-hipertensivos, antiasmáticos, dislipidemia, contraceptivos, osteoporose, glaucoma e rinite - Fraldas geriátricas	- Referência, genéricos ou similares 26 itens - Antidiabéticos, anti-hipertensivos, antiasmáticos
Prescrição Médica	- Validade 4 meses - Contraceptivos 12 meses - Limite de posologia mensal por consensos clínicos de tratamento	- Validade 4 meses - Contraceptivos 12 meses - Limite de posologia mensal por consensos clínicos de tratamento	- Validade 4 meses - Limite de posologia mensal por consensos clínicos de tratamento
Preço do produto e pagamento aos credenciados	- Preço de dispensação= custos de produção ou aquisição da Fiocruz + custos administrativos de operação - Valores recolhidos à Fiocruz	- VR por unidade farmacotécnica, definido pelo MS - MS paga 90% e usuário 10% do VR à farmácia credenciada	- VR por unidade farmacotécnica, definido pelo MS - Isento de copagamento - MS paga 100% do VR à farmácia credenciada
Controle e Auditoria	- Conselho Gestor do PFPB - Sistema de vendas do DATASUS	- Nível central do MS - Sistema Eletrônico de Autorização de Dispensação de Medicamentos e Correlatos - Departamento Nacional de Auditoria do SUS	Mesmas da Rede Própria ou Aqui Tem Farmácia Popular

Fonte: Elaboração própria

7.6.1 Comportamento dos Valores de Referência

Considerando o conjunto de portarias publicadas normatizando o funcionamento do Programa ATFP ao longo dos seus oito anos, podem ser identificadas alterações relativas aos valores de referência do elenco de medicamentos da vertente vinculada ao setor varejista farmacêutico, que são oportunos de serem brevemente sinalizados.

Assim, procedeu-se à análise da evolução dos VR de nove medicamentos presentes no rol do ATFP desde o início de funcionamento, sendo estes: atenolol 25mg, captopril 25mg, propranolol 40mg, hidroclorotiazida 25mg, maleato de enalapril 10mg, metformina 850mg e 500mg, glibenclamida 5mg, todos em comprimidos e a insulina humana NPH 100 UI/ml, em frasco de 10ml. Os valores de referência reduziram-se em 33,6% em média, variando entre 23% a 52% de decréscimo, conforme disposto na Tabela 10.

Tabela 10 — Variação dos valores de referência praticados no ATFP, entre 2006 - 2013

Medicamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	% de redução
Atenolol 25mg	0,2647	0,26	0,26	0,21	0,21	0,19	0,19	0,19	-28%
Captopril 25mg	0,4173	0,41	0,41	0,31	0,31	0,28	0,28	0,28	-33%
Propranolol 40mg	0,1184	0,11	0,11	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08	-32%
Hidroclorotiazida 25mg	0,1656	0,16	0,16	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08	-52%
Enalapril 10mg	0,5616	0,56	0,56	0,43	0,43	0,39	0,39	0,39	-31%
Metformina 850mg	0,2809	0,28	0,28	0,20	0,20	0,16	0,16	0,16	-43%
Metformina 500mg	0,1744	0,17	0,17	0,15	0,15	0,13	0,13	0,13	-25%
Glibenclamida 5mg	0,1854	0,18	0,18	0,14	0,14	0,12	0,12	0,12	-35%
Insulina Humana NPH	34,3100	34,30	34,30	29,50	29,50	26,55	26,55	26,55	-23%

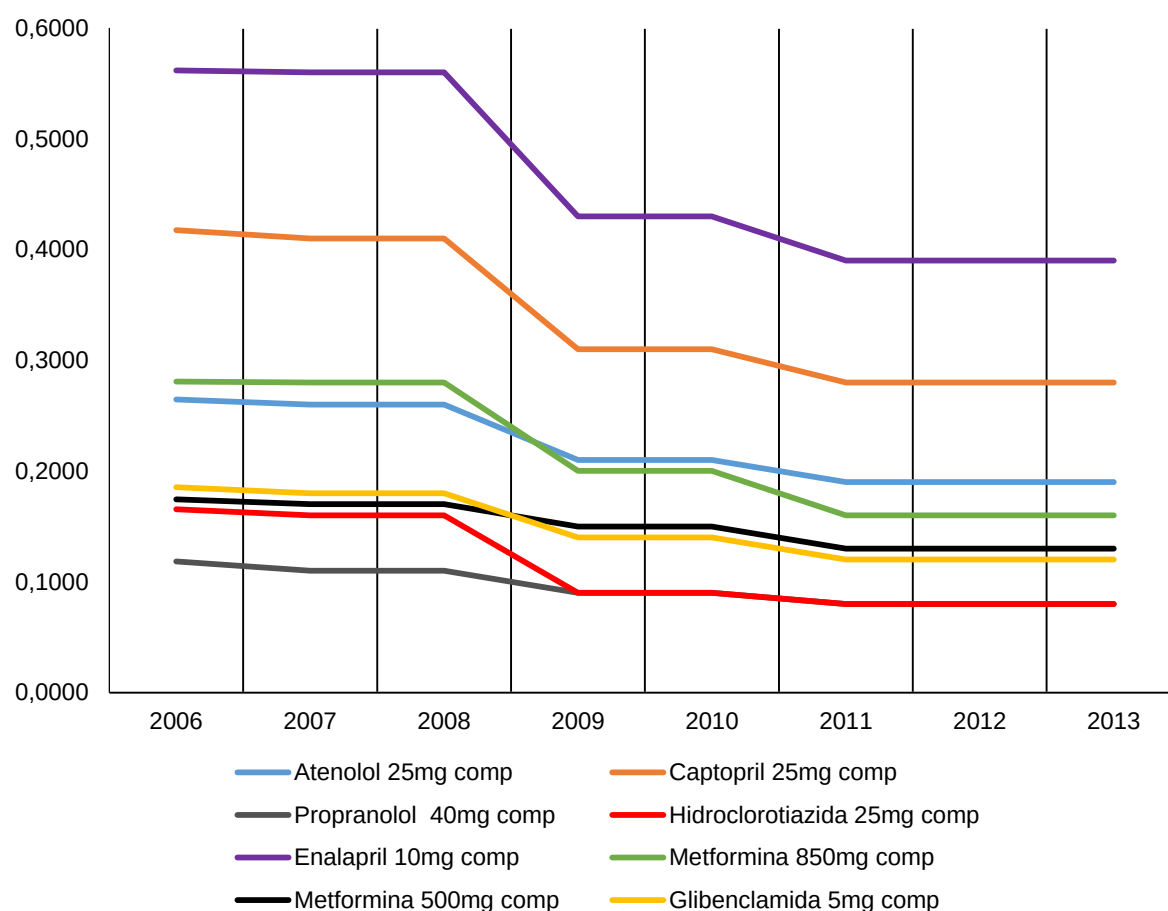
Fonte: Elaboração própria.

Entre 2006-2007, ocorreu um ajuste quanto ao número de casas decimais praticados no Programa, antes com quatro e, em seguida e até o momento atual, com duas casas decimais; no entanto, até 2008, os valores objetivamente não foram alterados.

Em 2009, ocorreu a primeira redução do VR, que foi em média de 24,5%. A hidroclorotiazida 25mg foi o item que apresentou maior redução (45,7%), seguido da metformina 850mg (28,8%) e captopril 25mg (25,7%). Com diminuição abaixo da média verificada encontram-se três medicamentos — a insulina humana NPH 100 UI/ml, a metformina 500mg (ambos com 14%) e atenolol 25 mg (20,7%). O propranolol 40mg, maleato de enalapril 10mg e glibenclamida 5mg variaram próximos à média geral (entre 23,4 a 24,5%).

Os valores foram mantidos até 2010; no ano subsequente ocorre uma segunda redução nos VR, mantida até o momento atual. A diminuição deflagrada em 2011 foi menor do que a primeira, com percentual médio de 12,0%. O medicamento com maior redução foi a metformina de 850mg (20,0%), seguido da glibenclamida 5mg (14,3%) e por fim, a metformina 500mg (13,3%). A diminuição mais tímida aconteceu para o maleato de enalapril 10mg (9,3%) e os demais produtos variaram entre 9,5 – 11,1%. Essas flutuações podem ser visualizadas no Gráfico 7.

Gráfico 7 — Variação dos valores de referência no ATFP



Fonte: Elaboração própria.

Dado o *locus* do estudo de comparação e gastos efetuados nessa tese, a seção seguinte apresenta alguns dados relativos ao PFPB, em suas diversas vertentes, no município do Rio de Janeiro, contextualizando, quando disponível, com o Estado e o Brasil.

7.7 O Programa Farmácia Popular do Brasil no Estado e município do Rio de Janeiro

Como já destacado, o município do Rio de Janeiro é o *locus* escolhido para subsidiar parte desse trabalho, no que se refere à comparação de gastos com o elenco específico do ATFP. Assim, na sequência são retratadas algumas informações a respeito da distribuição geográfica das três vertentes anteriormente mencionadas, em alguns casos remetendo-se também a dados do Estado, para fins de melhor contextualização.

No que se refere à vertente Rede Própria, o Estado possuía, até junho de 2013, 8,3% do total de estabelecimentos do PFPB (Tabela 11 na página seguinte), que passaram de 2 para 46 (aumento de 22 vezes) desde a criação do Programa em 2004. O maior crescimento do componente ocorreu entre 2005 a 2008; na sequência, até junho de 2013, verifica-se certa estabilização, com variação positiva de crescimento de apenas 12%.

O município do Rio de Janeiro possuía, em junho de 2013, sete unidades da RP (15,2% do total do Estado), distribuídas nos seguintes bairros: (a) Centro (unidades Central do Brasil e Praça XV); (b) Ilha do Governador; (c) Copacabana (duas unidades); (d) Penha e (e) Manguinhos.

A expansão verificada no município foi bem inferior ao Estado, com crescimento de apenas 2,5 vezes entre 2005 a junho de 2013. Buscando avaliar a cobertura geográfica dos estabelecimentos da RP, foi estimada a razão entre farmácias da RP estabelecidas na capital frente ao seu número no Estado. Até 2006, há uma forte concentração da Rede Própria na capital; a partir de então, com a progressiva difusão no número de estabelecimentos pelo interior, a proporção no município situa-se entre 12 a 13%.

Tabela 11 — Número de farmácias da Rede Própria do PFPB no Brasil, Estado e Município do Rio de Janeiro

Ano	Farmácias RP Brasil	Farmácias RP ERJ	Farmácias RP MRJ	% Farmácias no ERJ	Proporção Farmácias entre MRJ e ERJ (%)
2004	27	2	2	7,4	100,0
2005	75	11	4	14,7	36,4
2006	259	17	4	6,6	23,5
2007	407	34	4	8,4	11,8
2008	504	38	4	7,5	10,5
2009	530	41	5	7,7	12,2
2010	543	41	5	7,6	12,2
2011	555	44	6	7,9	13,6
2012	558	45	6	8,1	13,3
2013*	551	46	7	8,3	15,2

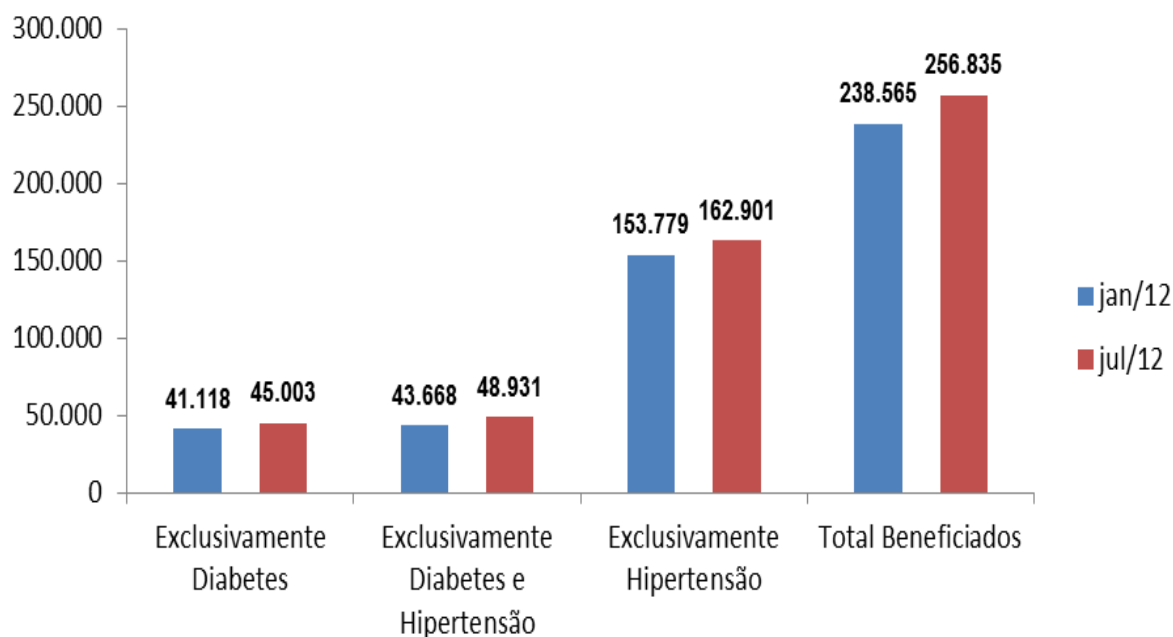
Legenda: RP — Rede Própria; ERJ — Estado do Rio de Janeiro; MRJ — Município do Rio de Janeiro.

Nota: * — Dados limitados até o mês de junho.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do MS, disponível em www.saude.gov.br, acessado em 15/06/2013.

Destinado a atender usuários com isenção de copagamento, a vertente “Saúde Não Tem Preço” no município do Rio apresentou expansão de 7,7% nos usuários entre janeiro e julho de 2012 (Gráfico 8). Esse percentual foi inferior ao registrado nacionalmente para o mesmo período, com crescimento de 18,6%. Entre os grupos de beneficiários, aqueles com a comorbidade de hipertensão e diabetes foram os mais atendidos, com crescimento de 12,1%, seguido do diabetes (9,4%) e hipertensão (5,9%).

Gráfico 8 — Evolução de beneficiários do “Saúde Não Tem Preço”, no Município do Rio de Janeiro entre janeiro e julho de 2012



Nota: Dados limitados até o mês de julho de 2012.

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do MS na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em www.saude.gov.br/sage, acessado em 15/10/2012.

Especificamente em relação ao Programa ATFP, que é o foco dessa tese, o Estado do Rio de Janeiro possuía, em 2012, segundo o Ministério da Saúde, 1.641 estabelecimentos credenciados, representando 6,5% do total de farmácias no Brasil (Quadro 24).

Quadro 24 — Número de farmácias da ATFP do PFPB no Brasil, Estado e Município do Rio de Janeiro, 2006-2012

Ano	Estado Rio de Janeiro	Município Rio de Janeiro
2006	333	228
2007	403	250
2008	474	270
2009	691	338
2010	892	386
2011	1215	481
2012	1641	657

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do MS na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em www.saude.gov.br, acessado em 15/08/2012.

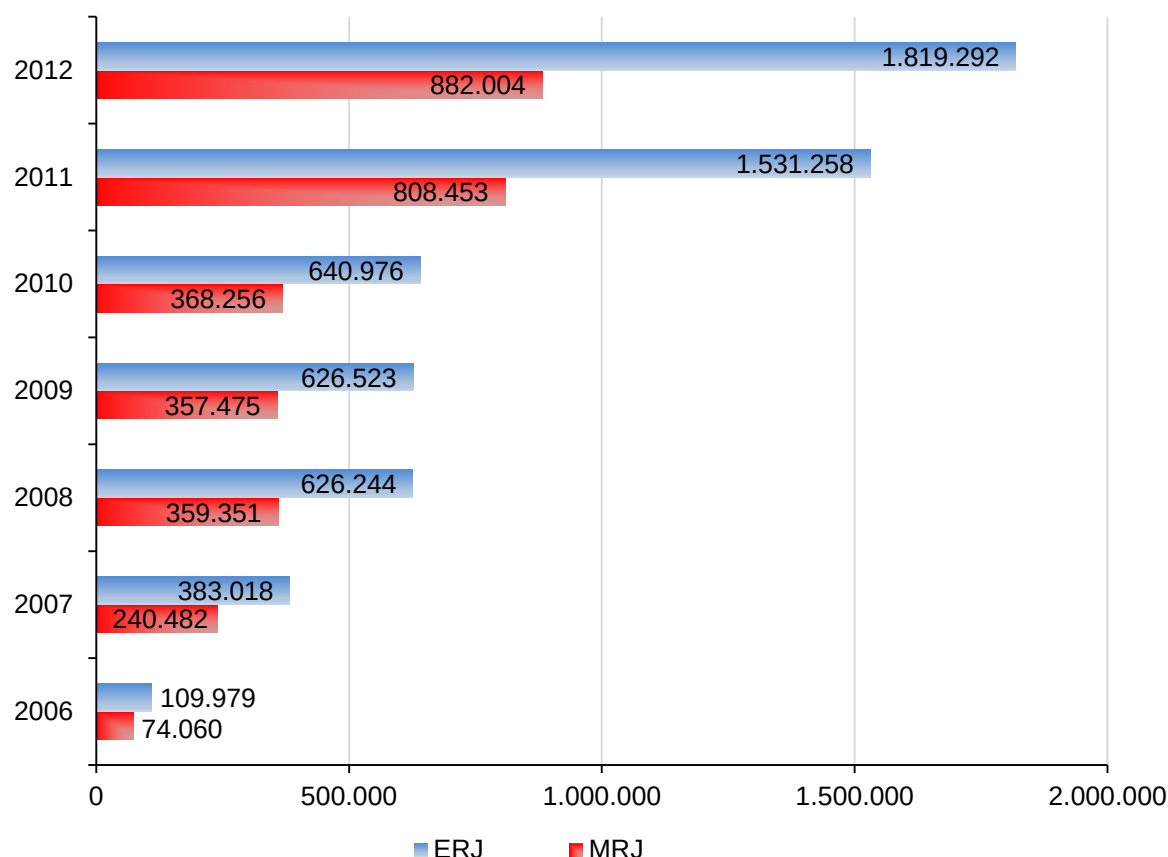
Em relação à cobertura geográfica do ATFP, 90 dos 92 municípios do Estado tinha pelo menos uma unidade em funcionamento em 2012, que estavam ausentes apenas em Carapebus e Mangaratiba. Houve aumento de 393,8% no número de estabelecimentos credenciados entre 2006 a 2012. Comparando a distribuição de unidades ao cenário nacional (25.122), verifica-se, contudo, redução percentual de 42,0%, já que em 2006 o Estado possuía 11,3% do total nacional.

O município do Rio de Janeiro, no mesmo intervalo, demonstrou crescimento de 163,8% em termos de estabelecimentos credenciados, com 657 farmácias em 2012. Mesmo assim, sua situação frente ao Estado diminuiu proporcionalmente, pois no início do Programa correspondia a 68,5%, passando a 40,0% do total do Estado em 2012 (redução de 41,5%). Cabe destacar que a informação sobre o número de estabelecimentos credenciados, presente no *site* do Ministério da Saúde em relação à municipalidade em questão, difere, contudo, daquela que se obtém a partir da lista de farmácias, conforme será melhor discutido mais adiante

Em termos da quantidade de usuários que receberam medicamentos do ATFP no Estado e Município do Rio de Janeiro no período já citado, verifica-se que o primeiro ente apresentou uma evolução de 110 mil pacientes (correspondendo a 23,1% do total no contexto nacional) em 2006, para mais de 1,8 milhões de usuários em 2012, representando aumento de pacientes atendidos no ATFP de 1.554,2% (Gráfico 9). A grande expansão no quantitativo de usuários atendidos ocorreu em 2011, com salto de 142,6% comparado à média do triênio anterior, fruto provável da aceleração ocorrida pela entrada do SNTP.

A cidade exibiu, no mesmo período, aumento de 1.090,9% de usuários no Programa ATFP. Esse aumento foi particularmente devido ao atendimento de usuários com acesso vinculado à gratuidade, ou seja, ao segmento SNTP. Apesar dessa elevação, o crescimento verificado no município do Rio foi inferior à expansão verificada no Estado, o que possivelmente decorreu da maior capilarização de unidades para o interior do Estado do Rio de Janeiro.

Gráfico 9 — Distribuição de usuários atendidos no Programa Aqui Tem Farmácia Popular, no Estado e Município do Rio de Janeiro, entre 2006 – 2012



Legenda: ERJ — Estado do Rio de Janeiro, MRJ — Município do Rio de Janeiro.

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados enviados pelo MS por meio do e-SIC, acessado em 19/10/2013.

A partir da relação de estabelecimentos credenciados mais atualizada disponibilizada pelo MS⁵⁷, é possível mapear sua distribuição pelos bairros do Rio de Janeiro. A comparação desta relação individualizada com o número de estabelecimentos no município, informado entre outros locais eletrônicos do mesmo Ministério, apresenta inconsistências razoáveis. O sítio eletrônico do MS⁵⁸ que permitiu a construção do Quadro 25, disposto anteriormente, informa 657 unidades no

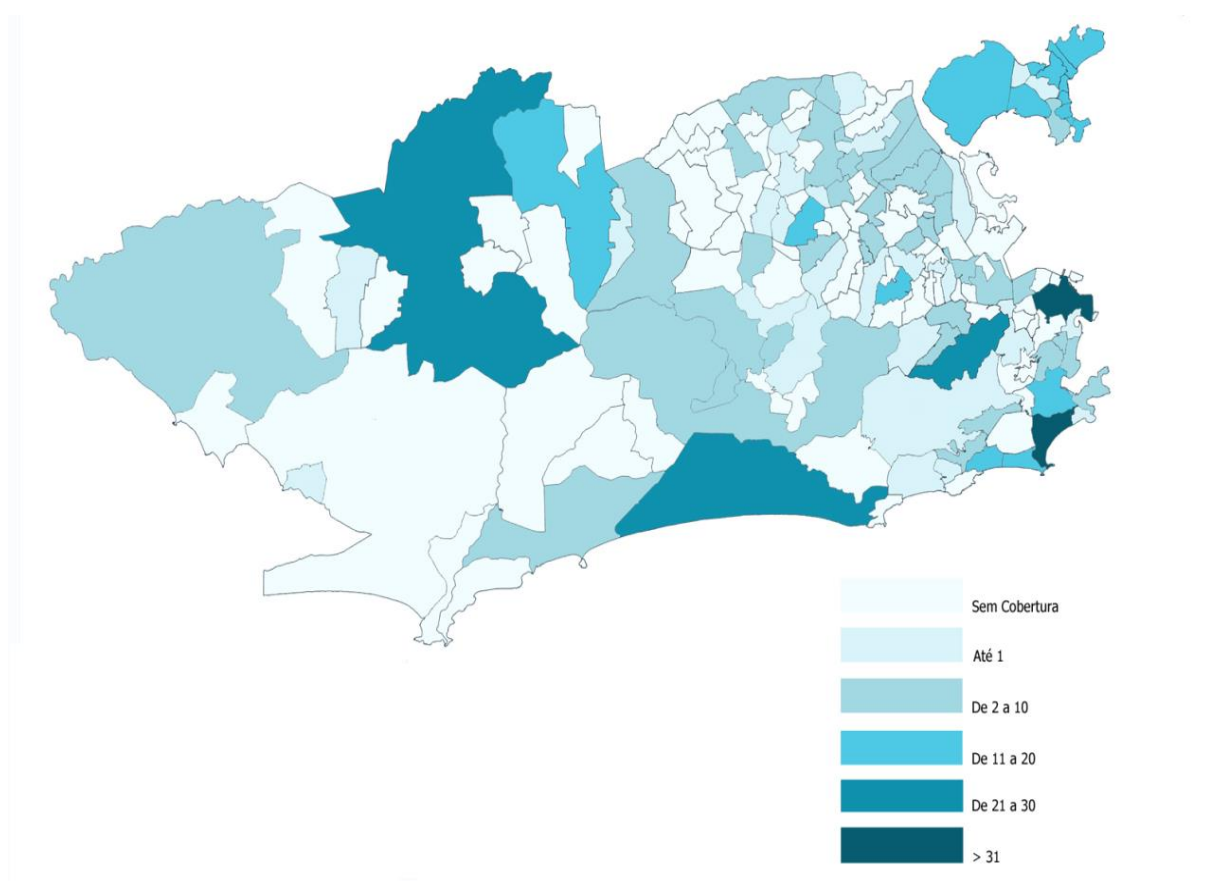
⁵⁷ O Ministério da Saúde permite através de seu portal www.saude.gov.br, proceder a buscas e a relação da rede de farmácias e drogarias credenciadas no ATFP, relacionando os endereços destes estabelecimentos.

⁵⁸ Disponível no portal do MS na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, em www.saude.gov.br/sage, acessado em 15/08/2012.

município. A Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) refere existência de 612 farmácias e/ou drogarias credenciadas no AFPP, sem trazer seus endereços⁵⁹. Já a relação contendo dados completos de endereço das unidades do Programa no sítio do DAF⁶⁰ contabiliza 527 estabelecimentos, mas uma avaliação minuciosa destes encontra falhas, com 16 unidades apresentando endereços fora do município. O Anexo E traz a lista atualizada de estabelecimentos adscritos ao município do Rio de Janeiro, bem como os erros identificados ao fim da relação.

A Figura 13 adiante mostra o mapeamento realizado das 511 lojas comerciais (já excluídos os estabelecimentos em outros municípios erroneamente atribuídos à capital) que fazem parte do ATFP no município, permitindo visualizar a concentração de farmácias ou drogarias em alguns bairros da cidade.

Figura 13 — Distribuição das Farmácias/Drogarias privada do Programa Farmácia Popular no município do Rio de Janeiro



Fonte: Elaboração Própria.

⁵⁹ Disponível no portal do MS na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, em www.saude.gov.br, acessado em 15/08/2012.

⁶⁰ Disponível no portal do MS em www.saude.gov.br/medicamentos acessado em 17/10/2013.

Ao todo, 81 bairros dos 153 da cidade (IPP, 2013) contam com o ATFP, correspondendo a uma cobertura de pouco mais de 50% do território municipal com pelo menos uma unidade do Programa. Trinta e um bairros contam com uma farmácia ou drogaria (38% do total). O Centro do MRJ apresenta o maior número de farmácias/drogarias (42 unidades, 8,2% do total), enquanto Copacabana possui 33 estabelecimentos (6,4%).

No capítulo seguinte, esta tese mapeia os gastos do Ministério da Saúde com pagamentos relacionados ao Programa Farmácia Popular, centrado de forma mais específica na vertente objeto desse trabalho, qual seja, o segmento privado: Aqui tem Farmácia Popular.

8 GASTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE COM A VERTENTE AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

Este capítulo encontra-se dividido em três grandes seções. Inicialmente, examinam-se os gastos com pagamentos realizados aos estabelecimentos credenciados ao ATFP no Brasil. Depois, analisam-se os dispêndios por medicamentos, contemplando o território nacional. Por fim, são apresentados alguns dados de gastos relacionados ao estado e município em foco nesta tese.

8.1 Gastos do Ministério da Saúde com o Programa ATFP segundo estabelecimentos credenciados

Como já apresentado, o MS executa pagamentos às farmácias e drogarias credenciadas no mês posterior aos registros de venda, após cumprir os procedimentos internos de validação, via sistema autorizador do DATASUS. Estes são viabilizados mediante a emissão de ordens bancárias em contas específicas abertas pelo FNS, de acordo com o processamento interno próprio e sob gestão do DAF/SCTIE/MS.

Esses pagamentos aos estabelecimentos são registrados no FNS, atrelado ao Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ). Quando existem várias farmácias vinculadas a uma rede, os pagamentos são computados unicamente à conta bancária da matriz⁶¹. Essa última situação gera distorções, principalmente pelo fato do comércio farmacêutico ser marcado por grandes redes de varejo, pulverizadas nos

⁶¹ A respeito disso, solicitações foram efetuadas em 14/05/2013 e 21/06/2013 junto ao e-SIC, buscando obter justamente a identificação do valor pago pelo MS discriminado por cada estabelecimento que funciona com o Programa. Em ambas, o retorno da resposta foi de que os valores devidos são reunidos entre os estabelecimentos com matriz e filial e efetuados unicamente no CNPJ da matriz. De forma literal: “(...) conforme já informado através da demanda 25820004168201394, o Programa Farmácia Popular esclarece que o pagamento é efetuado conforme artigo 30 da portaria 971, de 15 de maio de 2012, ‘para estabelecimentos matriz e filial, os valores devidos serão agrupados e os pagamentos serão efetuados exclusivamente para a empresa matriz’. Deste modo, os pagamentos são feitos no CNPJ da matriz, sendo disponibilizados no sítio do Fundo Nacional de Saúde - FNS (<http://www.fns.saude.gov.br/>).” (comunicação pessoal via e-mail, encaminhada pelo Sistema e-SIC, ao endereço eletrônico do pesquisador, em 08/07/2013).

municípios de um estado ou mesmo avançando aos limites de outras unidades federativas. Como exemplos, a Rede Pacheco (Jamy Vasconcelos S.A.), presente atualmente em várias unidades federativas (Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, mais recentemente em Goiás e no Distrito Federal), contudo com CNPJ matriz sediado no município do Rio de Janeiro. Outro estabelecimento com as mesmas características é a Drogaria São Paulo S.A., originária de São Paulo, mas com unidades do Programa na Bahia, Minas Gerais e Rio de Janeiro.

O *site* do DAF assinala para a existência de mais de 25.500 estabelecimentos credenciados ao Programa. A Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), alimentada pelas transferências diretas executadas pelo Fundo Nacional de Saúde traz a relação dos pagamentos efetuados aos estabelecimentos farmacêuticos. O exame dos dados dessa fonte, que mostra 15.632 estabelecimentos com CNPJ cadastrados para recebimento de pagamentos no ATEP no período 2006-2012, aponta para uma diferença no número total de estabelecimentos de aproximadamente 10.000 unidades. Essa disparidade possivelmente equivale à concentração dos pagamentos no CNPJ das matrizes cadastradas, levando a crer que exista uma significativa presença de redes comerciais farmacêuticas no Programa.

Também pela SAGE, é possível se verificar que existem estabelecimentos credenciados em todos os vinte e seis estados e o Distrito Federal (Tabela 12). Cinco unidades federativas concentram mais de 70% do número de estabelecimentos: Minas Gerais (23,8%), São Paulo (23,7%), Paraná (10,3%), Rio Grande do Sul (10,1%) e Santa Catarina (6%). O Amapá, Amazonas, Acre e Roraima, todos na região norte, passaram a contar com registros de pagamentos em função do CNPJ do estabelecimento cadastrado apenas a partir de 2010.

Tabela 12 — Distribuição de estabelecimentos com CNPJ cadastrado no FNS do Programa ATFP, entre 2006-2012

Estado	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Acre	-	-	-	-	1	-	1
Alagoas	-	1	3	5	17	24	44
Amapá	-	-	-	-	3	1	2
Amazonas	-	-	-	-	2	3	7
Bahia	8	40	57	78	129	267	415
Ceará	5	19	24	32	56	175	229
Distrito Federal	10	26	34	45	67	120	141
Espírito Santo	17	90	143	290	444	663	746
Goiás	5	22	55	142	290	721	918
Maranhão	-	2	5	7	13	35	54
Mato Grosso	1	4	9	28	101	234	296
Mato Grosso do Sul	4	14	19	42	86	156	189
Minas Gerais	99	412	731	1600	2155	2977	3350
Pará	1	2	3	5	15	53	70
Paraíba	9	26	34	49	91	172	241
Paraná	45	157	263	521	930	1413	1588
Pernambuco	3	9	17	20	42	146	223
Piauí	1	3	4	5	7	37	53
Rio de Janeiro	13	40	70	157	353	571	741
Rio Grande do Norte	7	12	25	38	63	125	189
Rio Grande do Sul	42	153	255	577	919	1364	1508
Rondônia	3	7	17	31	58	143	152
Roraima	-	-	-	-	3	17	21
Santa Catarina	7	61	109	244	477	926	1008
São Paulo	152	473	746	1488	2072	2995	3329
Sergipe	-	5	9	16	26	41	51
Tocantins	-	1	4	5	24	57	66
Total Geral	432	1579	2.636	5.425	8.444	13.436	15.632

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, no portal do MS, em www.saude.gov.br. Acessado em 20/06/2013.

Conforme pode ser visto na Tabela 13 a seguir, o Ministério da Saúde desembolsou, no intervalo 2006-2012, mais de R\$ 3,4 bilhões em valores corrigidos com pagamentos no ATFP aos estabelecimentos credenciados⁶². Deste total, o último

⁶² Nesse total encontram-se embutidos os valores de pagamentos das fraldas geriátricas cobertas pelo Programa.

ano do correspondeu a 39,0%, seguido por 2011 (23,7%). Na compreensão esses números, é oportuno lembrar que, em 2011, se iniciou a ação de isenção de copagamento “Saúde Não Tem Preço”, ampliada no ano seguinte.

Tabela 13 — Pagamentos efetuados aos estabelecimentos pelo Ministério da Saúde no ATFP, no período 2006-2012 (em R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Ano	Valores correntes	Valores corrigidos
2006	34.723.564,47	47.834.745,82
2007	157.096.934,47	207.179.410,95
2008	323.246.526,72	402.536.826,06
2009	285.016.481,20	340.258.442,29
2010	245.023.638,08	276.194.692,32
2011	767.449.996,91	812.258.291,89
2012	1.334.975.909,81	1.334.975.909,81
Total	3.147.533.051,66	3.421.238.319,15

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, no portal do MS, em www.saude.gov.br. Acessado em 20/06/2013.

Também em relação aos pagamentos verifica-se concentração geográfica, mas algo diversa daquela mostrada em relação ao quantitativo de estabelecimentos por unidade da federação (Tabela 14). Quase 73% do total de pagamentos realizados entre 2006 e 2012 são destinados a estabelecimentos sediados em quatro estados, a saber: São Paulo (28,4%), Minas Gerais (18,8%), Rio de Janeiro (14,8%) e Rio Grande do Sul (10,8%). Vale destacar que o Rio de Janeiro, terceiro estado em volume de pagamentos, sequer figura entre os cinco maiores estados em número de estabelecimentos.

Outras unidades federativas são muito pouco representativas, com acumulados percentuais abaixo de 0,1%, como Acre, Amapá, Amazonas, Roraima, Piauí, Roraima, Maranhão e Sergipe.

Tabela 14 — Pagamentos realizados pelo MS no ATPF, segundo os Estados dos estabelecimentos, entre 2006-2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Estado	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total Geral
São Paulo	16.342,84	73.701,81	123.272,58	106.248,16	83.243,27	221.169,86	348.215,61	972.194,12
Minas Gerais	8.107,06	42.713,94	109.796,04	83.210,01	57.737,95	142.934,14	200.014,73	644.513,87
Rio de Janeiro	12.785,49	33.629,82	53.000,87	47.654,67	47.365,57	130.379,29	182.187,42	507.003,14
Rio Grande do Sul	2.365,81	17.065,17	34.223,35	30.578,11	27.715,42	96.701,43	161.302,35	369.951,65
Paraná	387,18	6.905,40	18.081,33	17.643,75	16.665,21	46.666,48	82.662,91	189.012,26
Ceará	5.875,26	16.955,84	22.916,44	15.224,64	11.081,28	32.887,42	62.734,14	167.675,01
Espírito Santo	804,54	5.133,72	11.390,75	9.766,67	8.937,19	23.226,46	35.200,89	94.460,23
Santa Catarina	11,12	909,25	4.005,98	5.803,99	4.794,86	25.790,03	53.091,74	94.406,97
Goiás	14,68	1.141,41	3.126,99	3.175,12	2.948,46	18.195,46	44.762,64	73.364,76
Rio Grande do Norte	15,44	1.217,16	5.054,63	6.264,73	4.901,89	12.636,81	21.274,29	51.364,93
Bahia	29,38	845,92	3.760,97	2.366,19	1.418,51	9.927,83	24.441,70	42.790,50
Pará	368,03	1.583,49	2.873,66	1.979,06	1.472,17	9.530,01	23.590,39	41.396,82
Paraíba	56,42	2.183,96	3.778,91	2.998,83	1.831,25	8.348,26	19.259,88	38.457,50
Distrito Federal	652,39	2.004,85	2.371,35	2.095,38	1.902,44	6.646,43	14.116,62	29.789,45
Pernambuco	0,69	395,52	931,81	1.244,83	1.000,49	4.381,09	15.913,53	23.867,95
Mato Grosso do Sul	11,21	594,29	2.256,05	1.794,07	1.110,45	6.196,89	11.321,87	23.284,82
Mato Grosso	0,28	7,24	265,9	627,14	563,56	4.763,52	9.847,10	16.074,75
Rondônia	6,57	93,04	687,72	794,48	711,8	4.827,41	7.914,79	15.035,81
Alagoas	0	4,74	27,05	23,4	44,88	1.434,06	4.037,34	5.571,47
Tocantins	0	3,2	101,32	115,44	210,67	1.620,58	3.396,44	5.447,65
Sergipe	0	13,54	98,39	208,57	372,84	1.466,01	2.579,50	4.738,85
Piauí	0,38	75,88	142,24	127,23	97,59	983,7	3.215,06	4.642,08

continua

Tabela 14 — Pagamentos realizados pelo MS no ATFP, segundo os Estados dos estabelecimentos, entre 2006-2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012) (conclusão)

Estado	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total Geral
Maranhão	0	0,22	372,49	313,98	43,09	728,52	2.311,24	3.769,54
Roraima	0	0	0	0	3,82	689,84	1.253,13	1.946,79
Acre	0	0	0	0	16,08	106,45	108,06	230,59
Amazonas	0	0	0	0	1,97	10,84	215,78	228,6
Amapá	0	0	0	0	1,99	9,47	6,74	18,2
Total	47.834,75	207.179,41	402.536,83	340.258,44	276.194,69	812.258,29	1.334.975,91	3.421.238,32

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégia, no portal do MS, em www.saude.gov.br. Acessado em 20/06/2013.

Os quatro estados anteriormente citados sediam grandes redes varejistas do país, figurando dentre aquelas de maior faturamento. São Paulo conta com grandes redes que sofreram processo de fusão — Drogasil S.A. e Raia S.A. — e a Drogaria São Paulo S.A. O Estado do Rio de Janeiro tem as Drogarias Pacheco que, em 2011, associaram-se à Drogaria São Paulo S.A., mas suas transações são computadas em CNPJ distintos. Minas Gerais possui entidades comerciais com relativa importância no ATFP, como a Drogaria Araújo S.A. e, por fim, o Grande do Sul é contemplado por outras entidades, como a Dimed S.A., responsável no grupo Dimed-Panvel, e a empresa Comércio de Medicamentos Brair Ltda. Essas redes de farmácias, como já apresentado no capítulo referente ao Comércio Farmacêutico, figuram entre as maiores em faturamento no país.

A repartição proporcional dos pagamentos realizados pelo MS aos credenciados no Programa ATFP tende a refletir as características da estrutura do mercado farmacêutico presente nos estados (Tabela 15). No intervalo de 2006-2012, o predomínio do Sudeste (64,2%) sobressai-se provavelmente em razão das redes de farmácias componentes do Programa ATFP já mencionadas, seguido da região Sul (19,4%) e Nordeste (10,1%).

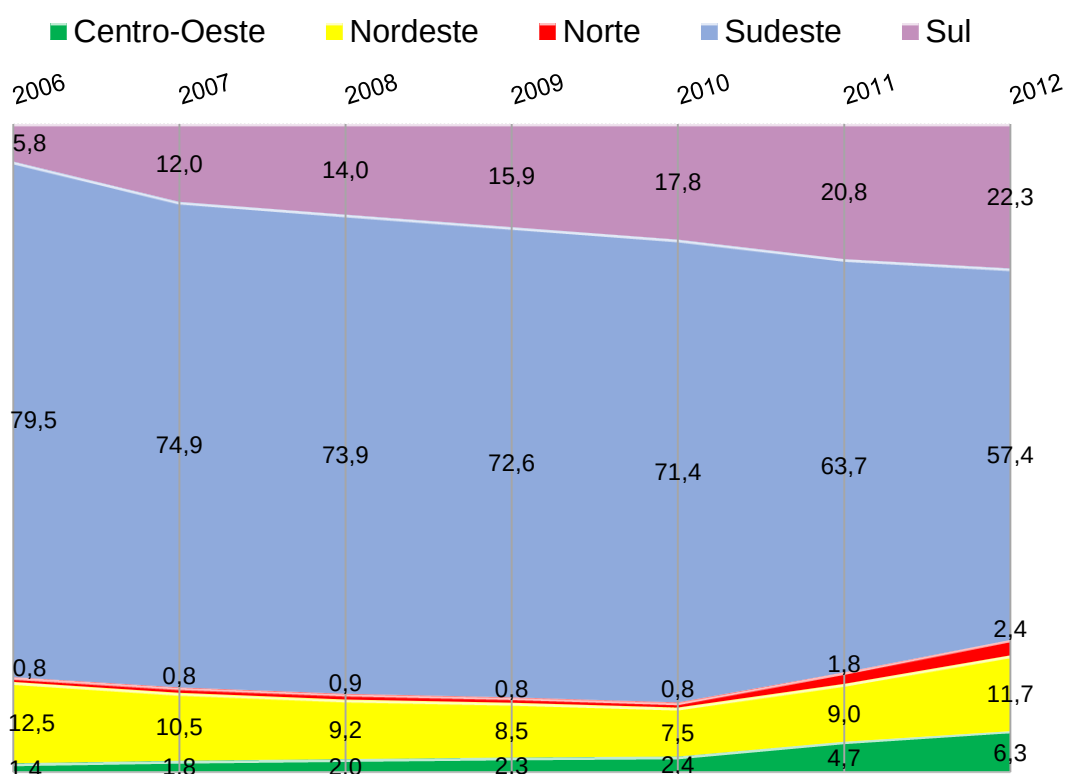
Tabela 15 — Pagamentos do MS no Programa ATFP, segundo região dos estabelecimentos cadastrados com CNPJ (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Regiões	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Centro-Oeste	678,55	3.750,99	8.121,61	7.807,15	6.739,40	38.112,72	84.697,80	149.908,22
Nordeste	5.977,55	21.692,78	37.082,93	28.772,40	20.791,82	72.793,70	155.766,67	342.877,84
Norte	374,60	1.676,53	3.561,39	2.773,54	2.204,01	14.484,18	31.835,77	56.910,02
Sudeste	38.039,94	155.179,29	297.460,24	246.879,51	197.283,98	517.709,75	765.618,66	2.218.171,36
Sul	2.764,10	24.879,82	56.310,67	54.025,85	49.175,49	169.157,95	297.057,00	653.370,87
Total	47.834,75	207.179,41	402.536,83	340.258,44	276.194,69	812.258,29	1.334.975,91	3.421.238,32

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, no portal do MS, em www.saude.gov.br. Acessado em 20/06/2013.

Observa-se também que, no período 2006 a 2012, a região Sudeste teve sua contribuição diminuída em termos proporcionais, em 27,9%, o mesmo acontecendo com o Nordeste (queda de 6,6%). Outras regiões, entretanto, passaram a ter os percentuais de valores pagos às farmácias e drogarias proporcionalmente aumentados, caso do Centro Oeste (347,3%), do Sul (285,1%) e Norte (204,5%), conforme pode ser visto no Gráfico 10.

Gráfico 10 — Distribuição percentual dos pagamentos efetuados pelo MS no Programa ATEP, por região, entre 2006 e 2012

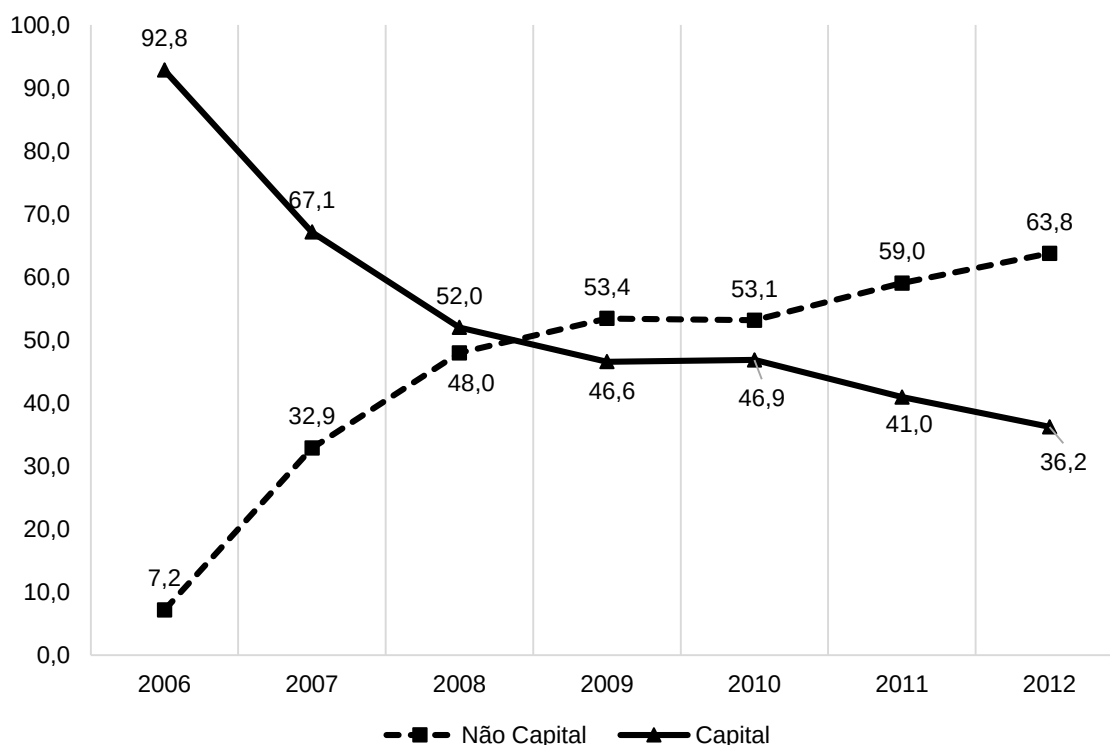


Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, no portal do MS, em www.saude.gov.br. Acessado em 20/06/2013.

Um elemento determinante para o acesso a medicamentos é a proximidade do local de dispensação do produto, com este acesso sendo tradicionalmente mais difícil em localidades fora das capitais. Analisando-se a distribuição dos pagamentos efetuados pelo MS, segundo a localização dos estabelecimentos, observa-se no Gráfico 11 que, ao longo do tempo, ocorreu uma inversão dos valores computados entre capitais brasileiras e o restante dos estados. Os pagamentos das vendas dedicadas aos credenciados privados fora das capitais corresponderam a 56,2% do

total do período 2006 a 2012, e a proporção e pagamentos relacionados às capitais reduziram de 92,8% para 36,2%, em função da progressiva interiorização do ATFP.

Gráfico 11 — Distribuição percentual dos pagamentos efetuados pelo MS no Programa ATFP aos estabelecimentos credenciados e sediados na capital dos estados, entre 2006-2012



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégia, no portal do MS, em www.saude.gov.br. Acessado em 20/06/2013.

Por fim, outro elemento a ser destacado é relativo ao comportamento dos pagamentos efetuados pelo MS às diferentes entidades do comércio farmacêutico receptores de recursos no ATFP no contexto nacional. Os dez maiores estabelecimentos receberam, em valores corrigidos a dezembro de 2012, valores de R\$ 1.194.053.761,81 (R\$ 1.073.546.400,68, em valores correntes), correspondentes a 34,1% do valor total recebido no período. A Tabela 16 apresenta os pagamentos desembolsados aos dez maiores estabelecimentos acumulados no período 2006-2012.

Tabela 16 — Principais estabelecimentos que receberam maiores valores de pagamentos pelo MS no período 2006-2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

UF	Município	Estabelecimento credenciado	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
RJ	Rio de Janeiro	Jamyr Vasconcellos S.A.	10.534,14	19.285,57	31.805,47	32.414,68	33.577,24	80.784,63	92.411,60	300.813,33
SP	São Paulo	Drogasil S.A.	5.917,74	22.938,99	28.190,26	20.493,53	15.612,03	43.538,46	69.976,13	206.667,13
CE	Fortaleza	Empreendimentos Pague Menos S.A.	5.826,82	15.711,65	20.502,41	14.196,23	9.902,88	27.429,88	48.588,37	142.158,26
SP	São Paulo	Drogaria São Paulo S.A.	4.375,65	17.768,91	24.851,84	17.408,41	13.345,77	20.498,38	27.718,42	125.967,38
SP	São Paulo	Raia S.A.	4.456,21	11.510,95	14.667,58	12.353,05	10.968,78	31.903,60	39.346,68	125.206,85
MG	Belo Horizonte	Drogaria Araújo S.A.	6.982,87	16.596,35	17.551,65	12.180,97	9.848,70	18.525,58	19.581,69	101.267,81
RS	Porto Alegre	Dimed S.A. - Distribuidora de Medicamentos	2.110,40	8.032,00	10.271,28	6.814,02	7.770,39	23.588,64	32.034,36	90.621,09
RJ	S. João de Meriti	CSB Drogarias S.A.	2.129,98	9.113,67	7.210,86	4.455,03	3.592,19	7.126,76	7.446,39	41.074,88
RS	Passo Fundo	Comercio de Medicamentos Brair Ltda	0,00	0,00	3.264,14	4.385,99	1.257,36	8.191,58	16.646,20	33.745,26
PA	Belém	Imifarma Produtos Farmacêuticos e Cosméticos S.A.	368,03	1.583,37	2.870,73	1.976,81	1.373,26	5.973,10	12.386,46	26.531,76
Total			42.701,85	122.541,47	161.186,22	126.678,72	107.248,59	267.560,61	366.136,31	1.194.053,76

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégia, no portal do MS, em www.saude.gov.br. Acessado em 20/06/2013.

Cinco empresas receberam pouco mais de 75% do valor corrente do total de mais de R\$ 1 bilhão pago entre 2006-2012. Mais de um quarto dos recursos foram dirigidos a uma única firma, com sede no Rio de Janeiro, mas com farmácias em outras unidades federativas — Jamyr Vasconcellos, seguida da Drogasil S.A. (17,3%), Empreendimentos Pague Menos S.A. (11,9%), Drogaria São Paulo e Drogaria Raia, ambas com 10,5%. Fora do eixo Rio-São Paulo, aparece uma única Empresa Empreendimentos Pague Menos S.A., sediada no Ceará, uma das cinco maiores rede de drogarias do Brasil.

8.2 Gastos do Ministério da Saúde com o Programa ATFP segundo elenco de medicamentos

No ano de 2012, o PFPB teve um orçamento aprovado de R\$ 1,2 bilhão, com dotação prevista para 2013 de aproximadamente R\$ 2 bilhões (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Entretanto, como mencionado no capítulo de métodos, os registros dos pagamentos do ATFP existentes no FNS não permitem identificar os medicamentos e quantidades envolvidas nas transações comerciais. Desse modo, demandaram-se informações específicas diretamente ao Ministério da Saúde, por meio do sistema de acesso à informação.

No período 2006-2012, foram contabilizados como pagamentos referentes exclusivamente a medicamentos⁶³, por parte do MS, montante na ordem de R\$ 3,4 bilhões em valores corrigidos ao conjunto de estabelecimentos credenciados no ATFP. Os pagamentos às farmácias e/ou drogarias, no período 2006 a 2012, em valores corrigidos, saltaram de R\$ 46.234.895,53 em 2006, para R\$ 1.293.874.112,05, em 2012, correspondendo ao crescimento de 2.698,5%. Nos dois últimos anos do período, intervalo em que ocorreram as isenções de copagamento para medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos e posteriormente, para antiasmáticos

⁶³ Conforme mencionado anteriormente, o MS passou a financiar a partir de 2010, pelo Programa ATFP, duas apresentações de fraldas geriátricas. Esses insumos, em valores corrigidos, corresponderam a pagamentos no valor de R\$ 69.298.756,28 de 2010 a 2012, representando 2,1% do total dos pagamentos efetuados a nível nacional.

após a entrada da ação Saúde Não Tem Preço, ocorreram os maiores desembolsos do MS, que somados representaram mais de 60%.

Como discutido no capítulo 7, o elenco da vertente ATFP é basicamente restrito a medicamentos de uso na atenção primária, já que se destinam às condições nosológicas de maior prevalência no território brasileiro. Estes medicamentos estão também cobertos pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica, com os recursos financeiros transferidos automaticamente aos municípios. A Tabela 17 apresenta os pagamentos com medicamentos ao conjunto de estabelecimentos credenciados no ATFP, bem como as transferências federais relativas ao CBAF, no intervalo entre 2006 a 2012, tanto em valores corrente como deflacionados pelo IPCA a 31 de dezembro de 2012.

Tabela 17 — Pagamentos no Programa ATFP e repasse no Componente Básico da AF pelo Ministério da Saúde no Brasil, no período 2006 a 2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Ano	Pagamento ATFP corrente^a	Pagamentos ATFP corrigido	Repasse CBAF corrente^b	Repasse CBAF corrigido
2006	33.562,22	46.234,90	574.041,39	790.792,21
2007	154.840,56	204.203,70	662.380,57	873.547,39
2008	325.036,60	404.765,99	754.246,63	939.258,49
2009	290.757,75	347.112,48	753.997,68	900.137,69
2010	248.326,72	279.917,98	1.019.692,74	1.149.414,51
2011	747.705,95	791.361,47	976.630,02	1.033.651,49
2012	1.293.874,11	1.293.874,11	977.700,91	977.700,91
Total	3.094.103,91	3.367.470,64	5.718.689,96	6.664.502,69

Legenda: ATFP — Aqui Tem Farmácia Popular, CBAF — Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Nota: a — Dados de pagamento em medicamentos pelo MS no ATFP foram baseados em informações obtidas diretamente no sistema e-SIC; b — os repasses destinados ao financiamento do CBAF foram levantados na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, no sítio do Ministério da Saúde.

Fonte: Elaboração própria a partir de informações obtidas no sistema e-SIC e na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, no portal do MS, em www.saude.gov.br. Acessado em 20/06/2013.

Os pagamentos corrigidos com o ATFP somaram, no período de sete anos, mais 3,36 bilhões, os quais incluem tanto gastos com medicamentos com gratuidade do elenco mais restrito pertencente ao SNTP, como com o copagamento de 90% do valor de referência pelo Ministério da Saúde dos demais medicamentos do rol do

Programa ATFP. Esse montante corresponde a 49% dos R\$ 6.664.502,69 transferidos via CBAF no período examinado. Além disso, a análise comparativa dos pagamentos do MS com o ATFP e as transferências do CBAF aos municípios demonstram descompasso na velocidade de crescimento, já o ATFP apresentou expansão 100 vezes superior ao repasse fundo a fundo.

Na apreciação dessas comparações, é importante ainda ter em mente que, entre 2009 e 2010 houve significativo aumento dos recursos devido à mudança da Portaria do CBAF, com elevação do valor mínimo por habitante em R\$ 1,00 em 2010, passando a R\$ 5,10 *per capita* por ano. A esse respeito, é sempre bom lembrar também que os recursos aplicados no financiamento do CBAF destinam-se à provisão pública de mais de 230 produtos, que contém todos os fármacos e grande parte do elenco de 41 itens do Programa ATFP.

Esses números reforçam a relevância desse Programa no financiamento da AF no SUS, já apontada por Pereira (2013) e intensificam o debate de até que ponto o ATFP atua de forma complementar ou concorrencialmente a provisão pública direta. Como alerta o relatório do TCU, de 2011, citado como um dos motivadores para a realização desse trabalho,

[...] o governo possui diferentes alternativas para operacionalizar sua política de assistência farmacêutica, sendo o Programa Farmácia Popular – Sistema de Copagamento apenas uma delas. Por essa razão, o governo deveria ser bastante cauteloso na montagem de sua estratégia para o setor farmacêutico, como forma de garantir que os diversos programas atuem de forma complementar em contraposição a uma atuação concorrencial (BRASIL/TCU, 2011, p. 16).

A Tabela 18, a seguir, traz os gastos com medicamentos constantes no elenco do Programa ATFP, entre 2006 e 2012.

Tabela 18 — Pagamentos com medicamentos pelo Ministério da Saúde no Programa ATFP, entre 2006-2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Descrição do Medicamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Maleato de Enalapril 10 mg comp	17.229,31	75.857,42	146.385,74	127.795,71	94.729,48	162.383,35	217.013,98	841.395,00
Losartana Potássica 50 mg comp	ND	ND	ND	ND	2.323,48	141.519,49	304.288,97	448.131,95
Captopril 25 mg comp	9.654,53	37.915,96	84.013,01	66.444,15	37.103,92	83.107,94	106.900,81	425.140,32
Atenolol 25 mg comp	4.973,57	21.104,73	40.549,49	36.058,35	26.519,43	58.500,38	93.184,29	280.890,25
Cloridrato de Metformina 850 mg comp	5.684,79	19.941,13	35.342,92	29.030,89	20.051,08	45.646,70	68.916,84	224.614,35
Sinvastatina 20 mg comp	ND	ND	ND	ND	19.701,88	73.818,54	116.422,75	209.943,17
Insulina Humana NPH 100UI/ml susp. inj. Fr 10 ml	2.864,81	19.170,59	27.590,25	23.847,23	17.899,18	37.231,75	64.588,86	193.192,65
Sinvastatina 40 mg comp	ND	ND	ND	ND	12.824,38	56.740,09	95.037,39	164.601,86
Hidroclorotiazida 25 mg comp	1.326,64	6.262,07	16.811,71	12.514,28	6.418,83	22.400,76	38.352,70	104.086,99
Glibenclamida 5 mg comp	1.459,42	5.910,83	12.088,74	9.929,61	6.211,03	17.787,51	28.297,85	81.684,97
Cloridrato de Metformina 500 mg comp- ação prolongada*	11,41	1.559,93	5.096,86	6.463,97	6.307,84	19.291,85	37.766,49	76.498,34
Cloridrato de Metformina 500 mg comp	1.964,57	5.605,62	7.807,10	6.626,12	4.758,50	11.290,78	16.094,01	54.146,69
Valerato Estradiol 50mg/ml + Enantato Noretisterona 5 mg/ml inj	ND	1.663,19	6.011,04	7.621,26	7.224,96	8.247,22	9.058,03	39.825,70
Cloridrato de Propranolol 40 mg comp	587,23	2.909,51	6.632,45	5.109,95	2.561,89	7.079,41	10.540,20	35.420,64
Etinilestradiol 0,15mg + Levonorgestrel 0,03 mg cartela 21 comp	ND	1.917,71	8.450,70	7.904,81	5.591,93	4.466,69	3.497,16	31.829,00
Insulina Humana NPH 100UI/ml susp. inj. carpule 3 ml	478,52	3.441,31	5.037,15	4.731,50	3.949,57	4.015,96	8.501,23	30.155,24
Alendronato de Sódio 70 mg comp	ND	ND	ND	ND	523,64	9.779,48	15.408,80	25.711,92
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	170,53	4.957,31	17.701,60	22.829,44
Budesonida 50 mcg/dose tópica nasal Fr	ND	ND	ND	ND	198,45	6.126,81	11.201,63	17.526,90
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg comp	ND	ND	ND	ND	186,13	3.300,72	7.570,35	11.057,20
Sinvastatina 10 mg comp	ND	ND	ND	ND	1.314,73	3.981,56	4.915,94	10.212,23

continua

Tabela 18 — Pagamentos com medicamentos pelo Ministério da Saúde no Programa AFTP, entre 2006-2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012) (conclusão)

Descrição do Medicamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml ampola	ND	826,04	2.570,06	2.690,04	2.305,11	277,78	778,61	9.447,64
Insulina Humana Reg. 100U/ml susp. inj. Fr 10 ml	ND	ND	ND	ND	474,78	3.119,93	5.710,00	9.304,72
Budesonida 32 mcg/dose tópica nasal Fr	ND	ND	ND	ND	125,73	3.040,28	4.679,97	7.845,99
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg comp	ND	ND	ND	ND	58,44	1.385,69	2.342,11	3.786,24
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	25,01	505,82	2.092,45	2.623,28
Noretisterona 0,35 mg cartela comp	ND	114,15	378,42	342,75	235,40	199,36	163,67	1.433,74
Maleato de Timolol 5 mg/ml Fr	ND	ND	ND	ND	28,93	469,77	742,83	1.241,53
Brometo de Ipratrópio 0,25 mg/ml Fr	ND	ND	ND	ND	40,38	329,92	590,53	960,84
Insulina Humana Reg. 100UI/ml susp.inj. carpule 3 ml	ND	ND	ND	ND	34,71	174,99	557,66	767,37
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	2,00	41,81	438,58	482,40
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	3,96	73,48	331,76	409,20
Sulfato de Salbutamol 5 mg/ml solução inalção Fr	ND	ND	ND	ND	1,62	16,71	79,91	98,23
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	1,31	21,80	70,50	93,62
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg (caps inalante) Fr	ND	ND	ND	ND	0,81	10,62	28,74	40,17
Insulina Humana NPH 100UI/ml susp. inj. Fr 5 ml	0,11	3,51	0,35	1,88	3,02	15,39	0,00	24,26
Maleato de Timolol 2,5 mg/ml	ND	ND	ND	ND	0,24	2,82	3,32	6,38
Fosfato de Oseltamivir 75 mg caps	ND	ND	ND	ND	5,59	0,66	0,00	6,26
Insulina Humana Reg. 100UI/ml susp. inj. Fr 5 ml	ND	ND	ND	ND	0,06	0,32	3,58	3,96
Total	46.234,90	204.203,70	404.765,99	347.112,48	279.917,98	791.361,47	1.293.874,11	3.367.470,64

Legenda: comp — comprimido, caps — cápsula, Fr. — frasco, Insulina Humana Reg. — Insulina Humana Regular, ND — ainda não disponibilizado no Programa neste ano, susp. inj. — suspensão injetável.

Nota: * — O MS por meio de resposta pelo sistema e-SIC informou registros de pagamento com esse medicamento, apesar do mesmo ter sido incorporado ao Programa AFTP em 2011, segundo as normas ministeriais que regem seu funcionamento.

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados enviados pelo MS por meio do e-SIC, acessado em 19/10/2013.

Conforme visto na Tabela, cinco itens somados representaram mais de R\$ 2 bilhões (63,8%) do total dos gastos corrigidos. Somente o maleato de enalapril 10 mg correspondeu a 25,0% dos pagamentos, seguido da losartana potássica 50 mg (13,3%), captopril 25 mg (12,6%), metformina 850 mg (6,7%) e sinvastatina 20 mg (6,2%). Cabe lembrar que três dos cinco fármacos estavam presentes desde o início da expansão do PFPB com o setor privado (isto é, ATFP); sinvastatina 20 mg e losartana 50 mg foram incorporadas apenas em 2010.

A proporção de gastos cumulativos com os cinco medicamentos de maior investimento variou de 64,9 a 87,5% do total de dispêndios nos anos examinados (Tabela 19). Pode-se observar o importante papel nos gastos do maleato de enalapril na apresentação de comprimidos de 10 mg que, desde 2006, ocupa posição de destaque, figurando como o item de maior impacto nos dispêndios de 2006 a 2011 e como o segundo maior em 2012, mesmo com a incorporação de novos anti-hipertensivos no elenco de medicamentos do ATFP.

A sinvastatina, coberta a partir de 2010, já aparece como quinto item neste ano e aumenta sua participação nos anos subsequentes. Em 2012, em suas duas apresentações (20 mg e 40 mg), corresponde a 16,3% do total de gastos. Apesar de sua entrada mais tardia na lista (2010), a losartana potássica 50 mg representa o segundo maior volume de pagamentos do total do período 2006-2012 e é o medicamento com maior participação em 2012 (23,5% do total de gastos). O maleato de enalapril, losartana potássica e captopril são todos fármacos que atuam no sistema renina-angiotensina, com indicação de uso muito semelhante.

Por fim, destaca-se a participação do betabloqueador atenolol 25 mg, que não está presente nesta apresentação na versão atual da RENAME e em nenhuma das seis edições anteriores da mesma, embora presentes nas apresentações de 50 e 100 mg.

Tabela 19 — Cinco medicamentos de maior valor de pagamento pelo MS no Programa ATFP, no período 2006-2012, por ano de aquisição (em R\$, valores corrigidos a 31 de dezembro de 2012)

Ano	Descrição do Medicamento	Gasto anual	% Gasto anual
2006	Maleato de Enalapril 10 mg comprimido	17.229.311,06	37,3
	Captopril 25 mg comprimido	9.654.527,39	20,9
	Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido	5.684.785,14	12,3
	Atenolol 25 mg comprimido	4.973.570,47	10,8
	Insulina Humana NPH 100 UI/ml susp. inj. frasco 10 ml	2.864.806,88	6,2
	Total	40.407.000,94	87,5
2007	Maleato de Enalapril 10 mg comprimido	75.857.420,32	37,1
	Captopril 25 mg comprimido	37.915.960,62	18,6
	Atenolol 25 mg comprimido	21.104.732,55	10,3
	Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido	19.941.128,04	9,8
	Insulina Humana NPH 100 UI/ml susp. inj. frasco 10 ml	19.170.589,38	9,4
	Total	173.989.830,91	85,2
2008	Maleato de Enalapril 10 mg comprimido	146.385.743,20	36,2
	Captopril 25 mg comprimido	84.013.013,56	20,8
	Atenolol 25 mg comprimido	40.549.491,80	10,0
	Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido	35.342.923,93	8,7
	Insulina Humana NPH 100 UI/ml susp. inj. frasco 10 ml	27.590.251,82	6,8
	Total	333.881.424,31	82,5
2009	Maleato de Enalapril 10 mg comprimido	127.795.706,21	36,8
	Captopril 25 mg comprimido	66.444.151,73	19,1
	Atenolol 25 mg comprimido	36.058.349,97	10,4
	Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido	29.030.890,99	8,4
	Insulina Humana NPH 100 UI/ml susp. inj. frasco 10 ml	23.847.225,85	6,9
	Total	283.176.324,75	81,6
2010	Maleato de Enalapril 10 mg comprimido	94.729.479,09	33,8
	Captopril 25 mg comprimido	37.103.915,05	13,3
	Atenolol 25 mg comprimido	26.519.431,75	9,5
	Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido	20.051.078,57	7,2
	Sinvastatina 20 mg comprimido	19.701.880,83	7,0
	Total	198.105.785,29	70,8
2011	Maleato de Enalapril 10 mg comprimido	162.383.352,71	20,5
	Losartana Potássica 50 mg comprimido	141.519.493,60	17,9
	Captopril 25 mg comprimido	83.107.940,13	10,5
	Sinvastatina 20 mg comprimido	73.818.539,89	9,3
	Atenolol 25 mg comprimido	58.500.384,90	7,4
	Total	519.329.711,23	65,6
2012	Losartana Potássica 50 mg comprimido	304.288.973,10	23,5
	Maleato de Enalapril 10 mg comprimido	217.013.983,68	16,8
	Sinvastatina 20 mg comprimido	116.422.753,83	9,0
	Captopril 25 mg comprimido	106.900.811,90	8,3
	Sinvastatina 40 mg comprimido	95.037.390,97	7,3
	Total	839.663.913,48	64,9

Legenda: comp — comprimido; susp. inj. — suspensão injetável.

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados enviados pelo MS por meio do e-SIC, acessado em 19/10/2013.

Segundo indicação de uso principal do elenco de medicamentos (Tabela 20), produtos para o tratamento da hipertensão tem destacada presença, com 63,4% do total agregado de gastos entre 2006 e 2012, seguido dos medicamentos para diabetes (19,9%) e dislipidemia (11,4%). Na apreciação dos gastos relacionados às estatinas, vale lembrar que estas só passaram a fazer parte do rol a partir de 2010, chegando a corresponder a 16,7% dos gastos em 2012.

Medicamentos antiasmáticos também só foram introduzidos no rol em 2010, inicialmente por copagamento, passando, a partir de julho de 2012, a serem dispensados sem participação financeira por parte do usuário. Embora possuam elevado valor de referência unitário e a doença seja bastante prevalente em nosso meio, os gastos com esses medicamentos são muito baixos, embora com tendência crescente (0,09%, 0,75% e 1,6% do total de gastos entre 2010 e 2012)

Tabela 20 — Gastos com medicamentos do Ministério da Saúde com pagamentos no Programa ATFP no Brasil, segundo indicação de uso, entre 2006-2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Indicação de Uso	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Hipertensão	33.771,28	144.049,70	294.392,41	247.922,44	169.657,03	474.991,34	770.280,96	2.135.065,15
Diabetes	12.463,62	55.632,91	92.963,38	80.631,19	59.689,77	138.575,18	230.436,51	670.392,56
Dislipidemia	ND	ND	ND	ND	33.840,99	134.540,19	216.376,08	384.757,26
Contraceptivo	ND	4.521,10	17.410,21	18.558,86	15.357,41	13.191,05	13.497,47	82.536,08
Asma	ND	ND	ND	ND	245,63	5.957,47	21.334,08	27.537,18
Osteoporose	ND	ND	ND	ND	523,64	9.779,48	15.408,80	25.711,92
Rinite	ND	ND	ND	ND	324,17	9.167,10	15.881,61	25.372,88
Doença de Parkinson	ND	ND	ND	ND	244,57	4.686,40	9.912,47	14.843,44
Glaucoma	ND	ND	ND	ND	29,17	472,59	746,15	1.247,91
Influenza	ND	ND	ND	ND	5,59	0,66	0,00	6,26
Total	46.234,90	204.203,70	404.765,99	347.112,48	279.917,98	791.361,47	1.293.874,11	3.367.470,64

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados enviados pelo MS por meio do e-SIC, acessado em 19/10/2013.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura no Brasil e têm assumido papel crescente e preocupante em decorrência das transições demográfica, nutricional e

epidemiológica ocorridas nas últimas décadas. Estudos epidemiológicos brasileiros, realizados a partir da medida casual da pressão arterial, registram prevalências de hipertensão de 40% a 50% entre adultos com mais de 40 anos de idade (BRASIL/MS, 2011). A diabetes *mellitus*, qualificada atualmente como uma epidemia mundial, traz inúmeros desafios para todos os sistemas de saúde. Estima-se em seis milhões de portadores de diabetes no Brasil, incorrendo em impacto econômico decorrente dos custos do tratamento da doença per si e de suas complicações crônicas, como a doença cardiovascular, nefropatia, neuropatia e retinopatia. No Brasil, a diabetes e a hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalizações no SUS (BRASIL/MS, 2011).

Observou-se crescimento do número de unidades farmacotécnicas no intervalo de tempo avaliado de 84 vezes, com um total acumulado de 11.171.597.452 unidades (Tabela 21). Apenas em 2012 foram autorizados pagamentos de mais de 4,8 bilhões de unidades, correspondendo a 43,2% do total do intervalo.

Em termos de quantidades, seis produtos somaram 8.098.361.050 (equivalente a 72,5%) no período analisado: maleato de enalapril 10 mg (16,7%), losartana potássica 50 mg (12,4%), atenolol 25 mg (11,9%), captopril 25 mg (11,6%), metformina 850 mg (10,2%) e a hidroclorotiazida 25 mg (9,7%). Novamente, é destacada a presença da losartana 50 mg, incorporada mais recentemente em 2010, porém já aparecendo dentre aqueles de maior saída no Programa ATFP, com papel ascendente também nos gastos, enquanto os demais produtos já constavam do rol desde 2006.

Tabela 21 — Quantidade de unidades farmacotécnicas de medicamentos autorizadas para pagamento pelo Ministério da Saúde no Programa ATFP, no período 2006-2012

Descrição do Medicamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Maleato de Enalapril 10 mg comp	13.799.810	129.583.748	260.585.701	269.736.129	234.232.058	400.433.822	560.282.108	1.868.653.376
Losartana Potássica 50 mg comp	ND	ND	ND	ND	6.436.725	419.438.127	955.274.177	1.381.149.029
Atenolol 25 mg comp	8.954.538	80.423.512	157.693.051	158.638.010	133.569.472	295.398.875	494.335.966	1.329.013.424
Captopril 25 mg comp	9.747.443	91.056.287	205.976.993	189.338.452	127.728.457	286.245.794	386.140.841	1.296.234.267
Cloridrato de Metformina 850 mg comp	9.162.180	71.275.818	127.695.942	124.843.830	103.667.918	271.108.903	433.125.337	1.140.879.928
Hidroclorotiazida 25 mg comp	3.751.620	40.800.420	109.065.680	104.927.270	73.989.400	267.839.366	482.057.270	1.082.431.026
Glibenclamida 5 mg comp	3.493.460	31.354.180	65.748.624	62.450.196	46.294.816	141.467.516	237.482.350	588.291.142
Sinvastatina 20 mg comp	ND	ND	ND	ND	39.230.450	155.926.970	260.481.500	455.638.920
Cloridrato de Metformina 500 mg comp - ação prolongada	54.780	7.851.180	27.152.010	38.937.090	41.762.100	104.224.860	218.889.240	438.871.260
Cloridrato de Propranolol 40 mg comp	2.293.030	23.903.630	56.153.407	48.687.740	28.572.950	84.391.314	132.598.380	376.600.451
Cloridrato de Metformina 500 mg comp	4.640.580	30.925.200	44.895.000	41.495.432	33.110.698	83.122.792	124.701.806	362.891.508
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	1.731.800	53.315.040	184.859.600	239.906.440
Sinvastatina 40 mg comp	ND	ND	ND	ND	13.448.250	63.050.940	111.123.630	187.622.820
Budesonida 50 mcg/dose tópica nasal Fr	ND	ND	ND	ND	1.519.500	49.642.865	96.080.920	147.243.285
Budesonida 32 mcg/dose tópica nasal Fr	ND	ND	ND	ND	1.389.360	35.588.472	57.994.440	94.972.272
Insulina Humana NPH 100UI/ml susp. inj. Fr. 10 ml	728.030	5.031.740	7.615.860	7.293.010	6.053.210	13.313.793	24.432.580	64.468.223
Sinvastatina 10 mg comp	ND	ND	ND	ND	4.454.250	13.032.320	18.798.290	36.284.860
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	169.600	3.560.000	14.321.600	18.051.200
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg comp	ND	ND	ND	ND	158.070	2.994.930	7.290.600	10.443.600
Insulina Humana NPH 100UI/ml susp. inj. carpule 3 ml	120.147	871.660	1.336.524	1.453.068	1.350.222	1.466.001	3.271.401	9.869.023

continua

Tabela 21 — Quantidade de unidades farmacotécnicas de medicamentos autorizadas para pagamento pelo Ministério da Saúde no Programa AFTP, no período 2006-2012 (conclusão)

Descrição do Medicamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Alendronato de Sódio 70 mg comp	ND	ND	ND	ND	139.468	2.764.548	4.655.348	7.559.364
Etinilestradiol 0,15 mg + Levonorgestrel 0,03mg cartela 21 comp	ND	370.798	1.716.631	1.689.609	1.285.440	1.091.074	904.523	7.058.075
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg comp	ND	ND	ND	ND	91.680	2.290.716	4.121.910	6.504.306
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	16.600	339.100	3.431.400	3.787.100
Brometo de Ipratrópio 0,25 mg/ml Fr	ND	ND	ND	ND	150.320	1.294.595	2.304.660	3.749.575
Valerato de Estradiol 50 mg/ml + Enantato de Noretisterona 5 mg/ml ampola	ND	126.449	481.649	633.324	638.973	775.269	901.704	3.557.368
Insulina Humana Reg. 100U/ml susp. inj. Fr 10 ml	ND	ND	ND	ND	160.790	1.115.610	2.161.490	3.437.890
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	15.780	309.090	1.373.100	1.697.970
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	22.800	383.940	1.216.200	1.622.940
Maleato de Timolol 5 mg/ml Fr	ND	ND	ND	ND	32.295	545.210	915.615	1.493.120
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml amp	ND	57.882	187.930	204.152	185.151	23.705	70.234	729.054
Insulina Humana Reg. 100UI/ml susp.inj. carpule 3 ml	ND	ND	ND	ND	12.216	65.223	214.269	291.708
Noretisterona 0,35 mg cartela comp	ND	19.667	68.688	64.715	47.060	42.355	36.779	279.264
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg (caps inalante) Fr.	ND	ND	ND	ND	3.500	45.080	119.100	167.680
Sulfato de Salbutamol 5 mg/ml sol. inalação Fr	ND	ND	ND	ND	1.940	20.320	94.760	117.020
Maleato de Timolol 2,5 mg/ml	ND	ND	ND	ND	635	7.489	9.310	17.434
Insulina Humana NPH 100UI/ml susp. inj. Fr 5 ml	25	875	95	680	1.020	5.480	0	8.175
Fosfato de Oseltamivir 75 mg caps	ND	ND	ND	ND	1.670	200	0	1.870
Insulina Humana Reg. 100UI/ml susp. inj. Fr 5 ml	ND	ND	ND	ND	20	115	1.350	1.485
Total	56.745.643	513.653.046	1.066.373.785	1.050.392.707	901.676.664	2.756.681.819	4.826.073.788	11.171.597.452

Legenda: amp — ampola, comp — comprimido, caps — cápsula, ND — ainda não disponibilizado no Programa neste ano, Fr — frasco, Insulina Humana Reg. — Insulina Humana Regular, sol — solução, susp. inj. — suspensão injetável.

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados enviados pelo MS por meio do e-SIC, acessado em 19/10/2013.

8.3 Gastos do Ministério da Saúde com o Programa ATFP no Estado e Município do Rio de Janeiro

8.3.1 Gastos do Ministério da Saúde com o Programa ATFP segundo Distribuição Geográfica dos Estabelecimentos

Os estabelecimentos credenciados ao Programa ATFP no Estado do Rio de Janeiro receberam do MS, no acumulado de sete anos, mais de R\$ 500 milhões deflacionados pelo IPCA, crescendo mais de 13 vezes no período examinado de 2006 a 2012 (Tabela 22). O volume de gastos se intensificou nos dois últimos anos: 2011 e 2012 somaram 61,6% do total.

Tabela 22 — Pagamentos do MS/Programa ATFP aos estabelecimentos nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, de 2006 a 2009, em valores correntes e corrigidos para 31 de dezembro de 2012

Ano	Gasto corrente	Gasto corrigido
2006	9.281.074,90	12.785.492,09
2007	25.500.319,63	33.629.817,27
2008	42.560.946,52	53.000.873,67
2009	39.917.795,25	47.654.671,67
2010	42.019.940,18	47.365.570,69
2011	123.186.905,73	130.379.289,90
2012	182.187.424,64	182.187.424,64
Total	464.654.406,85	507.003.139,92

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégia, no portal do MS, em www.saude.gov.br. Acessado em 20/06/2013.

Ocorreram pagamentos a estabelecimentos com CNPJ matriz sediados em 87 dos 92 municípios do Estado, conforme pode ser visto na Tabela 23, na página subsequente.

Tabela 23 — Pagamentos do MS/Programa ATEP aos estabelecimentos nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, de 2006 a 2012 (em valores corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Municípios	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Rio de Janeiro	12.664.126,28	30.611.775,50	44.083.084,21	36.881.812,75	36.073.726,90	88.753.896,23	107.941.130,29	357.009.552,16
São João de Meriti	0,00	0,00	1.197.620,91	4.456.483,61	3.682.347,36	8.061.240,54	9.629.844,90	27.027.537,32
Duque de Caxias	0,00	0,00	1.140.832,53	1.739.260,36	2.031.632,77	5.878.682,90	9.201.884,78	19.992.293,34
Volta Redonda	51.014,65	1.075.447,04	2.969.842,96	1.601.397,85	1.534.965,34	3.285.043,02	5.183.324,17	15.701.035,03
São Gonçalo	0,00	0,00	67.134,44	245.230,31	602.587,99	3.827.378,99	6.649.986,76	11.392.318,49
Niterói	0,00	89.933,56	1.114.164,93	526.309,92	691.633,84	2.002.870,31	2.913.112,72	7.338.025,28
Nova Iguaçu	0,00	0,00	0,00	6.309,01	36.267,27	771.375,69	6.389.087,93	7.203.039,90
Teresópolis	0,00	243.913,66	624.195,63	547.034,58	369.582,91	1.897.733,25	2.134.634,97	5.817.095,00
Itaperuna	0,00	0,00	0,00	23.948,54	254.744,07	1.518.016,84	2.415.818,81	4.212.528,26
Petrópolis	0,00	0,00	41.319,79	87.311,59	196.078,93	1.277.406,66	2.226.635,81	3.828.752,78
Belford Roxo	0,00	0,00	0,00	765,23	45.510,22	1.103.986,97	2.580.867,42	3.731.129,84
Barra do Piraí	24.411,51	306.340,51	538.804,94	515.580,74	351.910,44	716.486,68	921.323,08	3.374.857,90
Bom Jesus do Itabapoana	0,00	0,00	0,00	20.891,51	95.059,68	820.728,72	1.569.032,40	2.505.712,31
Vassouras	0,00	45.174,72	287.116,30	470.171,40	265.623,14	580.593,31	829.918,10	2.478.596,97
Nova Friburgo	0,00	286,94	42.520,41	142.424,19	197.080,02	537.796,96	1.409.497,32	2.329.605,84
Araruama	0,00	0,00	0,00	3.651,37	26.937,68	606.599,45	1.009.658,63	1.646.847,13
Campos dos Goytacazes	0,00	0,00	0,00	0,00	17.310,28	393.253,15	1.152.227,33	1.562.790,76
Itaboraí	0,00	0,00	0,00	1.548,44	63.046,92	503.544,23	946.125,49	1.514.265,08
Valença	0,00	18.031,54	131.025,10	81.386,69	75.573,96	367.586,29	797.568,20	1.471.171,78
Angra dos Reis	37.981,53	1.194.181,53	53.034,16	8.821,04	2.156,16	28.349,84	142.642,05	1.467.166,31
Barra Mansa	0,00	13.888,97	516.028,60	1.877,51	21.003,38	339.350,92	533.621,91	1.425.771,29

continua

Tabela 23 — Pagamentos do MS/Programa ATEP aos estabelecimentos nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, de 2006 a 2012 (em valores corrigidos para 31 de dezembro de 2012) (continuação)

Municípios	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Maricá	0,00	0,00	0,00	8.382,29	58.395,27	368.094,80	963.292,70	1.398.165,06
Cabo Frio	0,00	0,00	0,00	39.266,00	115.325,92	367.487,66	820.273,28	1.342.352,86
São Fidélis	0,00	0,00	0,00	0,00	3.529,09	468.440,20	705.009,48	1.176.978,77
Magé	0,00	0,00	0,00	0,00	396,68	132.954,08	944.958,96	1.078.309,72
Mesquita	0,00	0,00	0,00	0,00	5.418,50	231.010,31	643.209,67	879.638,48
Mendes	0,00	0,00	30.623,16	51.683,24	48.415,23	306.779,98	400.187,57	837.689,18
Japeri	0,00	0,00	0,00	750,71	1.585,11	331.737,69	486.553,81	820.627,32
Miracema	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	253.817,89	488.865,96	742.683,85
Miguel Pereira	0,00	0,00	14.227,60	34.365,52	87.996,74	160.855,66	401.260,13	698.705,65
S. J. do Vale do Rio Preto	0,00	0,00	0,00	0,00	24.335,33	275.318,47	388.392,87	688.046,67
Cachoeiras de Macacu	0,00	0,00	0,00	1.325,44	4.630,59	204.894,63	476.558,75	687.409,41
Seropédica	0,00	0,00	0,00	0,00	18.521,00	208.923,32	382.784,04	610.228,36
Porciúncula	0,00	0,00	0,00	0,00	28,61	149.354,96	425.436,58	574.820,15
Carmo	0,00	0,00	0,00	444,64	5.554,69	217.137,15	351.346,57	574.483,05
Rio Claro	0,00	0,00	19.115,06	38.293,26	58.035,95	191.344,49	247.883,43	554.672,19
Natividade	0,00	0,00	0,00	605,73	4.306,06	191.013,55	326.908,63	522.833,97
Iguaba Grande	0,00	0,00	0,00	91,43	4.625,04	158.610,58	350.774,72	514.101,77
S. Francisco de Itabapoana	0,00	0,00	0,00	0,00	11.338,56	194.211,87	285.863,95	491.414,38
São José de Ubá	0,00	0,00	0,00	0,00	2.006,43	144.183,67	342.461,82	488.651,92
Conceição de Macabu	0,00	0,00	0,00	0,00	8.617,41	118.647,86	320.559,63	447.824,90
Italva	0,00	0,00	0,00	0,00	3.758,38	134.955,78	294.162,68	432.876,84
Três Rios	0,00	3.150,90	79.569,91	53.646,72	19.255,32	108.170,45	164.390,93	428.184,23

continua

Tabela 23 — Pagamentos do MS/Programa ATEP aos estabelecimentos nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, de 2006 a 2012 (em valores corrigidos para 31 de dezembro de 2012) (continuação)

Municípios	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Sapucaia	0,00	0,00	0,00	22.726,77	119.659,49	144.035,17	128.921,20	415.342,63
Macuco	0,00	0,00	0,00	157,51	9.131,02	194.322,07	199.938,92	403.549,52
Paracambi	7.958,12	25.380,18	26.476,20	17.280,56	11.209,48	77.749,18	218.402,01	384.455,73
Queimados	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75.127,05	305.109,01	380.236,06
Casimiro de Abreu	0,00	0,00	0,00	0,00	15.046,35	138.405,85	221.055,73	374.507,93
Guapimirim	0,00	0,00	0,00	0,00	280,08	78.167,63	293.526,57	371.974,28
Paraíba do Sul	0,00	0,00	0,00	5.288,85	13.815,36	118.396,94	226.216,00	363.717,15
Laje do Muriaé	0,00	0,00	0,00	0,00	1.557,81	110.475,18	221.330,41	333.363,40
Cardoso Moreira	0,00	0,00	0,00	0,00	7.048,37	122.711,55	172.719,54	302.479,46
Itaguaí	0,00	0,00	0,00	0,00	2.676,64	77.448,17	186.604,23	266.729,04
Nilópolis	0,00	0,00	0,00	761,87	7.029,07	18.851,22	239.668,08	266.310,24
Arraial do Cabo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	69.820,24	192.250,81	262.071,05
Macaé	0,00	0,00	0,00	0,00	5.765,59	71.852,05	174.541,18	252.158,82
Paty do Alferes	0,00	0,00	0,00	0,00	4.011,48	41.699,98	202.629,72	248.341,18
Santa Maria Madalena	0,00	0,00	0,00	0,00	96,34	156.454,94	85.540,94	242.092,22
São João da Barra	0,00	0,00	0,00	0,00	3.858,90	98.710,77	138.319,68	240.889,35
Resende	0,00	2.312,20	24.136,83	16.665,59	12.712,49	64.169,59	117.325,17	237.321,87
Rio Bonito	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	58.710,33	177.429,14	236.139,47
Duas Barras	0,00	0,00	0,00	11,93	10.644,07	67.242,49	149.949,29	227.847,78
Cordeiro	0,00	0,00	0,00	0,00	9.499,12	44.854,92	164.764,48	219.118,52
Santo Antônio de Pádua	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13.933,56	189.767,64	203.701,20
Piraí	0,00	0,00	0,00	13,86	52,96	105.703,49	96.470,28	202.240,59

continua

Tabela 23 — Pagamentos do MS/Programa ATEP aos estabelecimentos nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, de 2006 a 2012 (em valores corrigidos para 31 de dezembro de 2012) (conclusão)

Municípios	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
São Pedro da Aldeia	0,00	0,00	0,00	693,11	1.516,52	29.649,36	145.904,57	177.763,56
Areal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20.498,00	135.681,71	156.179,71
Bom Jardim	0,00	0,00	0,00	0,00	129,75	15.931,64	124.203,42	140.264,81
Pinheiral	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	45.864,96	87.407,70	133.272,66
Cantagalo	0,00	0,00	0,00	0,00	831,27	39.853,68	87.740,33	128.425,28
Cambuci	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.071,70	112.794,18	113.865,88
Comend. Levy Gasparian	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	575,89	96.417,59	96.993,48
Tanguá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	93.837,83	93.837,83
Saquarema	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.865,04	83.686,75	90.551,79
Varre-Sai	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	80.891,43	80.891,43
Quatis	0,00	0,00	0,00	0,00	7.189,67	24.768,87	44.100,62	76.059,16
Silva Jardim	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10.859,75	52.543,33	63.403,08
Eng. Paulo de Frontin	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.064,66	37.934,86	45.999,52
Rio das Ostras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14.345,00	31.284,31	45.629,31
Porto Real	0,00	0,00	0,00	0,00	368,87	18.603,67	18.218,68	37.191,22
Paraty	0,00	0,00	0,00	0,00	226,22	305,59	22.397,47	22.929,28
Armação dos Búzios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.536,87	14.377,82	15.914,69
Itaocara	0,00	0,00	0,00	0,00	4,57	0,00	9.267,71	9.272,28
São Sebastião do Alto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7.112,92	7.112,92
Itatiaia	0,00	0,00	0,00	0,00	354,02	1.786,82	4.046,76	6.187,60
Aperibé	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.950,05	3.950,05
Trajano de Moraes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.065,34	2.065,34
Total	12.785.492,09	33.629.817,25	53.000.873,67	47.654.671,67	47.365.570,68	130.379.289,87	182.187.424,64	507.003.139,87

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, no portal do MS, em www.saude.gov.br. Acessado em 20/06/2013.

Estabelecimentos de oito localidades somaram 89,0% do total gasto pelo Ministério da Saúde no Programa ATFP no estado: Rio de Janeiro, (70,4%), São João de Meriti (5,3%), Duque de Caxias (3,9%), Volta Redonda (3,1%), São Gonçalo (2,2%), Niterói e Nova Iguaçu (ambos com 1,4%) e Teresópolis (1,1%). Mais uma vez chama atenção a supremacia dos estabelecimentos da capital, abarcando grande parcela dos gastos com essa vertente do Programa.

Volta Redonda e Rio de Janeiro possuem registros de pagamento aos estabelecimentos pelo MS desde 2006, enquanto São João de Meriti e Duque de Caxias somente após dois anos de funcionamento do ATFP, o que pode ser atribuído à expansão progressiva desta vertente do Programa no Estado.

Cabe lembrar, na interpretação da distribuição dos gastos pelas municipalidades que estes, como referido anteriormente, são capturados pelo local da matriz das empresas. Fatos como esse determinam que a representatividade dos diversos municípios dentro dos gastos do Programa como um todo e do Estado são, desse modo, irreais⁶⁴.

Especificamente com relação à capital, os R\$ 357.009.552,16 gastos pelo MS no Programa ATFP no período 2006-2012 foram destinados a 178 entidades credenciadas, dos quais 84,3% foram contabilizados exclusivamente à Empresa Jamyr Vasconcellos S.A., detentora da rede Drogarias Pacheco. Esta empresa encontra-se, atualmente, presente em 32 municípios do Estado do Rio de Janeiro, além de outros nos Estados de Minas Gerais, Espírito Santo, Distrito Federal e Goiás, o que significa dizer que o percentual acima apontado encontra-se “inchado”.

São João de Meriti é sede, desde 2008, da Casa Saba Brasil — CSB Drogarias S.A. que, nesse município respondeu por quase 90% dos pagamentos. Esse estabelecimento possui mais de 90 lojas físicas, distribuídas em mais de um município do Estado do RJ e também em SP, sendo detentora das marcas Drogasmil e Farmalife, que têm alto volume de vendas.

Em Duque de Caxias, outra rede que aparece com significância nos gastos totais do MS no ATFP, é a empresa “A Nossa Drogaria de Caxias Ltda.”, com 58,7% dos valores totais nessa municipalidade, mas que também apresenta outras unidades

⁶⁴ Como já apontado diversas vezes, há discrepâncias nos valores correspondentes a cada município nos dados disponibilizados pelas diferentes fontes de informação do MS. Valores mais fidedignos encontram-se presentes mais adiante, nas estimativas de gastos com o elenco de medicamentos, porque estes dispêndios se referem aquilo efetivamente pago dentro do município sob exame, permitindo avaliação sem o viés da matriz do estabelecimento.

na Baixada Fluminense (Nova Iguaçu, São João de Meriti e Nilópolis), além do município capital.

Por fim, Volta Redonda possui um estabelecimento credenciado no contexto estadual, a OFS RJ Ltda., que agrega 85,3% dos pagamentos no período examinado. Essa rede é mais concentrada na Região do Médio Paraíba que, depois da Metropolitana, é a mais industrializada do Estado do Rio de Janeiro, tendo outras unidades em Angra dos Reis, Belford Roxo, Niterói, São Gonçalo e Rio de Janeiro.

8.3.2 Gastos do Ministério da Saúde com o Programa ATFP segundo os Estabelecimentos Credenciados

No período 2006 a 2012, foram reportados 806 estabelecimentos com registros de recebimento de pagamentos do Ministério da Saúde por vendas realizadas no Programa ATFP. Desse total, apenas seis empresas apresentam valores maiores a 1%, com forte predomínio da empresa Jamyr Vasconcellos S.A. (59.3% do total do estado do RJ), que é superior ao segundo estabelecimento em quase oito vezes. O somatório dos gastos do MS para esse conjunto de entidades comerciais dentro do Estado do Rio de Janeiro, em valores corrigidos, foi de quase R\$ 387 milhões. (Tabela 24).

Tabela 24 — Principais estabelecimentos com recebimento de pagamentos do MS/Programa ATFP, entre 2006-2012 no Estado do Rio de Janeiro (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Estabelecimentos	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Jamyr Vasconcellos S.A	10.534,14	19.285,57	31.805,47	32.414,68	33.577,24	80.784,63	92.411,60	300.813,33
CSB drogarias S.A	2.129,98	9.113,67	7.210,86	4.455,03	3.592,19	7.126,76	7.446,39	41.074,88
OFS RJ Ltda	42,18	948,67	2.845,32	1.496,32	1.430,27	2.771,98	3.953,35	13.488,09
A Nossa Drogaria de Caxias Ltda	0,00	0,00	1.135,79	1.452,38	1.461,38	3.641,42	4.245,55	11.936,52
Venâncio Prod. Farmacêuticos Ltda.	0,00	68,36	345,21	689,84	1.020,72	2.646,13	4.956,09	9.726,34
Barenboim S.A.	0,01	2.059,34	4.233,07	2.517,48	763,12	12,37	0,00	9.585,38
Total	12.706,31	31.475,60	47.575,72	43.025,74	41.844,91	96.983,28	113.012,98	386.624,54

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégia, no portal do MS, em www.saude.gov.br. Acessado em 20/06/2013.

A Tabela 25 abaixo traz os gastos segundo estabelecimento no âmbito do município do Rio. Constata-se uma vez mais o predomínio da empresa Jamyr Vasconcellos S.A. já relatado, bem como o fato de que apenas mais três estabelecimentos obtiveram valores acima de 1%. Interessante destacar a empresa CSB Drogarias S.A. que, até 2008, os valores pagos pelo ATFP eram computados dentro da capital, havendo aparentemente depois desse ano alteração de localização da sua matriz para o município de São João de Meriti.

Tabela 25 — Gastos do MS/ATFP com pagamentos aos estabelecimentos sediados no município do Rio de Janeiro, entre 2006-2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Estabelecimento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	%
Jamyr Vasconcellos S.A.	10.534,14	19.285,57	31.805,47	32.414,68	33.577,24	80.784,63	92.411,60	300.813,33	84,3
CSB Drogarias SA	2.129,98	9.113,67	6.013,23	0,00	0,00	0,00	0,00	17.256,89	4,8
Venâncio Prod. Farm. Ltda.	0,00	68,36	345,21	689,84	1.020,72	2.646,13	4.956,09	9.726,34	2,7
Barenboim S.A.	0,01	2.059,34	4.233,07	2.517,48	763,12	12,37	0,00	9.585,38	2,7
Total	12.664,13	30.526,93	42.396,99	35.622,00	35.361,07	83.443,13	97.367,69	337.381,94	94,5

Legenda: Prod Farm — produtos farmacêuticos.

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégia, no portal do MS, em www.saude.gov.br. Acessado em 20/06/2013.

8.3.3 Gastos do Ministério da Saúde com o Programa ATFP segundo elenco de medicamentos

Analisando-se o comportamento dos gastos do MS no município do Rio de Janeiro de acordo com o rol de medicamentos⁶⁵ no ATFP, verificam-se valores totais de R\$ 261.097.500,56 corrigidos a dezembro de 2012, com elevação superior a

⁶⁵ Destaca-se mais uma vez a existência de transações comerciais de fraldas geriátricas nos anos 2010, 2011 e 2012 e, consequentemente pagamentos por parte do MS no Programa ATFP. A soma desses três anos foi, em valores corrigidos, de R\$ 899.623,65, que corresponde a 0,34% do total de pagamentos entre 2006-2012 no Município do Rio de Janeiro, e que se encontram excluídos da tabela em questão.

1.700% no período 2006 a 2012, refletindo semelhança ao grau de expansão como ocorrido em nível nacional (Tabela 26).

Tabela 26 — Pagamentos do MS/Programa ATFP exclusivamente com medicamentos no município do Rio de Janeiro (em R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Ano	Pagamentos ATFP
2006	4.465.200,96
2007	23.050.198,30
2008	31.417.943,34
2009	27.620.383,21
2010	27.034.280,13
2011	66.779.387,28
2012	80.730.107,34
Total	261.097.500,56

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, no portal do MS, em www.saude.gov.br. Acessado em 20/06/2013.

O Ministério da Saúde desembolsou R\$ 198.567.892,47 (76,0% do total) com apenas seis medicamentos (Tabela 27), chamando atenção o predomínio dos anti-hipertensivos. Aqueles com maior contribuição foram o maleato de enalapril 10 mg (31,4%), losartana potássica 50 mg (10,6%), insulina humana NPH 100UI/ml frasco de 10 ml (9,4%), atenolol 25 mg (9,0%), captopril 25 mg (8,9%) e a sinvastatina 20 mg (6,8%). Produtos incorporados em 2010 (losartana 50 mg e sinvastatina 20 mg) já apresentam papel de destaque nos gastos totais.

Não houve transações comerciais registradas com alguns medicamentos do rol do ATFP: dipropionato de beclometasona 200 mcg (cápsula inalante) em frasco, fosfato de oseltamivir 75 mg cápsulas, insulina humana NPH 100UI/ml frasco 5 ml e insulina humana regular 100UI/ml frasco 5 ml.

Tabela 27 — Gastos do MS/Programa AFTP exclusivamente com medicamentos no Município do Rio de Janeiro, entre 2006-2012
(em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Descrição do Medicamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Maleato de Enalapril 10 mg comp	1.670,44	8.790,05	12.734,18	11.699,17	10.425,95	18.104,70	18.441,45	81.865,94
Losartana Potássica 50 mg comp	ND	ND	ND	ND	203,49	10.468,90	17.126,41	27.798,80
Insulina Humana NPH 100UI/ml susp. inj. Fr 10 ml	635,76	3.353,99	4.179,65	3.818,87	3.363,12	4.579,33	4.654,28	24.585,00
Atenolol 25 mg comp	475,85	2.300,99	3.136,92	2.663,57	2.172,29	5.531,13	7.215,21	23.495,96
Captopril 25 mg comp	810,25	3.833,84	4.235,48	3.093,13	2.115,46	4.701,40	4.402,84	23.192,40
Sinvastatina 20 mg comp	ND	ND	ND	ND	2.093,20	7.112,34	8.424,25	17.629,80
Cloridrato de Metformina 850 mg comp	428,18	2.102,51	2.775,14	2.324,08	2.219,97	3.699,50	3.703,54	17.252,92
Cloridrato de Metformina 500 mg comp - ação prolongada*	0,81	189,78	787,66	972,89	970,21	3.010,12	4.283,95	10.215,41
Sinvastatina 40 mg comp	ND	ND	ND	ND	702,38	2.527,83	3.295,75	6.525,96
Cloridrato de Metformina 500 mg comp	168,14	843,29	1.012,31	845,7	662,16	1.264,37	1.269,53	6.065,49
Hidroclorotiazida 25 mg comp	101,51	468,46	660,21	500,92	382,4	1.354,88	1.694,21	5.162,58
Glibenclamida 5 mg comp	120,3	585,39	764,65	606,75	604,92	1.211,77	1.208,78	5.102,57
Insulina Humana NPH 100UI/ml susp. inj. carpule 3 ml	24,32	260,75	401,15	364,29	269,83	166,97	414,53	1.901,84
Alendronato de Sódio 70 mg comp	ND	ND	ND	ND	32,03	598,2	831,04	1.461,27
Cloridrato de Propranolol 40mg comp	29,66	195,38	260,06	182,98	111,6	211,04	225,95	1.216,68
Valer. de Estradiol 50 mg/ml + Enant. de Noretisterona 5 mg/ml ampola	ND	48,28	179,05	265,6	221,03	213,74	189,93	1.117,62
Insulina Humana Regular 100 U/ml susp. inj. Fr 10 ml	ND	ND	ND	ND	97,86	441,21	536,14	1.075,21
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg comp	ND	ND	ND	ND	12,61	279,11	771,16	1.062,88
Budesonida 50 mcg/dose tópica nasal Fr	ND	ND	ND	ND	11,72	383,44	558,11	953,27
Sinvastatina 10 mg comp	ND	ND	ND	ND	135,02	353,47	423,72	912,22

continua

Tabela 27 — Gastos do MS/Programa ATFP exclusivamente com medicamentos no Município do Rio de Janeiro, entre 2006-2012 (em mil R\$, corrigidos para 31 de dezembro de 2012) (conclusão)

Descrição do Medicamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	5,99	189,98	527,96	723,93
Etinilestradiol 0,15 mg + Levonorgestrel 0,03 mg cartela 21 comp	ND	38,92	165,68	144,45	102,6	69,19	46,96	567,79
Budesonida 32 mcg/dose tópica nasal Fr	ND	ND	ND	ND	7,1	196,69	253,84	457,63
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml ampola	ND	31,87	108,89	126,3	96,01	4,97	15,31	383,35
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg comp	ND	ND	ND	ND	4,12	51,25	89,74	145,1
Maleato de Timolol 5 mg/ml Fr	ND	ND	ND	ND	1,21	25,24	39,77	66,22
Noretisterona 0,35 mg comp cartela	ND	6,71	16,91	11,69	6,79	4,16	4,00	50,24
Insulina Humana Regular 100UI/ml susp. inj. carpule 3,0 ml	ND	ND	ND	ND	2,4	10,81	28,06	41,27
Brometo de Ipratrópio 0,25 mg mg/ml Fr	ND	ND	ND	ND	0,76	8,8	19,5	29,07
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	0,03	2,57	18,32	20,93
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	0,02	1,91	11,31	13,24
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	0,00	0,05	2,41	2,46
Sulfato de Salbutamol 5 mg/ml solução inalação Fr	ND	ND	ND	ND	0,01	0,22	1,5	1,73
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg mg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	0,00	0,03	0,51	0,55
Maleato de Timolol 2,5 mg/ml	ND	ND	ND	ND	0,01	0,05	0,11	0,17
Total	4.465,20	23.050,20	31.417,94	27.620,38	27.034,28	66.779,39	80.730,11	261.097,50

Legenda: comp — comprimido, Fr. — frasco, ND — ainda não disponibilizado no Programa neste ano, susp. inj. — suspensão injetável.

Nota: * — O MS por meio de resposta pelo sistema e-SIC informou registros de pagamento com esse medicamento, apesar do mesmo ter sido incorporado ao Programa ATFP em 2011, segundo as normas ministeriais que regem seu funcionamento.

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados via e-SIC, pelo MS. Acessado em 22/06/2013.

Em termos dos gastos do MS agrupados segundo a indicação de uso dos medicamentos (Tabela 28), sublinha-se a contribuição de três principais grupos: hipertensão (62,3%), diabetes (25,4%) e dislipidemia (9,6%) que, somados, responderam a mais de 97% dos valores pagos. Importante ter clareza, contudo, de que esse padrão de grupos de indicação reflete a proposta do Programa ATFP, que é garantir a ampliação de acesso aos medicamentos essenciais para o tratamento de doenças com maior prevalência na população.

Tabela 28 — Gastos do MS/Programa ATFP exclusivamente com medicamentos no Município do Rio de Janeiro, segundo indicação de uso, entre 2006-2012 (em mil R\$, corrigido para 31 de dezembro de 2012)

Indicação de Uso	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Hipertensão	3.087,70	15.588,71	21.026,85	18.139,77	15.411,19	40.372,05	49.106,08	162.732,36
Diabetes	1.377,50	7.335,71	9.920,56	8.932,58	8.190,47	14.384,08	16.098,80	66.239,71
Dislipidemia	ND	ND	ND	ND	2.930,60	9.993,65	12.143,73	25.067,98
Contraceptivo	ND	125,78	470,53	548,03	426,43	292,05	256,20	2.119,01
Osteoporose	ND	ND	ND	ND	32,03	598,20	831,04	1.461,27
Rinite	ND	ND	ND	ND	18,82	580,13	811,95	1.410,90
Doença de Parkinson	ND	ND	ND	ND	16,73	330,36	860,90	1.207,98
Asma	ND	ND	ND	ND	6,81	203,57	581,53	791,90
Glaucoma	ND	ND	ND	ND	1,21	25,30	39,88	66,39
Total	4.465,20	23.050,20	31.417,94	27.620,38	27.034,28	66.779,39	80.730,11	261.097,50

Legenda: ND — ainda não disponibilizado no Programa neste ano.

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados via e-SIC, pelo MS. Acessado em 22/06/2013.

O somatório de gastos totais com produtos para tratamento da asma não chegou a representar 1% do volume de gastos, o que decorre da sua entrada no ATFP apenas em 2010, com a isenção de copagamento no Saúde Não Tem Preço se iniciando em julho de 2012. A despeito disso, pode ser observado crescimento de 23 vezes no valor dos gastos no município do Rio de Janeiro (0,03%, 0,3% e 0,7% do total de gastos) entre 2010 e 2012.

No que concerne ao número de unidades farmacotécnicas comercializadas no Programa ATFP, foram distribuídas 881.108.781 unidades entre 2006-2012 no

município do Rio de Janeiro, com crescimento de mais de 3.000%. Descontado o primeiro ano do ATPF e confrontando 2012 a 2007, essa expansão cai para 366,6%. Outro aspecto refere-se à leve retração ocorrida entre 2009 e 2010, provavelmente em razão das exigências implementadas nessa fase no Programa. Juntos, os anos de 2011 e 2012 corresponderam a 58,9% do total de unidades (Tabela 29).

Os medicamentos mais representativos em termos percentuais do total de unidade farmacotécnicas pagas pelo MS são: maleato de enalapril 10 mg (23,1%), atenolol 25 mg (13,9%), metformina 850 mg (10,5%) losartana potássica 50 mg (9,7%), captopril 25 mg (9,3%) e metformina 500 mg ação prolongada (6,9%). Esses seis produtos equivalem a 73,3% e, comparando-se ao comportamento dos principais produtos em nível nacional, observa-se redução da contribuição da losartana 50 mg; entretanto, mantém-se o padrão de gastos dirigidos a medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos.

Tabela 29 — Quantidade de unidades farmacotécnicas de medicamentos pagas pelo MS/Programa ATFP no município do Rio de Janeiro, no período 2006-2012

Descrição do Medicamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Maleato de Enalapril 10 mg comp	2.532.840	17.652.540	29.605.440	30.556.951	29.525.430	45.671.550	47.570.070	203.114.821
Atenolol 25 mg comp	1.551.970	9.842.878	15.640.494	14.834.340	13.628.398	28.474.615	38.572.294	122.544.989
Cloridrato de Metformina 850 mg comp	1.276.590	8.217.870	12.398.940	11.795.868	12.962.592	22.419.240	23.224.290	92.295.390
Losartana Potássica 50 mg comp	ND	ND	ND	ND	563.272	30.966.655	53.707.457	85.237.384
Captopril 25 mg comp	1.644.107	10.878.792	14.933.335	12.448.032	9.743.614	16.885.746	15.813.178	82.346.804
Cloridrato de Metformina 500 mg comp - ação prolongada	3.840	948.930	4.177.800	5.844.930	6.407.160	16.269.000	27.097.440	60.749.100
Hidroclorotiazida 25 mg comp	540.930	3.818.140	6.438.280	6.043.980	5.408.530	16.656.060	21.249.150	60.155.070
Cloridrato de Metformina 500 mg comp	814.620	4.860.450	6.580.470	5.888.016	5.084.802	9.449.184	9.866.970	42.544.512
Glibenclamida 5 mg comp	565.230	3.488.210	5.201.630	4.712.910	5.076.210	9.669.960	10.100.730	38.814.880
Sinvastatina 20 mg comp	ND	ND	ND	ND	4.090.980	14.746.500	18.517.100	37.354.580
Cloridrato de Propranolol 40 mg comp	220.800	1.684.880	2.488.900	1.855.780	1.271.520	2.517.290	2.836.340	12.875.510
Insulina Humana NPH 100UI/ml susp. inj. Fr 10 ml	151.520	895.570	1.219.200	1.190.730	1.130.310	1.635.000	1.758.230	7.980.560
Budesonida 50 mcg/dose tópica nasal Fr	ND	ND	ND	ND	88.840	3.100.540	4.781.640	7.971.020
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	61.000	2.043.400	5.459.600	7.564.000
Sinvastatina 40 mg comp	ND	ND	ND	ND	709.930	2.724.850	3.755.050	7.189.830
Budesonida 32 mcg/dose tópica nasal Fr	ND	ND	ND	ND	78.000	2.298.360	3.143.400	5.519.760
Sinvastatina 10 mg comp	ND	ND	ND	ND	487.740	1.296.120	1.659.300	3.443.160
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg comp	ND	ND	ND	ND	10.920	252.480	747.930	1.011.330
Insulina Humana NPH 100UI/ml susp. inj. carpule 3 ml	5.748	64.995	105.531	110.658	91.023	60.267	156.888	595.110
Alendronato de Sódio 70 mg comp	ND	ND	ND	ND	8.496	168.774	267.260	444.530

continua

Tabela 29 — Quantidade de unidades farmacotécnicas de medicamentos pagas pelo MS/Programa ATFP no município do Rio de Janeiro, no período 2006-2012 (conclusão)

Descrição do Medicamento	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Insulina Humana Regular 100 U/ml susp. inj. Fr 10 ml	ND	ND	ND	ND	32.930	157.540	202.550	393.020
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg comp	ND	ND	ND	ND	6.360	84.390	159.240	249.990
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	200	18.200	123.400	141.800
Etinilestradiol 0,15 mg + Levonorgestrel 0,03 mg cart. 21 comp	ND	8.037	35.083	31.728	23.731	16.981	12.188	127.748
Brometo de Ipratrópio 0,25 mg mg/ml Fr	ND	ND	ND	ND	2.820	34.580	74.400	111.800
Val. Estradiol 50 mg/ml + Enant. Noretisterona 5 mg/ml amp	ND	3.613	14.238	22.000	19.374	19.907	18.801	97.933
Maleato de Timolol 5 mg/ml Fr	ND	ND	ND	ND	1.470	33.850	59.245	94.565
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	60	8.040	45.960	54.060
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml ampola	ND	2.193	7.947	9.582	7.692	423	1.377	29.214
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	ND	600	18.600	19.200
Insulina Humana Regular 100UI/ml susp. inj. carpule 3,0 ml	ND	ND	ND	ND	831	3.933	10.617	15.381
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg mg/dose Fr	ND	ND	ND	ND	ND	800	8.800	9.600
Noretisterona 0,35 mg comp cartela	ND	1.145	3.069	2.199	1.355	883	899	9.550
Sulfato de Salbutamol 5 mg/ml solução inalação Fr	ND	ND	ND	ND	20	270	1.820	2.110
Maleato de Timolol 2,5 mg/ml	ND	ND	ND	ND	20	135	315	470
Total	9.308.195	62.368.243	98.850.357	95.347.704	96.525.630	227.686.123	291.022.529	881.108.781

Legenda: amp — ampola, cart. — cartela, comp — comprimido, caps. — cápsula, ND — ainda não disponibilizado no Programa neste ano, Fr — frasco, Insulina Humana Reg. — Insulina Humana Regular, susp. inj. — suspensão injetável, Val. Estradiol 50mg/ml + Enant. Noretisterona 5mg/ml. — Valerato de Estradiol 50mg/ml + Enantato de Noretisterona 5mg/ml

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados via e-SIC, pelo MS. Acessado em 22/06/2013.

Um debate valioso no contexto do Programa ATFP é sua relação com o financiamento de medicamentos preconizado no Bloco de Financiamento da AF, principalmente seu Componente Básico (CBAF). Dessa forma, foi pesquisado o histórico de repasses do CBAF ao município do Rio de Janeiro, cujo acumulado, no mesmo período 2006 a 2012, foi de R\$ 215.548.051,42 em valores corrigidos pelo IPCA a dezembro 2012.

Interessante ressaltar que tais recursos de transferência evoluíram de forma tímida (25,0%) quando confrontados com a expansão dos gastos do MS relativo ao ATFP, que é francamente progressiva. Além disso, no total do período estudado, destinou-se ao Programa ATFP um valor 21% superior ao repasse federal do CBAF, no contexto do Rio de Janeiro (Tabela 30).

Tabela 30 — Gastos do MS/Programa ATFP e repasses do MS ao CBAF no Município do Rio de Janeiro 2006 a 2012 (em mil R\$, em valores correntes e corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Ano	Pagamento corrente ATFP	Pagamento corrigido ATFP	Repasse corrente CBAF	Repasse corrigido CBAF
2006	3.241,32	4.465,20	18.329,19	25.250,06
2007	17.478,16	23.050,20	24.445,60	32.238,86
2008	25.229,35	31.417,94	22.901,30	28.518,84
2009	23.136,13	27.620,38	24.983,24	29.825,49
2010	23.983,22	27.034,28	28.375,45	31.985,28
2011	63.095,50	66.779,39	34.181,57	36.177,30
2012	80.730,11	80.730,11	31.552,22	31.552,22
Total	236.893,78	261.097,50	184.768,58	215.548,05

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados via e-SIC, pelo MS e no FNS. Acessado em 22/06/2013.

Identifica-se que os repasses no CBAF superavam os pagamentos no ATFP entre 2006-2008, com diminuição da diferença entre os dois, ainda levemente favorável às transferências ministeriais (que variaram de 7-15%), no intervalo 2009-2010. A partir de 2011, os pagamentos no ATFP quase dobraram (85%) e, no ano seguinte, cresceram 155,9% frente ao CBAF. A expansão dos pagamentos em 2011 e 2012 pode ser atribuída à vigência da ação Saúde Não Tem Preço.

É comum, no contexto do financiamento de medicamentos básicos no SUS, a utilização de metodologia de alocação de recursos com base no quantitativo populacional dos mínimos financeiros entre os entes. Assim, a adoção desse mecanismo permite verificar em que proporção os recursos gastos pelo MS no ATFP por habitante dentro do município do Rio têm sido aplicados.

Ao se realizar a divisão dos gastos do MS com medicamentos pela população estimada nesta municipalidade, são verificadas flutuações nos valores *per capita* (Tabela 31). Contudo, nos dois últimos anos do período sob exame, esses são já consideravelmente elevados quando comparados aos mínimos previstos nas normas ministeriais que regulamentam o CBAF. O valor por habitante pagos no ATFP nos anos de 2011 (R\$ 9,93) e 2012 (R\$ 12,63) são superiores aos mínimos da contrapartida federal previstos nas normas do MS (R\$ 5,10 por habitante). São maiores, inclusive, aqueles que estariam presentes se acrescidas as contrapartidas mínimas de estados e municípios, o que representaria um total *per capita* de R\$ 9,82, a partir de 2013 e que ainda vale até o momento atual.

Tabela 31 — Pagamentos por habitante do MS/Programa ATFP no Município do Rio de Janeiro, no período 2006-2012 (em R\$ e valores correntes)

Ano	Estimativa da População	Pagamento corrente por habitante/ano do ATFP	Valores mínimos do MS por habitante/ano no CBAF
2006	6.136.652	0,53	3,65
2007	6.093.472	2,87	3,65
2008	6.161.047	4,09	4,10
2009	6.186.710	3,74	4,10
2010	6.323.037	3,79	5,10
2011	6.355.949	9,93	5,10
2012	6.390.290	12,63	5,10

Fonte: Elaboração própria a partir de dados disponibilizados via e-SIC, pelo MS e no FNS. Acessado em 22/06/2013.

Esse aspecto de grande diferença nos valores de financiamento pelas duas modalidades de provisão reforça a preocupação já apresentada, subjacente à possível concorrência entre a provisão pública de medicamentos nas farmácias do SUS e o ATFP em sua parceria com o setor privado. A esse respeito, vale lembrar a observação presente no relatório do TCU, cujas conclusões apontam que:

Questão relevante para a boa elaboração do desenho de um programa como o Farmácia Popular é compreender o ambiente em que ele está inserido. Destaca-se o fato de que o governo federal possui outros programas com finalidade similar. Coordenar esses programas para que os mesmos sejam complementares, e não concorrenciais, é tarefa fundamental para o êxito da estratégia global do governo no setor de assistência farmacêutica (BRASIL/TCU, 2011, p. 55).

A seguir, com objetivo de trazer mais informações consoantes ao terceiro objetivo específico dessa tese, são apresentadas as estimativas de gastos da SMS do Rio de Janeiro com a aquisição dos medicamentos comuns ao elenco ofertado pela modalidade “Aqui tem Farmácia Popular” no mesmo período 2006-2012.

9 GASTOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO COM A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO ELENCO COMUM COM O PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR

Ao longo dos últimos anos, ocorreram inúmeras mudanças no financiamento da AF, trazendo maior descentralização aos municípios na aquisição de medicamentos relacionados à atenção básica, em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos, conforme já relatado.

O município do Rio de Janeiro, *lócus* da comparação de custos efetuada nesta tese, possui uma complexa rede de serviços de saúde sob sua alçada, um histórico de organização na área de compras de medicamentos e, ainda, uma área de AF relativamente estruturada. Aspectos esses que assinalam a relevância do estudo dos gastos com aquisições de medicamentos no município do Rio de Janeiro.

O valor total de recursos financeiros gastos pela SMS-Rio com a compra de medicamentos no período 2006 a 2012 foi de aproximadamente R\$ 410 milhões, com média anual de R\$ 57,4 milhões, em valores corrigidos pelo IPCA a 31 de dezembro de 2012. No período, identifica-se um crescimento real nos gastos totais de 6,0% (Tabela 32).

Tabela 32 — Gastos com aquisição de medicamentos da SMS-Rio no período 2006-2012 (em R\$ valores correntes e corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Ano	Gasto corrente	Gasto corrigido
2006	49.716.344,38	68.488.610,92
2007	45.285.951,15	59.723.104,82
2008	41.864.900,10	52.134.091,53
2009	36.259.582,21	43.287.422,92
2010	47.142.304,61	53.139.584,49
2011	56.154.478,35	59.433.110,76
2012	72.577.777,53	72.577.777,53
Total	349.001.338,34	408.783.702,97

Fonte: Elaboração própria.

São percebidas também grandes variações nos gastos anuais entre os anos examinados. Entre 2006 a 2009, houve queda gradativa, retomando tendência de

crescimento a partir de 2010. O ano 2012 representou o de maior dispêndio (17,8% do total). Em 2009, os gastos atingiram seu menor valor. Esse ano foi momento subjacente à troca de governo, o que pode ter agregado dificuldades de execução orçamentária; além disso, houve alteração nos procedimentos licitatórios da SMS, que passaram de pregões presenciais a eletrônicos, com ocorrência de inúmeros itens fracassados nas licitações. Esses fatos podem ter fragilizado as compras e o abastecimento.

Segundo o *lôcus* principal de uso de medicamentos, verificou-se que produtos de uso predominantemente ambulatorial e na atenção primária (AP) corresponderam, em média, a 60% dos gastos corrigidos do período examinado, variando entre 46,5% (2002) e 73,7% (2012) do total. Embora com oscilações, há uma propensão de crescimento dos gastos de medicamentos com uso neste *lôcus* de atenção.

Em contrapartida, há uma tendência inversa, de queda, em relação aos medicamentos de uso predominantemente hospitalar (H), que apresentou no total 33,1% dos gastos. Exceto por 2011, em todos os demais anos, medicamentos de uso misto — na atenção primária e no ambiente hospitalar (H/AP) — corresponderam sempre a menos de 10% do total de gastos da SMS-Rio com aquisição de fármacos (Tabela 33).

Tabela 33 — Gastos da SMS-Rio com aquisição de medicamentos segundo o ambiente principal de uso, no período 2006-2012 (em R\$ corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Ano	Gasto AP	Gasto H/AP	Gasto H
2006	34.989.688,50	3.536.856,47	29.962.065,95
2007	37.323.163,61	3.578.804,95	18.821.136,26
2008	24.248.402,91	3.988.564,16	23.897.124,45
2009	26.606.691,18	3.062.198,93	13.618.532,82
2010	35.955.996,98	3.614.086,94	13.569.500,57
2011	33.693.676,91	7.019.710,87	18.719.722,98
2012	53.482.857,59	2.181.645,93	16.913.274,01
Total	246.300.477,68	26.981.868,25	135.501.357,04

Legenda: AP — atenção primária, AP/H — atenção primária e hospitalar, H — hospitalar.

Fonte: Elaboração própria.

Dos 41 itens contidos no rol de medicamentos do Programa ATFP, 26 deles são itens comuns adquiridos no contexto da AF na atenção básica da SMS-Rio.

Entretanto, todos os fármacos são coincidentes, onde os 15 restantes correspondem a medicamentos que são comprados em outras apresentações. Por exemplo, a SMS-RJ adquire beclometasona na apresentação de 250 ao invés daquela de 200 microgramas presente no rol e timolol de 0,5%, ao invés de 0,25%. Não há, contudo, qualquer fármaco do rol do ATFP que não seja adquirido pela SMS em outra modalidade de apresentação.

Os gastos estimados da SMS-Rio com o elenco comum de 26 medicamentos corresponderam a aproximadamente R\$ 63,4 milhões e são oscilantes ao longo do período 2006 a 2012. O ano de 2012 apresentou a maior proporção dos gastos (25,4%), seguido de 2007 (17,3%). Houve expansão considerável, de mais de 100%, entre 2011 e 2012 (Tabela 34). Para a adequada apreciação desses números, é importante ressaltar que, na estimativa de gastos da SMS-Rio, foram contempladas as duas apresentações do medicamento atenolol, de 50 e 100 mg.

Tabela 34 — Gastos da SMS-Rio com aquisição de medicamentos do elenco comum e do total de medicamentos da APS comparadas ao volume de recursos pagos pelo MS/Programa ATFP (em R\$ corrigidos para 31 de dezembro de 2012)

Ano	Gastos da SMS-Rio com elenco comum	Gastos da SMS-Rio com medicamentos da APS	Gastos do MS/ATFP com elenco comum no Rio*
2006	9.454.329,93	34.989.688,50	4.440.073,90
2007	10.987.052,87	37.323.163,61	22.599.672,92
2008	5.347.198,25	24.248.402,91	30.229.132,02
2009	5.863.198,89	26.606.691,18	26.283.203,12
2010	8.182.325,27	35.955.996,98	24.856.551,33
2011	7.492.188,44	33.693.676,91	60.266.785,74
2012	16.086.702,77	53.482.857,59	71.735.020,01
Total	63.412.996,42	246.300.477,68	240.410.439,04

Nota: * — Estimativas refeitas para incluir apenas os pagamentos com o elenco comum de 26 medicamentos

Fonte: Elaboração própria.

Ao se confrontar os gastos da SMS-Rio relativos ao elenco comum da ATFP, verifica-se que estes correspondem a 26,4% dos dispêndios do MS na vertente privada do Programa no Rio.

Interessante destacar novamente que os recursos do CBAF, segundo os preceitos das portarias ministeriais, devem ser aplicados à aquisição de mais de 230

medicamentos da APS. Dentre os produtos comuns ao rol do ATFP existem anti-hipertensivos, antidiabéticos, antiasmáticos, contraceptivos, antiglaucomatosos, hipolipemiantes e outros medicamentos utilizados para tratamento para doença de Parkinson, osteoporose e rinite. O elenco do CBAF contempla, contudo, outras classes de medicamentos, como antibióticos, antiparasitários, antifúngicos, antiepiléticos, antidepressivos, antipsicóticos, fitoterápicos, anti-histamínicos, antieméticos, dentre outros. Nesse sentido, cabe observar que os gastos com o rol comum correspondem a pouco mais de $\frac{1}{4}$ (25,5%) do total de recursos despendidos com o conjunto completo de medicamentos da APS.

Com relação aos gastos da SMS-Rio relacionado ao rol compartilhado de medicamentos, seis produtos corresponderam a 66,4% do total, sendo eles: maleato de enalapril 10 mg, principal item de gasto (23,1%), seguido da metformina 850 mg (14,9%), atenolol 50 mg (8,5%), captopril 25 mg e hidroclorotiazida 25 mg (ambos com 6,9%) e a beclometasona 250 mcg/dose (6,2%), conforme apresentado na Tabela 35 na página subsequente.

Outros produtos possuem baixa participação nos gastos totais da SMS-Rio, tais como os contraceptivos — levonorgestrel 150 mcg + etinilestradiol 30 mcg comprimidos, medroxiprogesterona 150 mg/ml injetável e noretisterona 50 mg/ml + estradiol 5 mg/ml injetável — que são medicamentos adquiridos e repassados diretamente pelo MS, com compra pela administração municipal apenas quando ocorrem falhas no abastecimento ministerial. Insulinas humanas NPH e regular, ambas na concentração de 100UI/ml em frascos de 10ml, seguem a mesma característica de repasse dos anticoncepcionais hormonais, comprados somente pela SMS-Rio em circunstâncias de deficiências de repasse.

Além disso, a partir da portaria MS nº 2981 de 2010, o financiamento de alguns medicamentos foi transferido do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica para o Básico (CBAF), responsabilizando os municípios pela sua aquisição e fornecimento. Em termos do elenco comum, esses correspondem ao alendronato 70 mg, levodopa 100 mg + benserazida 25 mg e sinvastatina 20 mg, todos na forma farmacêutica comprimidos ou cápsula.

Tabela 35 — Gastos da SMS-Rio com aquisição do elenco comum do MS/Programa ATEP, no período 2006-2012 (em R\$, valores corrigidos a 31 de dezembro de 2012)

Descrição dos medicamentos	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Maleato de Enalapril 10 mg comp	3.278.944,65	2.365.612,96	1.331.673,37	1.587.667,50	2.219.489,33	1.350.560,58	2.493.391,95	14.627.340,34
Metformina 850 mg comp	2.030.488,79	1.600.967,19	791.381,08	1.014.806,89	748.601,88	941.910,57	2.337.600,00	9.465.756,40
Atenolol 50 mg comp	1.243.970,98	1.069.738,19	441.393,36	478.841,30	621.072,96	549.847,07	962.657,91	5.367.521,77
Hidroclorotiazida 25 mg comp	866.050,23	1.436.174,86	58.683,21	405.683,99	609.721,70	395.028,16	592.847,20	4.364.189,36
Captopril 25 mg comp	82.308,51	866.228,55	626.073,49	500.753,39	962.751,40	689.272,08	627.206,36	4.354.593,77
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose, aerossol bucal	NA	729.921,42	368.599,93	574.349,83	620.372,63	691.258,32	972.000,00	3.956.502,12
Insulina Humana NPH 100UI/ml Fr 10 ml	47.884,72	344.960,93	146.347,30	0,00	630.339,48	NA	1.730.800,00	2.900.332,42
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose, uso nasal	NA	378.231,79	426.887,26	466.266,43	411.672,27	198.923,64	567.755,00	2.449.736,39
Glibenclamida 5 mg comp	429.517,94	590.198,55	216.428,39	239.126,97	420.991,02	224.112,48	214.417,80	2.334.793,15
Budesonida 50 mcg/dose suspensão aquosa nasal	77.849,42	227.832,17	140.146,19	0,00	39.941,79	242.582,06	919.680,00	1.648.031,62
Losartana Potássica 50 mg comp	NA	NA	NA	NA	NA	768.384,70	762.029,01	1.530.413,71
Sinvastatina 20 mg comp	216.479,84	49.308,78	33.628,06	25.761,63	262.672,06	247.027,28	663.420,00	1.498.297,65
Insulina Humana Regular 100UI/ml Fr 10 ml	189.335,85	358.055,68	317.550,81	53,01	105.056,58	NA	389.300,00	1.359.351,93
Atenolol 100 mg comp	441.584,53	416.898,37	24.208,51	112.820,31	110.146,41	52.329,08	116.163,18	1.274.150,39
Metformina 500 mg comp	NA	NA	39.849,00	71.331,24	91.608,89	128.629,80	797.836,36	1.129.255,28

continua

Tabela 35 — Gastos da SMS-Rio com aquisição do elenco comum do MS/Programa ATEP, no período 2006-2012 (em R\$, valores corrigidos a 31 de dezembro de 2012 (conclusão))

Descrição dos medicamentos	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose, aerossol bucal	44.779,09	NA	NA	NA	49.969,51	238.158,01	703.000,00	1.035.906,60
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose, aerossol Fr. 200 doses	213.674,07	257.769,98	52.718,92	130.054,30	33.511,67	47.025,99	192.340,00	927.094,93
Carbidopa 25mg + Levodopa 250 mg comp	161.435,70	134.484,22	100.704,40	84.560,67	49.078,85	39.576,44	140.144,60	709.984,88
Medroxiprogesterona 150 mg/ml sol. inj.	NA	NA	NA	NA	121.809,94	282.261,95	NA	404.071,89
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg/dose Fr	NA	NA	NA	NA	NA	36.137,53	318.160,00	354.297,53
Propranolol 40 mg comp	34.788,66	25.224,42	94.741,94	38.750,69	28.660,16	37.558,73	58.771,95	318.496,54
Levodopa 100 mg + Benserazida 25 mg comp	NA	NA	NA	NA	NA	100.017,47	200.851,00	300.868,47
Noretisterona 0,35 mg comprimido	13.827,93	67.712,85	91.233,23	62.089,20	NA	NA	49.499,45	284.362,67
Timolol 5 mg/ml sol. oftálmica Fr 5ml	56.884,72	36.243,68	43.671,00	34.837,51	25.976,41	8.952,89	17.557,00	224.123,21
Ipratrópio, Brometo 0,25 mg/ml (0,25%) solução Fr 20ml	NA	NA	NA	34.752,11	10.595,84	104.263,72	44.384,00	193.995,66
Noretisterona 50 mg/ml + Estradiol 5 mg/ml sol. inj.	NA	NA	NA	NA	NA	32.704,13	134.870,00	167.574,13
Alendronato de Sódio 70 mg comp	NA	NA	NA	NA	NA	85.665,76	67.450,00	153.115,76
Levonorgestrel 150 mcg + Etinilestradiol 30 mcg cart. 21 comp	24.524,31	31.488,27	1.278,79	691,94	8.284,51	NA	12.570,00	78.837,82
Total	9.454.329,93	10.987.052,87	5.347.198,25	5.863.198,89	8.182.325,27	7.492.188,44	16.086.702,77	63.412.996,42

Legenda: cart — cartela, comp — comprimido, Fr — frasco, inj. — injetável, NA — não adquirido neste ano, sol. — solução.

Fonte: Elaboração própria.

Uma apreciação dos cinco medicamentos com maior peso proporcional nos gastos em cada ano examinado demonstra variação, em relação à participação do total dos dispêndios, de 52,8 % (2012) a 83,3% (2006), como pode ser identificado na Tabela 36, na página subsequente.

Em todos os anos, é identificada a supremacia nos gastos do medicamento maleato de enalapril em comprimidos de 10mg que, desde o início do período examinado, sustentou posição como maior item de gasto (variando de 15,5 a 34,7%).

Observa-se também que anti-hipertensivos e antidiabetogênicos correspondem a uma boa parte dos cinco principais medicamentos em todos os anos, guardando correspondência com o padrão de gastos do MS no ATFP.

Entretanto, identifica-se participação significativa do dipropionato de beclometasona 250 mcg/dose na apresentação aerossol oral nos gastos municipais, em posição de destaque desde 2007. Essa situação não é identificada nos gastos totais do MS no ATFP no intervalo sob exame, seja em nível nacional ou dentro do município do Rio de Janeiro, a despeito da relevância da asma.

Essa doença afeta centenas de milhões de pessoas de todas as idades e o Brasil ocupa a oitava posição mundial em prevalência de asma. Estudos apontam estimativas para crianças e adolescentes escolares variando de menos do que 10% a mais do que 20%. No ano de 2007, foi responsável por aproximadamente 273 mil internações no SUS, resultando em custo estimado de R\$ 98,6 milhões e promovendo 2.500 óbitos, de acordo com o DATASUS (BRASIL/MS, 2010).

Destaca-se também que a SMS-Rio conta, há mais de oito anos, com o Plano Municipal de Atenção ao Paciente com Asma e Rinite, comumente denominado de Respira-Rio, cujo objetivo é atendimento aos pacientes com asma e asma com rinite associada, mediante protocolo padronizado para a dispensação de medicamentos, no intuito de reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida (SMS, 2012).

Tabela 36 — Principais itens de gastos da SMS-Rio com medicamentos do rol comum do MS/Programa ATEP, entre 2006-2012 (em R\$, valores corrigidos a 31 de dezembro de 2012)

Ano	Descrição do Medicamento	Gasto anual	% Gasto anual
2006	Maleato de Enalapril 10 mg comprimido	3.278.944,65	34,7
	Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido	2.030.488,79	21,5
	Atenolol 50 mg comprimido	1.243.970,98	13,2
	Hidroclorotiazida 25 mg comprimido	866.050,23	9,2
	Atenolol 100 mg comprimido	441.584,53	4,7
	Total	7.861.039,18	83,3
2007	Maleato de Enalapril 10 mg comprimido	2.365.612,96	21,5
	Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido	1.600.967,19	14,6
	Hidroclorotiazida 25 mg comprimido	1.436.174,86	13,1
	Atenolol 50 mg comprimido	1.069.738,19	9,7
	Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose	729.921,42	6,6
	Total	7.202.414,62	65,5
2008	Maleato de Enalapril 10 mg comprimido	1.331.673,37	24,9
	Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido	791.381,08	14,8
	Captopril 25 mg comprimido	626.073,49	11,7
	Atenolol 50 mg comprimido	441.393,36	8,3
	Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose	368.599,93	6,9
	Total	3.559.121,23	66,6
2009	Maleato de Enalapril 10 mg comprimido	1.587.667,50	27,1
	Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido	1.014.806,89	17,3
	Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose	574.349,83	9,8
	Captopril 25 mg comprimido	500.753,39	8,5
	Atenolol 50 mg comprimido	478.841,30	8,2
	Total	4.156.418,91	70,9
2010	Maleato de Enalapril 10 mg comprimido	2.219.489,33	27,1
	Captopril 25 mg comprimido	962.751,40	11,8
	Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido	748.601,88	9,1
	Atenolol 50 mg comprimido	621.072,96	7,6
	Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose	620.372,63	7,6
	Total	5.172.288,20	63,2
2011	Maleato de Enalapril 10 mg comprimido	1.350.560,58	18,0
	Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido	941.910,57	12,6
	Losartana Potássica 50 mg comprimido	768.384,70	10,3
	Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose	691.258,32	9,2
	Captopril 25 mg comprimido	689.272,08	9,2
	Total	4.441.386,25	59,3
2012	Maleato de Enalapril 10 mg comprimido	2.493.391,95	15,5
	Cloridrato de Metformina 850 mg comprimido	2.337.600,00	14,5
	Insulina Humana NPH 100UI/ml Frasco 10 ml	1.730.800,00	10,8
	Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose	972.000,00	6,0
	Atenolol 50 mg comprimido	962.657,91	6,0
	Total	8.496.449,86	52,8

Fonte: Elaboração própria.

Por fim, com relação ao número de unidades farmacotécnicas (UF) do rol comum de medicamentos adquiridas pela SMS-Rio, houve aquisição de mais de 2.200 milhões no período 2006 a 2012 (Tabela 37, na página seguinte). Foi identificada expansão de 41,3% no quantitativo de unidades adquiridas, predominando os anos 2007 e 2010 (ambos com 18% do total).

Observa-se também concentração em um conjunto restrito de medicamentos: maleato de enalapril 10 mg (28,2%), captopril 25 mg (16,2%), hidroclorotiazida 25 mg (14,3%), atenolol 25 mg (13,2%) e metformina 850 mg (10,8%). Somados, estes fármacos representam 82,6% do total de unidades farmacotécnicas, mais uma vez com marcante participação dos medicamentos voltados ao tratamento da hipertensão e diabetes.

Tabela 37 — Número de unidades farmacotécnicas de medicamentos adquiridos pela SMS do rol comum com o Programa ATFP, no período 2006 a 2012

Descrição dos Medicamentos	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Alendronato de Sódio 70 mg comp	NA	NA	NA	NA	NA	300.000	250.000	550.000
Atenolol 100 mg comp	8.685.041	11.867.680	1.080.000	5.080.200	4.899.600	2.145.600	5.941.800	39.699.921
Atenolol 50 mg comp	40.254.255	47.487.356	32.859.880	39.060.000	47.512.824	44.862.900	41.757.900	293.795.115
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose, aerossol bucal Fr. 200 doses + espaçador	NA	22.600	18.360	34.636	26.440	31.250	38.000	171.286
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose, aerossol bucal Fr. 200 doses	NA	NA	NA	NA	NA	NA	25.000	25.000
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose, uso nasal	1.936	12.000	15.795	24.933	19.222	25.300	31.000	130.186
Budesonida 50 mcg/dose suspensão aquosa nasal	4.137	8.690	5.661		2.531	15.000	56.000	92.019
Captopril 25 mg comp	4.856.400	62.790.340	50.646.352	42.134.700	79.806.750	62.260.750	57.179.290	359.674.582
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg comp	602.990	757.190	722.400	745.600	463.190	234.000	877.000	4.402.370
Maleato de Enalapril 10 mg comp	114.702.551	115.627.500	70.650.000	79.950.000	110.000.000	75.417.000	60.910.000	627.257.051
Glibenclamida 5 mg comp	24.165.000	43.900.530	18.019.500	23.220.000	46.684.800	30.249.900	27.774.000	214.013.730
Hidroclorotiazida 25 mg comp	33.061.160	77.547.500	3.960.000	35.200.000	68.070.400	39.706.000	60.388.000	317.933.060
Insulina Humana NPH 100UI/ml Fr 10 ml	1.424	13.497	6.064	NA	60.000	NA	185.000	265.985
Insulina Humana Regular 100UI/ml Fr 10 ml	5.649	13.657	12.827	NA	10.000	NA	40.000	82.133
Ipratrópio, Brometo 0,25 mg/ml (0,25%) solução Fr. 20ml	NA	NA	NA	51.250	20.000	209.600	72.000	352.850
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg/dose Fr.	NA	NA	NA	NA	NA	2.200	20.500	22.700
Levodopa 100 mg + Benserazida 25 mg comp	NA	NA	NA	NA	NA	90.000	192.020	282.020

continua

Tabela 37 — Número de unidades farmacotécnicas de medicamentos adquiridos pela SMS do rol comum com o Programa ATFP, no período 2006 a 2012 (conclusão)

Descrição dos Medicamentos	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Levonorgestrel 150 mcg + Etinilestradiol 30mcg cartela 21 comp	26.148	182.562	10.269	1.008	61.384	NA	30.000	311.371
Losartana Potássica 50 mg comp	NA	NA	NA	NA	NA	21.999.900	21.000.900	43.000.800
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml sol. inj.	NA	NA	NA	NA	11.156	26.200	NA	37.356
Metformina 500 mg comp	NA	NA	999.990	1.867.200	1.806.000	2.807.700	15.688.400	23.169.290
Metformina 850 mg comp	30.379.325	38.355.945	25.394.000	36.000.000	29.648.010	25.500.000	54.000.000	239.277.280
Noretisterona 0,35 mg comp	88.830	313.075	609.210	796.460	NA	NA	449.995	2.257.570
Noretisterona 50 mg/ml + Estradiol 5 mg/ml sol. inj.	NA	NA	NA	NA	NA	6.000	27.000	33.000
Propranolol 40 mg comp	1.161.400	1.546.200	8.100.000	3.678.000	3.178.200	4.159.600	5.743.500	27.566.900
Sulfato de Salbutamol 100mcg/dose, aerossol Fr. 200 doses	15.455	25.160	14.700	36.960	12.820	14.910	58.000	178.005
Sinvastatina 20 mg comp	1.300.680	584.690	701.610	620.940	7.822.800	6.000.000	13.800.000	30.830.720
Timolol 5 mg/ml sol. oftálmica Fr 5ml	23.478	21.373	26.508	18.600	23.500	8.700	18.100	140.259
Total Geral	259.335.859	401.077.545	213.853.126	268.520.490	400.139.627	316.072.510	366.553.405	2.225.552.559

Legenda: comp — comprimido, Fr. — frasco, NA — não adquirido, sol inj — solução injetável.

Fonte: Elaboração própria.

Como pode ser observado na Tabela precedente, o volume total de unidades farmacotécnicas adquiridas dos 26 medicamentos comuns do rol pela SMS-Rio foi 169,0% superior ao quantitativo comprado no município do Rio de Janeiro pelo MS/Programa do ATFP (igual a 827.195.828). Apesar da maior quantidade, os gastos da SMS-Rio representaram apenas 26,4% do total de gastos do MS/Programa ATFP com o mesmo elenco. Mesmo considerando que a mera comparação entre esses valores é espúria, necessitando da adição a esses valores de aquisição de outros relativos às demais etapas do ciclo até a dispensação (objeto da comparação proposta nesta tese e apresentada no capítulo a seguir), alguns aspectos já podem ser discutidos como reflexão e problematização.

Parte desse descompasso pode decorrer de diferenças entre os preços de aquisição por licitação da SMS-Rio com os valores de referência (VR) praticados no Programa ATFP, aspecto muito propagado tanto por órgãos governamentais (vide TCU e Câmara dos Deputados) como pela mídia. Uma reportagem publicada no Portal de Notícias R7 na internet também tratou de questão semelhante ao que o TCU vinha expondo. A notícia em questão destacou que:

[...] o MS chega a desembolsar até 163 vezes a mais do que municípios pagam em um medicamento do programa Aqui Tem Farmácia Popular. O remédio (*no original*) em questão, um anticoncepcional, é distribuído gratuitamente nos postos de saúde de todo o Brasil. Um levantamento realizado com dados públicos aponta que o Ministério pagou um valor maior por 17 de 21 itens analisados. A diferença entre o que o governo federal pagou neste ano e o menor preço encontrado no mercado chega a R\$ 504,5 milhões. (Portal de Notícias R7)⁶⁶.

Como ilustração, foi construída a Tabela 38, disposta na página a seguir, comparando o VR dos medicamentos do rol comum presentes no Programa ATFP em 2012 com o custo unitário de aquisição pela SMS-Rio no mesmo ano. Para 24 medicamentos, o custo unitário de aquisição da SMS foi menor, observando-se uma diferença média de 668%, com variações nos itens entre -10% (noretisterona 0,35 mg) e 2.645% (captopril 25 mg).

⁶⁶ Notícia veiculada na internet pelo Portal R7. Acessado em 20/08/2012, disponível em <http://noticias.r7.com/brasil/noticias/ministerio-paga-ate-163-vezes-a-mais-que-municipio-por-remedio-distribuido-de-graca-20120820.html>.

Tabela 38 — Comparativo entre o VR do rol comum de medicamentos do MS/Programa ATEP e seu custo de aquisição pela SMS-Rio, ano base 2012

Medicamento do rol comum	VR	Máx. pago MS	Preço SMS	Dif. % VR e Preço SMS ^c	Dif. % Preços Máx pago MS e SMS ^d
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml amp ^a	12,3600	11,1200	10,9900	12	1
Alendronato de Sódio 70 mg comp	3,7400	3,3700	0,2698	1286	1149
Atenolol 25 mg comp ^b	0,1900	0,1900	0,0117 ^a	1524	1524
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg mg/dose	0,0600	0,0600	0,0776	-23	-23
Brometo de Ipratrópio 0,25 mg mg/ml mililitro	0,2700	0,2700	0,0272	893	893
Budesonida 50 mcg/dose uso nasal	0,1300	0,1200	0,0820	59	46
Captopril 25 mg comp	0,2800	0,2800	0,0102	2645	2645
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg comp	0,6400	0,5800	0,1598	301	263
Clor.de benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg comp	1,1700	1,0500	1,0500	11	0
Cloridrato de Metformina 500 mg comp	0,1300	0,1300	0,0429	203	203
Cloridrato de Metformina 850 mg comp	0,1600	0,1600	0,0349	358	358
Cloridrato de Propranolol 40 mg comp	0,0800	0,0800	0,0097	725	725
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose	0,1500	0,1500	0,1200	25	25
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose	0,1300	0,1300	0,1400 ^b	-7	-7
Etinilestradiol 0,15 mg + Levonorgestrel 0,03 mg comp	4,1900	3,7700	0,4500	831	738
Glibenclamida 5 mg comp	0,1200	0,1200	0,0070	1614	1614
Hidroclorotiazida 25 mg com.	0,0800	0,0800	0,0094	751	751
Insulina Humana NPH 100UI/ml Fr 10 ml	26,5500	26,5500	8,7800	202	202
Insulina Humana Regular 100UI/ml Fr 10 ml	26,5500	26,5500	9,3500	184	184
Losartana Potássica 50 mg comp	0,3200	0,3200	0,0330	870	870
Maleato de Enalapril 10 mg comp	0,3900	0,3900	0,0145	2590	2590
Maleato de Timolol 5 mg/ml (0,5) mililitro	0,9600	0,8600	0,1940	395	343
Noretisterona 0,35 mg cartela 35 comp	4,9600	3,7700	4,5150	10	-17
Sinvastatina 20 mg comp	0,5100	0,4600	0,0389	1211	1083
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose	0,1000	0,1000	0,0149	571	571
Estradiol 50 mg/ml + Noretisterona 5 mg/ml amp	11,3100	10,1700	5,1500	120	97
Média	—	—	—	668	647

Legenda: amp — ampola, clor — cloridrato, comp — comprimido, Dif — diferença, Fr — frasco, VR — valor de referência.

Nota: ^a — preço do pregão 381/2012, ^b — apresentação adquirida pela SMS-Rio de 50mg, ^c — diferença estimada pela fórmula: $((VR/preço\ SMS) - 1) \times 100$, ^d — diferença estimada pela fórmula: $((Máx\ pago\ MS/preço\ SMS) - 1) \times 100$.

Fonte: Elaboração própria.

A maior diferença identificada refere-se ao medicamento captopril 25 mg, com 2.645%. Esse percentual, confrontado ao estudo realizado pelo TCU em 2010, e realizado por meio de diligência a 26 secretarias municipais de saúde, as quais informaram o preço unitário da última aquisição direta de medicamentos comuns, apresentou diferença um pouco menor, de 2.590%. Outra grande disparidade aconteceu com o maleato de enalapril 10 mg — principal item de gasto da SMS-Rio em todo o período examinado — com valor de referência fixado pelo MS no ATFP de 0,039 por comprimido que, frente ao preço de aquisição municipal de 2012 implicou diferença de 2.590%. Esse percentual, comparado ao mesmo estudo do TCU, foi de 1.937%.

Cabe ser observado que, em 2011, houve uma redução — de 12% em média — nos valores de referência fixados para o ATFP. Mesmo assim, estes valores são superiores aos preços de aquisição da SMS-Rio para os dois fármacos acima mencionados, reforçando a hipótese de uma capacidade privilegiada de compra realizada pela SMS-Rio.

Além desses, outros dois medicamentos apresentam diferença superior a 1.000% entre o valor de referência e os preços de aquisição: o atenolol 25 mg (1.524%), mesmo comparado à apresentação de 50 mg adquirida pela SMS-Rio, e a sinvastatina 20 mg (1.211%).

Ainda sendo favorável ao preço de aquisição da SMS-Rio, a diferença relativa ao dipropionato de beclometasona 250 mcg/dose oral em aerossol é bem menor: 25%. Esse produto, indicado para tratamento da asma, tem menor número de produtores, dificultando maior concorrência de preços. São formas farmacêuticas específicas, tecnologicamente distintas das formas farmacêuticas básicas (comprimidos, soluções suspensão, por exemplo). Além disso, são mais complexos pela exigência de infraestrutura de produção tecnologicamente diferenciada, pois são embalados sob pressão, contendo um gás propelente e ingrediente(s) terapeuticamente ativo(s) que são liberados após a ativação de um sistema apropriado de válvulas. Requerem, por isso, acondicionamento em embalagens especiais, com dispositivo que expelle o medicamento finamente dividido e carregado pelo ar (ANVISA, 2011), o que também tende a favorecer preços maiores.

Outros três produtos apresentaram percentuais de variação menores, entre 10-12%. Dois contraceptivos (acetato de medroxiprogesterona injetável e noretisterona 0,35 mg) são itens de repasse do Programa de Saúde da Mulher pelo MS, com baixa

escala de aquisição municipal, somente em situação de desabastecimento, como já enfatizado antes. Outro item, indicado para tratamento do Mal de Parkinson, Cloridrato de benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg comprimido, foi repassado para o CBAF a partir de 2011, com aquisição muito recente pela SMS. Para esse produto, no ano de 2012, havia apenas um fabricante (Laboratório Roche), sendo classificado como um produto de marca, dificultando muitas vezes negociações de preço.

Apenas dois produtos, indicados para o tratamento da asma — brometo de ipratrópio 0,02 mg/dose e Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose — apresentaram valores de referência no ATFP inferiores aos preços de aquisição da SMS-Rio. Esses dois medicamentos foram incorporados na grade de aquisição municipal mais recentemente e têm baixa escala de compras.

A condição de preços mais favorável à SMS-Rio continua se mantendo, mesmo quando se avaliam os gastos efetivamente pagos pelo MS, ou seja, considerando apenas a contrapartida do MS, visto o percentual máximo de copagamento dos VR relacionados aos medicamentos ainda nessa condição. Nesse caso, vinte e três medicamentos ainda possuem preço de aquisição menor pela SMS-Rio, com diferença média de 647% e variações nos itens entre -23% (noretisterona 0,35 mg) a 2.645% (captopril 25mg). Captopril e enalapril, dois medicamentos isentos de copagamento, persistem como aqueles com maiores diferenças.

Sobre isso, estudo comparativo dos valores de aquisição de medicamentos para tratamento da hipertensão, diabetes, asma e rinite envolvendo treze produtos, no período de 2000 a 2012, demonstrou que o município do Rio de Janeiro tem realizado suas compras a preços inferiores aos praticados no Estado do Rio de Janeiro e, em muitos casos, semelhantes aos valores pesquisados no Banco de Preços em Saúde (ZAIRE; SILVA; HASENCLEVER, 2014).

Porém, para uma comparação mais aproximada entre os valores do ATFP e da SMS-Rio dessas diferenças, faz-se necessário agregar os custos desta Secretaria relacionados à cadeia logística e aos serviços de dispensação de medicamentos, objeto do próximo capítulo.

10 ESTIMATIVAS DOS CUSTOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO COM MEDICAMENTOS DO ROL COMUM E COMPARAÇÃO COM VALORES DE REFERÊNCIA DO PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR

10.1 Estimativas dos custos logísticos e de dispensação da SMS-Rio com medicamentos do rol comum

O elenco de medicamentos distribuídos pelo almoxarifado central da SMS-Rio é muito maior (cerca de 600 itens) do que o elenco comum de 26 itens do Programa ATFP. Entretanto, a utilização da metodologia de apuração permitiu isolar, para cada medicamento do rol comum com o Programa, sua contribuição em termos dos custos logísticos.

A apuração dos custos logísticos relativos ao conjunto de medicamentos desse conjunto correspondeu a 35,7% do total destes custos no ano de 2012 (R\$ 7.352.787,72), com valores de custos unitários de R\$ 0,1964 em média, variando de R\$ 0,0014 a R\$ 1,2900.

Outrossim, os custos de dispensação por unidade farmacotécnica de tais produtos foi, em média, de R\$ 0,2611 (mediana de R\$ 0,0343⁶⁷), variando de R\$ 0,0039 (hidroclorotiazida 25 mg) a R\$ 2,4004 (insulina humana NPH).

Os custos logísticos e de dispensação estimados por UF de cada medicamento do rol comum podem ser vistos na Tabela 39, na página seguinte. Cabe destacar que, como mencionado, o contraceptivo acetato de medroxiprogesterona 150 mg/ml⁶⁸ não foi adquirido no ano de 2012, impossibilitando a estimativa dos custos de dispensação, que se baseavam no gasto da SMS com o mesmo para o rateio. Desse modo, mesmo que tenham sido apurados seus custos logísticos (dado que existia estoque no

⁶⁷ Embora os valores da mediana sejam significativamente menores, cabe lembrar aqui que as estimativas de custo final tomaram por base os custos de logística individualizados, isto é, de cada medicamento e não valores médios.

⁶⁸ Este contraceptivo tem indicação de uso principalmente às mulheres que estão amamentando, com valor unitário relativamente elevado (R\$7,98, de repasse do MS), porém com saída mensal reduzida (BRASIL/MS, 2010).

almoxarifado) e tenha ocorrido dispensação neste ano, este item não foi contado para as comparações, restritas, assim, a 25 itens.

Tabela 39 — Custos logísticos e de dispensação da SMS-Rio por UF com medicamentos do rol comum do Programa ATFP, ano base 2012 (em R\$)

Medicamento do rol comum	Custo UF logística	Custo UF dispensação
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg/ml amp	1,2700	NA
Alendronato de Sódio 70 mg comp	0,1620	0,1045
Atenolol 50 mg comp	0,0087	0,0108
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg mg/dose	0,0175	0,1173
Brometo de Ipratrópio 0,25 mg mg/ml	0,0105	0,0111
Budesonida 50 mcg/dose uso nasal	0,0047	0,0230
Captopril 25 mg comp	0,0050	0,0036
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg comp	0,0300	0,2485
Cloridrato de benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg comp	0,0600	0,3761
Cloridrato de Metformina 500 mg comp	0,0300	0,0482
Cloridrato de Metformina 850 mg comp	0,0200	0,0200
Cloridrato de Propranolol 40 mg comp	0,0200	0,0068
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose uso pulmonar	0,0080	0,0343
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose uso pulmonar	0,0163	0,0658
Etinilestradiol 0,15 mg + Levonorgestrel 0,03 mg 21 comp	1,2900	0,0429
Glibenclamida 5 mg comp	0,0100	0,0022
Hidroclorotiazida 25 mg comp	0,0040	0,0039
Insulina Humana NPH 100UI/ml Fr 10 ml	0,3600	2,4004
Insulina Humana Regular 100UI/ml Fr 10 ml	0,9900	2,0247
Losartana Potássica 50 mg comp	0,0100	0,0082
Maleato de Enalapril 10 mg comp	0,0014	0,0107
Maleato de Timolol 5mg/ml (0,5%)	0,2020	0,0851
Noretisterona 0,35 mg cartela 35 comp	0,0300	0,3074
Sinvastatina 20 mg comp	0,0600	0,0276
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose dose	0,0058	0,0090
Valerato de Estradiol 50 mg/ml + Enantato de Noretisterona 5 mg/ml amp	0,4900	0,5354
Média	0,1968	0,2611

Legenda: amp — ampola; comp — comprimido, Fr — frasco, UF — unidade farmacotécnica, NA — não adquirido.

Fonte: Elaboração própria.

Com relação aos custos logísticos, os medicamentos contraceptivos repassados pelo MS — etinilestradiol 0,15 mg + levonorgestrel 0,03 mg e acetato de medroxiprogesterona 150mg/ml injetável — foram aqueles que apresentaram maiores valores unitários, com R\$ 1,29 e R\$ 1,27, respectivamente. Estes custos elevados

podem ser parcialmente devidos à ocupação de espaços de armazenagem, decorrentes de remessas pelo Ministério da Saúde em quantidades superiores à programação definida no município. No caso do anticoncepcional injetável, isso é ainda mais agravado pela duração do efeito contraceptivo por três meses, o que determinada saída mensal reduzida (BRASIL/MS, 2010). Os fatos citados podem, inclusive, induzir a perdas por expiração, exigindo gestão permanente dos seus estoques.

Nos centros de distribuição e depósitos, segundo Simchi-Levi, Kaminsky e Simchi-Levi (2000) existem três componentes de custos principais envolvidos em suas atividades. Estes componentes se relacionam: (1) à mão de obra empregada na execução das atividades operacionais; (2) ao armazenamento para se manter os estoques, proporcionais aos níveis (volume) ocupados no depósito e (3) a outros custos fixos que independem da quantidade de materiais, como, por exemplo, relacionados à sua estrutura de manutenção.

A apuração do custeio para obtenção do custo por medicamento (chamado custo logístico por UF) não se restringiu, contudo, apenas a estes componentes, nem se empregaram rateios entre os custos totais da logística pelo volume consumido na rede municipal.

Buscou-se, além disso, abarcar características peculiares das atividades logísticas, ponderando os custos pelos componentes principais envolvidos na gestão do almoxarifado e distribuição, ajustados à realidade da SMS-Rio. Como exemplo, a mão de obra mobilizada no controle, separação e expedição dos materiais foi relacionada diretamente àqueles itens de maior movimentação (número de saídas no período), pois esse conjunto de atividades exige empenho de força de trabalho e, conseqüentemente, incorre em maiores custos. Outra situação contemplada levou em conta as parametrizações do espaço, ou seja, os metros cúbicos ocupados por cada medicamento, que também geram custos diferenciados e foram considerados no modelo de custeio empregado.

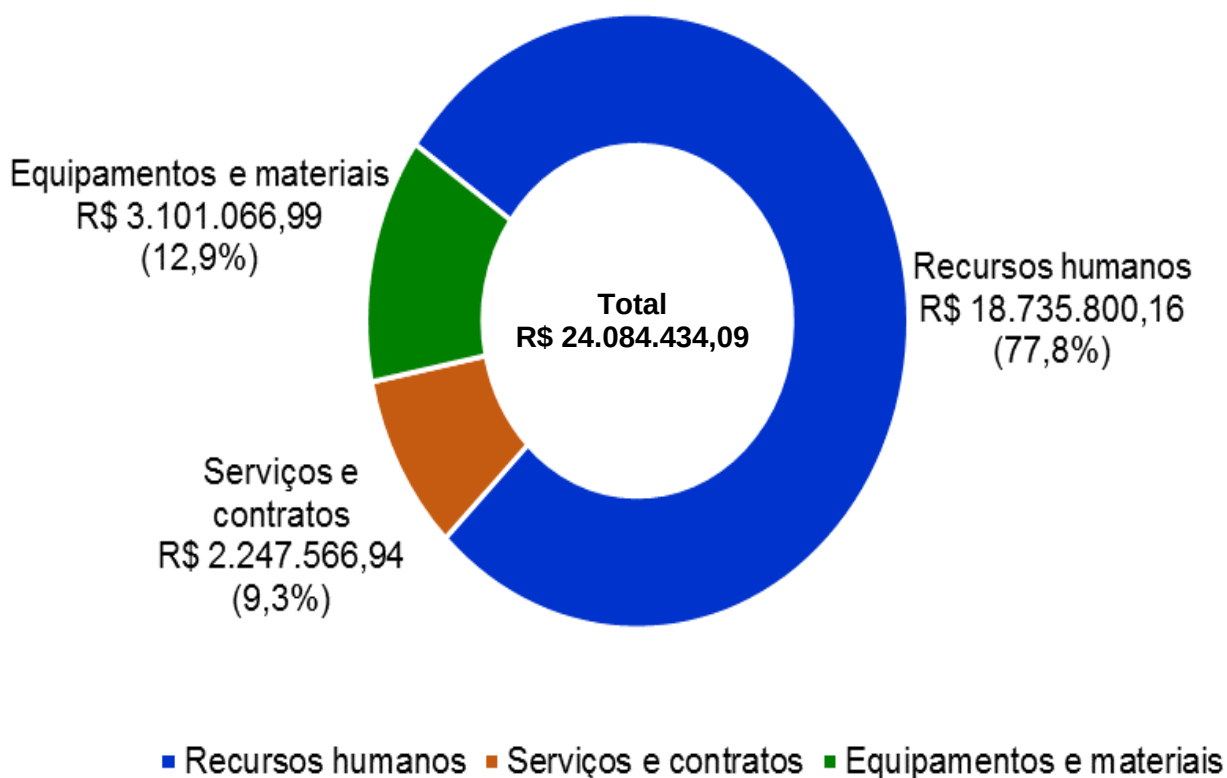
Por fim, além desses elementos, agregaram-se também custos relacionados ao transporte e seguros das mercadorias, que são importantes para funcionamento e segurança da cadeia de suprimentos.

A possibilidade de se considerar esses inúmeros elementos foi bastante facilitada, na SMS sob estudo, pelo fato desta possuir, desde 2012, um centro de distribuição que segue as boas práticas de armazenamento e distribuição de

medicamentos, com as autorizações e licenças concernentes a sua atuação expedidas pelos órgãos sanitários competentes, e tem um conjunto de dados informatizados e passíveis de gerar as informações necessárias aos vários rateios utilizados.

Nesse momento, em relação aos custos de dispensação nas farmácias das unidades de saúde, identificaram-se três grandes grupos de custos, que responderam por pouco mais de R\$ 24 milhões no ano de 2012 (Gráfico 12). O primeiro bloco, ligado aos custos com recursos humanos (no caso, tanto de servidores públicos como dos celetistas contratados nas OS), representou a maior expressão dos custos totais da dispensação (77,8%). Os custos com recursos humanos estiveram relacionados, principalmente, a gastos com a folha de pagamento de farmacêuticos (64,3% do total com RH). Equipes de apoio, formado por técnicos, oficiais, administrativos e auxiliares de farmácia representaram os demais custos com esse item.

Gráfico 12 — Custos da SMS-Rio estimados com a dispensação nas farmácias segundo componentes de custo, em 2012



Fonte: Elaboração Própria.

Os componentes restantes, ambos determinantes para o desempenho das farmácias dentro de padrões de boas práticas de armazenamento e dispensação, relacionam-se à infraestrutura de funcionamento. Um deles envolve o conjunto de materiais e equipamentos e, o outro, os custos com serviços administrativos e contratos, representando 12,9% e 9,3%, respectivamente, do total do custo de dispensação.

A preponderante participação relativa aos custos com recursos humanos nos serviços de saúde tem sido alvo de muitos trabalhos. Castro (2007) desenvolveu modelo de custeio voltado à Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um todo e identificou que, em 2002, esses custos representavam mais de 65% do custo total da ESF. Outro trabalho, também abrangendo os custos de serviços de saúde na APS, estratificado pela localização em zonas urbana ou rural, verificou que a participação dos salários e encargos sociais nas unidades de saúde da família chegava a 91,6% em zona urbana (COUTO, 2007).

As estimativas relacionadas à infraestrutura de dispensação agregaram elementos que qualificam, para além das compras e logística, as outras atividades do ciclo de assistência farmacêutica municipal. As Clínicas de Família, padrão utilizado nesta fase do custeio, possuem farmácias com estrutura sanitária e recursos humanos relativamente homogêneos e atendendo às diretrizes técnicas, propiciando conformidade às boas práticas de armazenamento e dispensação. Apesar de ainda serem necessários investimentos nas outras farmácias da SMS-Rio para que todas cumpram a totalidade de boas práticas no nível local, as unidades utilizadas poderiam ser consideradas o que seria o mais próximo do ideal dos estabelecimentos privados credenciados no Programa ATFP.

10.2 Estimativa dos custos totais da SMS-Rio por unidade farmacotécnica com medicamentos do rol comum

Os custos de aquisição da SMS-Rio foram somados dos custos de logística e dispensação nas farmácias das unidades, permitindo a constituição de um custo total por UF de cada medicamento do elenco comum ao Programa ATFP, como verificado na Tabela 40 na página subsequente.

Tabela 40 — Valor de custo estimado da unidade farmacotécnica de cada medicamento da SMS-Rio, do elenco comum ao Programa AFTP, ano base 2012 (em R\$)

Medicamento do rol comum	Custo UF SMS-Rio
Alendronato de Sódio 70 mg comp	0,5363
Atenolol 25 mg comp ^a	0,0312
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg mg/dose	0,2124
Brometo de Ipratrópio 0,25 mg mg/ml	0,0488
Budesonida 50 mcg/dose uso nasal	0,1097
Captopril 25 mg comp	0,0188
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg comp	0,4383
Cloridrato de benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg comp	1,4861
Cloridrato de Metformina 500 mg comp	0,1211
Cloridrato de Metformina 850 mg comp	0,0749
Cloridrato de Propranolol 40 mg comp	0,0365
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose	0,1623
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose	0,2221
Etinilestradiol 0,15 mg + Levonorgestrel 0,03 mg cartela 21 comp	1,7829
Glibenclamida 5 mg comp	0,0192
Hidroclorotiazida 25 mg com.	0,0173
Insulina Humana NPH 100UI/ml Fr 10 ml	11,5404
Insulina Humana Regular 100UI/ml Fr 10 ml	12,3647
Losartana Potássica 50 mg comp	0,0512
Maleato de Enalapril 1 0mg comp	0,0266
Maleato de Timolol 5 mg/ml (0,5%) mililitro	0,4811
Noretisterona 0,35 mg cartela 35 comp	4,8524
Sinvastatina 20 mg comp	0,1265
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose	0,0297
Valerato de Estradiol 50 mg/ml + Enantato de Noretisterona 5 mg/ml amp.	6,1754
Custo médio	1,6386

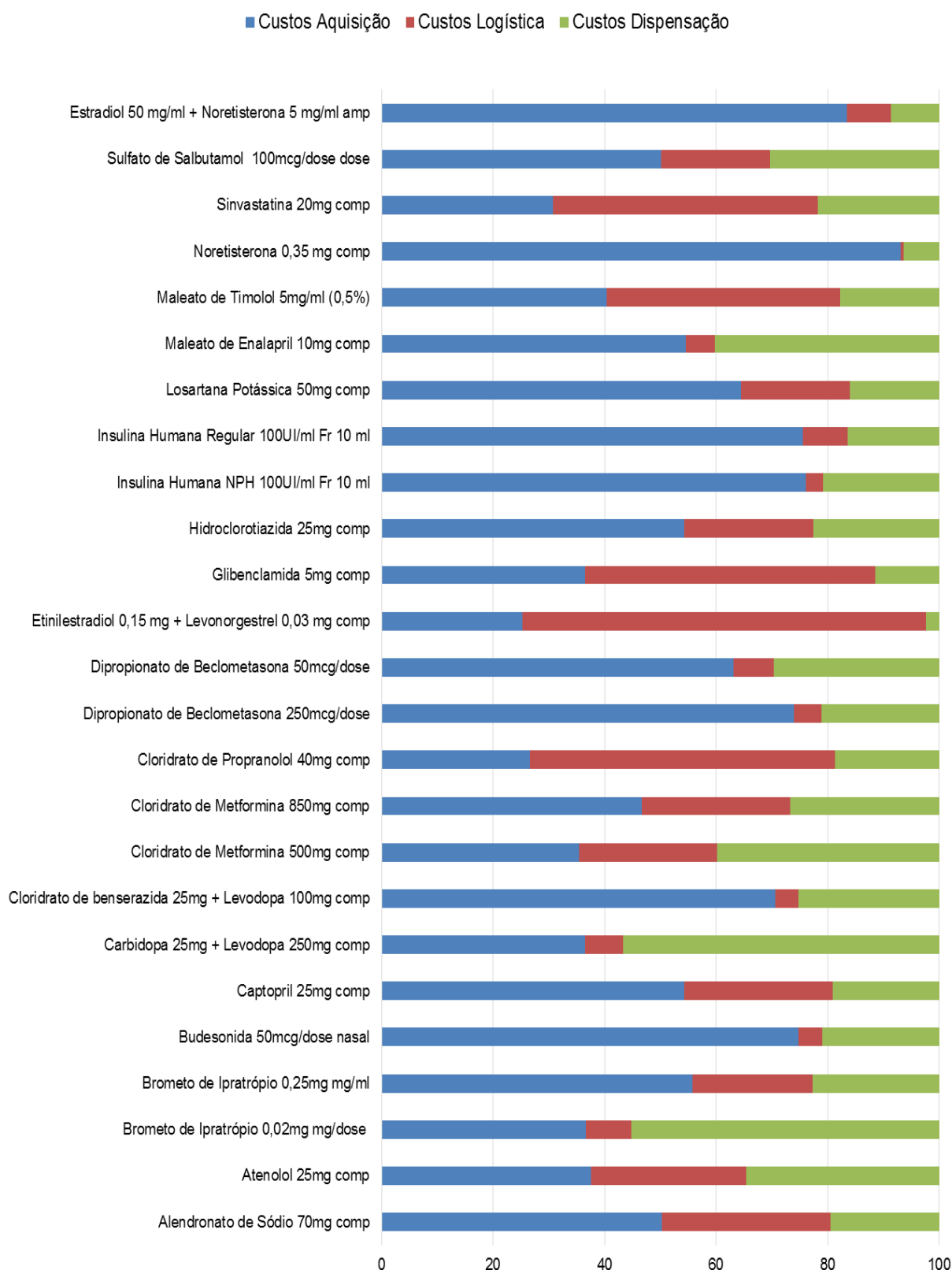
Legenda: amp — ampola, comp — comprimido, Fr — frasco.

Fonte: Elaboração própria.

Em 2012, o custo total médio por UF da SMS-Rio foi de R\$ 1,6386, variando de R\$ 0,0173 (hidroclorotiazida 25 mg) a R\$ 12,3647 (insulina NPH 100UI/ml).

Com relação à representatividade proporcional de cada componente de custo no valor individual por unidade farmacotécnica (Gráfico 13, na página seguinte), a média dos custos relacionados à aquisição respondeu por 53,8%; logística e dispensação contribuíram, respectivamente, com 22,0% e 24,2%. Para alguns produtos específicos, no entanto, houve variação importante na representatividade desses três componentes dos custos.

Gráfico 13 — Contribuição dos componentes de custos no valor total por UF dos medicamentos do elenco comum ao Programa ATFP, ano base 2012 (em R\$)



Legenda: amp — ampola, comp — comprimido, Fr — frasco.

Fonte: Elaboração própria.

Para a maioria dos produtos, os custos com aquisição foram os mais elevados, destacando-se seu peso no medicamento noretisterona 0,35 mg, que atingiu 93,0% do custo total. Isso pode ser reflexo do fato desse anticoncepcional ser adquirido e repassado pelo MS, com baixa escala de compra pela Secretaria. Os custos com logística foram preponderantes em três produtos: etinilestradiol 0,15 mg + levonorgestrel 0,03 mg (72,4%), cloridrato de propranolol 40mg (54,8%) e glibenclamida 5mg (52,1%). No primeiro medicamento, de compra ministerial e repasse ao município, isso decorreu possivelmente do volume ocupado em estoque; nos outros dois, em razão dos preços de aquisição serem muito baixos e terem frequentes movimentações mensais, mobilizando RH, que geram custos. Por sua vez, dois medicamentos apresentaram, proporcionalmente, custos de dispensação mais elevados em relação aos demais: o brometo de ipratrópio 0,02 mg e o carbidopa 25 mg + levodopa 250 mg, respectivamente com 55,2% e 56,7.

10.3 Comparações entre os Custos da SMS e Valores de Referência do Programa Aqui Tem Farmácia Popular

O último objetivo específico desta tese diz respeito à comparação entre os custos da SMS-Rio com os medicamentos do elenco comum e o valor de referência pago aos estabelecimentos credenciados pelo MS no Programa AFTP.

As comparações desenvolvidas com o VR do Programa presente nas normas ministeriais consideraram três situações: (1) VR cheio para cada UF presente nas portarias vigentes em 2012; (2) VR máximo pago pelo MS, isto é, descontando os 10% de contrapartida do usuário e (3) VR máximo pago pelo MS sem impostos — isto é, subtraído de 4,27%, relativos às taxas incidentes sobre a receita bruta das farmácias privadas.

Tomando por base o conjunto dos vinte e cinco itens do elenco comum comparados nesta pesquisa, os custos da SMS-Rio foram, em geral, menores que os do Programa AFTP, independentes dos VR considerados (Tabela 41).

Tabela 41 — Comparações entre custos da SMS-Rio e Valor de Referência por UF do elenco comum de medicamentos do Programa ATFP, 2012

Medicamentos do rol comum	Dif. % entre VR pleno e Custo SMS	Dif. % entre max. VR pago pelo MS e Custo SMS	Dif. % entre máx VR pago pelo MS sem impostos e Custo SMS
Alendronato de Sódio 70 mg comp	597,4	528,4	501,5
Atenolol 25 mg comp ^a	509,0	509,0	483,0
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg mg/dose	-71,8	-71,8	-73,0
Brometo de Ipratrópio 0,25 mg mg/ml	453,3	453,3	429,7
Budesonida 50 mcg/dose uso nasal	18,5	9,4	4,7
Captopril 25 mg comp	1.389,4	1.389,4	1.325,8
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg comp	46,0	32,3	26,7
Clor.de benserazida 25mg + Levodopa 100mg comp	-21,3	-29,3	-32,4
Cloridrato de Metformina 500 mg comp	7,3	7,3	2,8
Cloridrato de Metformina 850 mg comp	113,6	113,6	104,5
Cloridrato de Propranolol 40 mg comp	119,2	119,2	109,8
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose	-7,6	-7,6	-11,5
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose	-41,5	-41,5	-44,0
Etinilestradiol 0,15 mg + Levonorgestrel 0,03 mg comp	135,0	111,5	102,4
Glibenclamida 5 mg comp	525,0	525,0	498,3
Hidroclorotiazida 25 mg com.	362,4	362,4	342,7
Insulina Humana NPH 100UI/ml Fr 10 ml	130,1	130,1	120,2
Insulina Humana Regular 100UI/ml Fr 10 ml	114,7	114,7	105,6
Losartana Potássica 50 mg comp	525,0	525,0	498,3
Maleato de Enalapril 10 mg comp	1.366,2	1.366,2	1.303,6
Maleato de Timolol 5 mg/ml (0,5)	99,5	78,8	71,1
Noretisterona 0,35 mg cartela 35 comp	2,2	-22,3	-25,6
Sinvastatina 20 mg comp	303,2	263,6	248,1
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose	236,7	236,7	222,3
Estradiol 50 mg/ml + Noretisterona 5 mg/ml amp.	83,1	64,7	57,7
Diferença média	279,8	270,7	254,9

Legenda: amp — ampola, clor — cloridrato, comp — comprimido, Dif — diferença, Fr — frasco, VR — valor de referência, UF — unidade farmacotécnica.

Fonte: Elaboração própria.

Na média geral, a diferença comparativa entre o VR pleno e o custo por UF na Secretaria foi 279,8% maior (variando de -71,8 a 1.389,4%, para respectivamente brometo de ipratrópio 0,02 mg mg/dose e captopril 25 mg comprimido). Estas diferenças, em termos médios, são um pouco menores quando considerados apenas

o máximo dos VR pagos pelo MS (270,7%), sem diferença nos extremos de variação porque ambos correspondem a medicamentos que não incluem copagamento. Por fim, com relação ao máximo dos VR pagos pelo MS descontado os impostos, a diferença percentual reduz-se para 254,9% (variando de -73 a 1.325,8%, para os mesmo produtos já citados). Em suma, considerando a última situação apresentada, que representa a menor estimativa de valores pagos pelo MS com este Programa, o custo da SMS-Rio foi, em média, 3,5 vezes menor que os do ATFP (Tabela 42).

Tabela 42 — Custos da SMS-Rio e Valor de Referência por UF do elenco comum de medicamentos do Programa ATFP, 2012

Medicamentos do rol comum	Dif. % entre máx VR pago pelo MS sem impostos e custo SMS	Razão entre máx VR pago pelo MS sem impostos e Custo SMS
Alendronato de Sódio 70mg comp	501,5	6,0
Atenolol 25mg comp ^a	483,0	5,8
Brometo de Ipratrópio 0,02mg mg/dose	-73,0	0,3
Brometo de Ipratrópio 0,25mg mg/ml	429,7	5,3
Budesonida 50mcg/dose uso nasal	4,7	1,0
Captopril 25mg comp	1.325,8	14,3
Carbidopa 25mg + Levodopa 250mg comp	26,7	1,3
Clor.de benserazida 25mg + Levodopa 100mg comp	-32,4	0,7
Cloridrato de Metformina 500mg comp	2,8	1,0
Cloridrato de Metformina 850mg comp	104,5	2,0
Cloridrato de Propranolol 40mg comp	109,8	2,1
Dipropionato de Beclometasona 250mcg/dose	-11,5	0,9
Dipropionato de Beclometasona 50mcg/dose	-44,0	0,6
Etinilestradiol 0,15 mg + Levonorgestrel 0,03 mg comp	102,4	2,0
Glibenclamida 5mg comp	498,3	6,0
Hidroclorotiazida 25mg com.	342,7	4,4
Insulina Humana NPH 100UI/ml Fr 10 ml	120,2	2,2
Insulina Humana Regular 100UI/ml Fr 10 ml	105,6	2,1
Losartana Potássica 50mg comp	498,3	6,0
Maleato de Enalapril 10mg comp	1.303,6	14,0
Maleato de Timolol 5mg/ml (0,5)	71,1	1,7
Noretisterona 0,35 mg cartela 35 comp	-25,6	0,7
Sinvastatina 20mg comp	248,1	3,5
Sulfato de Salbutamol 100mcg/dose	222,3	3,2
Estradiol 50 mg/ml + Noretisterona 5 mg/ml amp.	57,7	1,6
Diferença média	254,9	3,5

Legenda: amp — ampola, clor — cloridrato, comp — comprimido, Dif — diferença, Fr — frasco, VR — valor de referência, UF — unidade farmacotécnica.

Fonte: Elaboração própria.

Devido à grande variação nos comportamentos individuais, alguns medicamentos chamam a atenção, em sua maioria correspondendo àqueles de maior uso no contexto do Programa ATEP e também na SMS-Rio.

Dois produtos apresentaram diferenças percentuais superiores a mais de 1.000% (descontados os impostos retornados ao Estado) — o captopril 25mg (1.325,8%) e o maleato de enalapril 10 mg (1.303,6%) — que, exposto de outra forma, representam um custo 14 vezes menor no contexto municipal.

Outros cinco produtos também se destacaram de forma muito favorável à dispensação municipal no comparativo de custos, sendo pelo menos 5 vezes inferiores ao VR do ATEP em seu contexto de cálculo mais favorável: alendronato de sódio 70 mg (501,5%); losartana potássica 50 mg e glibenclamida 5 mg (ambos com 498,3%); atenolol 25 mg (483,0%, mesmo considerando, no caso municipal, a apresentação de 50 mg) e brometo de ipratrópio 0,25 mg solução para nebulização (429,7%).

Em contrapartida, outros cinco medicamentos apresentaram variação percentual negativa, ou seja, os custos da SMS-Rio estimados por UF foram superiores ao VR do Programa ATEP. Três desses produtos são indicados no manuseio terapêutico da asma: brometo de ipratrópio 0,02 mg, dipropionato de beclometasona nas apresentações de 50 mcg e 250 mcg. Eles possuem algumas características similares como preços unitários de aquisição mais elevados, pouca concorrência no mercado, incorporação recente às listas de compra da SMS e, exceto a beclometasona 250 mcg, baixos volumes adquiridos. A noretisterona 0,35 mg somente é adquirida em situações de desabastecimento no repasse ministerial, representando portanto, baixos volumes de compra e dificuldades de negociação maior nos preços de venda, enquanto a benserazida 25 mg + levodopa 100 mg estava fora do CBAF até 2011 e também possui baixa escala aquisitiva.

Na pesquisa de literatura empreendida como parte dessa tese, identificou-se apenas um trabalho que tecia comparações entre os VR praticados no Programa e custos incorridos por entes municipais para provisão de medicamentos presentes no rol do Programa⁶⁹.

⁶⁹ O trabalho do TCU de 2011 mencionado em diversas partes desse produto acadêmico não permite essas comparações, pois limitou-se a estimativas de custos restritas à aquisição dos medicamentos.

A investigação realizada por Carraro e Mengue (2013), que possui algumas características metodológicas semelhantes a esta tese, comparou o VR máximo pago pelo Ministério, descontando impostos, de treze medicamentos disponibilizados no Programa ATEP com seus custos por UF, estimados para secretarias municipais de doze localidades selecionadas. Os municípios investigados distribuíam-se em nove estados, de quatro regiões brasileiras e apresentavam uma assistência farmacêutica que foi avaliada pelo Ministério da Saúde como sendo realizada de acordo com diretrizes técnicas ligadas às boas práticas. Três deles eram capitais (Maceió, Cuiabá e Recife), com populações estimadas em, respectivamente, 932.748, 551.098 e 1.537.704 habitantes, segundo último censo do IBGE (2010), mas também contemplou municípios bem menores e menos desenvolvidos como Quebrangulo, no agreste alagoano (11.480 hab.), e Rio Acima, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, com 9.090 habitantes e apenas três unidades assistenciais, conforme descrito no estudo.

As comparações tomaram por base o ano de 2011. O VR do ATEP foi, em média, 150,1% superior aos custos estimados das farmácias municipais. Não foi encontrado nenhum medicamento com valor pago pelo MS inferior aos custos municipais.

Mesmo considerando as diferenças de um ano entre os custos estimados nas duas pesquisas e outros aspectos metodológicos⁷⁰, considerou-se interessante reproduzir alguns dados desses autores para fins de apreciação comparativa, selecionando-se os medicamentos segundo os seguintes critérios: (a) representatividade nos gastos do Programa ATEP e nos custos da SMS-Rio; (b) itens de obtenção direta pelos entes municipais (sem compra regular pelas secretarias, sendo repassados pelo Ministério) e (c) aqueles que apresentavam maior diferença percentual entre os VR pagos pelo Ministério, deduzindo o copagamento e os impostos retornados, e a SMS-Rio.

⁷⁰ Para estimar o valor por UF da farmácia básica dos doze municípios considerou-se dois tipos de custos. O custo direto, definido como valor de aquisição na compra de medicamentos, extraído pela mediana nos locais pesquisados. Já o custo indireto envolveu a estimação do custo unitário por unidade farmacotécnica, identificando o valor financeiro dos medicamentos distribuídos pelo almoxarifado central às farmácias das unidades que fazem dispensação no município e o valor financeiro anual dos medicamentos distribuídos pela CAF para a farmácia. Foi apurada a representatividade (em percentual) do valor financeiro anual dos medicamentos da farmácia analisada sobre o valor financeiro anual dos medicamentos da CAF. Este percentual foi considerado como critério de rateio dos gastos indiretos da CAF (pessoal e operacional) apropriados para a farmácia analisada.

Os resultados dessas comparações entre os custos estimados nos diferentes estudos estão dispostos na Tabela 43. Para todos os cinco medicamentos selecionados, os custos das secretarias municipais estimados na referida pesquisa foram superiores aos da SMS-Rio (em média, 235,2%), o que talvez possa decorrer de diferenças nos volumes de compra associados ao porte populacional desses municípios e outros aspectos envolvidos nos processos de custeio aplicados nos trabalhos.

Tabela 43 — Comparativo dos custos estimados para as farmácias básicas municipais do trabalho de Carraro e Mengue (2013) e para a SMS-Rio por medicamentos selecionados

Medicamento	Custo por UF farmácia básica ^a	Custo por UF SMS-Rio ^b
Captopril 25 mg comp	0,0690	0,0188
Maleato de Enalapril 10 mg comp	0,0790	0,0266
Glibenclamida 5 mg comp	0,0690	0,0192
Atenolol 25 mg comp	0,0790	0,0312
Hidroclorotiazida 25 mg comp	0,0690	0,0173

Legenda: comp — comprimido, Dif — diferença, UF — unidade farmacotécnica

Nota: a — Custos estimados tomando por base o ano de 2011, b — Custos estimados considerando ano base 2012.

Fonte: Elaboração própria a partir de Carraro e Mengue (2013, p. 13).

A Tabela 44, na página seguinte destaca a diferença percentual entre o máximo de VR pago pelo MS no Programa ATFP, descontado os impostos, e os custos estimados por UF desses cinco medicamentos nas duas pesquisas.

Embora, nas duas pesquisas, as diferenças percentuais sejam sistematicamente favoráveis aos custos estimados por UF para as secretarias dos municípios em questão, chama atenção a diferença muito mais favorável obtida pela SMS-Rio, que varia de 3,5 vezes a 28,6 vezes menores, no caso da maleato do enalapril 10 mg e da hidroclorotiazida 25 mg, respectivamente. O porte municipal, o volume de aquisições, o perfil epidemiológico e a estrutura do sistema de saúde local, aí incluída a estrutura da AF, podem contribuir para estas diferenças.

Tabela 44 — Comparativo das diferenças percentuais entre os VR pagos pelo MS e os custos estimados para as farmácias básicas e para a SMS-Rio por medicamentos selecionados

Medicamentos do rol comum	Dif. % entre máx VR pago pelo MS sem impostos e Custo SMS^a	Dif. % entre máx VR pago pelo MS sem impostos e Custo SMS-Rio^b
Atenolol 25 mg comp	132	483,0
Captopril 25 mg comp	291	1.325,8
Glibenclamida 5 mg comp	68	498,3
Hidroclorotiazida 25 mg comp	12	342,7
Maleato de Enalapril 10 mg comp	376	1.303,6

Legenda: comp — comprimido, Dif — diferença, UF — unidade farmacotécnica

Nota: a — Custos estimados tomando por base o ano de 2011, sem casas decimais no original; b — Custos estimados considerando ano base 2012.

Fonte: Elaboração própria a partir de Carraro e Mengue (2013, p. 13).

Por fim, foram ainda realizadas simulações visando estimar os custos que seriam incorridos pela SMS-Rio caso estes fossem arcados considerando os VR praticados no Programa, diferenciados pelas três condições de cálculos mencionadas no início dessa seção.

A primeira dessas simulações levou em conta o consumo anual da SMS-Rio, em 2012, de cada um dos 25 medicamentos do rol comum. Tomando por base o valor de custos estimado para a Secretaria do Rio, o custo total desses produtos seria de R\$ 28.526.526,57 (Tabela 45, na página seguinte). Já considerando a melhor situação de pagamento pelo MS — 90% do VR, com impostos descontados — esse mesmo consumo resultaria em um dispêndio de recursos financeiros 335,3% maior.

Tabela 45 — Simulação dos Gastos da SMS-Rio considerando seus custos segundo os Valores de Referência do Programa ATFP, para os medicamentos do rol comum em 2012 (em R\$)

Medicamento do rol comum	Consumo anual SMS	Custo UF SMS-Rio	VR pleno ATFP	VR máx. pago MS	VR máx. sem imposto
Alendronato de Sódio 70 mg comp	290.040	155.548,45	1.084.749,60	977.434,80	935.698,33
Atenolol 25 mg comp	40.146.204	1.252.561,56	7.627.778,76	7.627.778,76	7.302.072,61
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg mg/dose	1.219.200	258.958,08	73.152,00	73.152,00	70.028,41
Brometo de Ipratrópio 0,25 mg mg/ml	1.789.440	87.324,67	483.148,80	483.148,80	462.518,35
Budesonida 50 mcg/dose uso nasal	18.000.000	1.974.600,00	2.340.000,00	2.160.000,00	2.067.768,00
Captopril 25 mg comp	78.002.640	1.466.449,63	21.840.739,20	21.840.739,20	20.908.139,64
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg comp	253.440	111.082,75	162.201,60	146.995,20	140.718,50
Clor.de benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg comp	240.000	356.664,00	280.800,00	252.000,00	241.239,60
Cloridrato de Metformina 500 mg comp	7.440.000	900.984,00	967.200,00	967.200,00	925.900,56
Cloridrato de Metformina 850 mg comp	52.466.280	3.929.724,37	8.394.604,80	8.394.604,80	8.036.155,18
Cloridrato de Propranolol 40 mg comp	3.870.480	141.272,52	309.638,40	309.638,40	296.416,84
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose	12.720.000	2.064.456,00	1.908.000,00	1.908.000,00	1.826.528,40
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose	4.800.000	1.066.080,00	624.000,00	624.000,00	597.355,20
Etinilestradiol 0,15 mg + Levonorgestrel 0,03 mg comp	131.604	234.636,77	551.420,76	496.147,08	474.961,60
Glibenclamida 5 mg comp	43.710.216	839.236,15	5.245.225,92	5.245.225,92	5.021.254,77
Hidroclorotiazida 25 mg comp	68.826.204	1.190.693,33	5.506.096,32	5.506.096,32	5.270.986,01
Insulina Humana NPH 100UI/ml Fr 10 ml	324.000	3.739.089,60	8.602.200,00	8.602.200,00	8.234.886,06
Insulina Humana Regular 100UI/ml Fr 10 ml	86.400	1.068.310,08	2.293.920,00	2.293.920,00	2.195.969,62
Losartana Potássica 50 mg comp	42.000.000	2.150.400,00	13.440.000,00	13.440.000,00	12.866.112,00
Maleato de Enalapril 10 mg comp	104.937.840	2.791.346,54	40.925.757,60	40.925.757,60	39.178.227,75
Maleato de Timolol 5 mg/ml (0,5)	92.760	44.626,84	89.049,60	79.773,60	76.367,27
Noretisterona 0,35 mg cartela 35 comp	72.348	351.061,44	358.846,08	272.751,96	261.105,45
Sinvastatina 20 mg comp	10.800.000	1.366.200,00	5.508.000,00	4.968.000,00	4.755.866,40
Sulfato de Salbutamol 100mcg/dose	9.636.000	286.189,20	963.600,00	963.600,00	922.454,28
Estradiol 50 mg/ml + Noretisterona 5 mg/ml amp.	113.196	699.030,58	1.280.246,76	1.151.203,32	1.102.046,94
Total		28.526.526,57	130.860.376,20	129.709.367,76	124.170.777,76

Legenda: amp — ampola, clor — cloridrato, comp — comprimido, Fr — frasco, UF—unidade farmacotécnica, VR — valor de referência.

Fonte: Elaboração própria.

Cinco medicamentos respondem por 51,4% dos mais de 28,5 milhões gastos pela SMS em 2012: cloridrato de metformina 850 mg; insulina humana NPH 100UI; maleato de enalapril 10 mg; losartana potássica 50 mg; dipropionato de beclometasona 250 mcg. Simulando os gastos realizados pelos VR presentes nas portarias ministeriais e considerando as mesmas situações, a SMS-Rio teria gasto, no ano em questão, aproximadamente cinco vezes mais, caso houvesse comprado os mesmos medicamentos nas farmácias credenciadas pelo Programa ATFP, ainda que com o melhor valor de VR estimado (R\$ 14.675.016,51 *versus* R\$ 70.141.909,39). Ou seja, embora existam itens em que o custo estimado para a SMS-Rio é maior do que o Valor de Referência do Ministério (caso, por exemplo da beclometasona 250 mcg, cujo custo para a SMS é 1,1 vezes maior considerando a melhor situação MS), o volume de consumo extremamente expressivo dos outros itens e, conseqüentemente, os ganhos decorrentes do menor custo por UF da SMS, ainda produziriam economia de recursos.

Finalmente, simulando os gastos que a SMS-Rio teria com os cinco medicamentos mais vendidos nas farmácias credenciadas do Programa federal no município, também em 2012⁷¹, estes seriam da ordem de R\$ 5.434.745,51 se comprados pelos custos municipais estimados por UF, enquanto o MS pagou R\$ 49.020.694,42, isto é, nove vezes mais pelo mesmo quantitativo de medicamentos.

⁷¹ Os cinco medicamentos de maior quantidade vendida no ano em questão foram, em ordem decrescente, maleato de enalapril 10 mg, atenolol 25 mg, metformina 850 mg, losartana potássica 50 mg e captopril 25 mg, conforme pode ser visto na Tabela 26, seção 8.3.3.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora alguns avanços na AF possam ser percebidos no período pós-Ceme, principalmente no que tange a sua descentralização e ao aumento do aporte de recursos no seu financiamento, persiste a necessidade do desenvolvimento de ações eficientes na aplicação dos recursos e na prestação de serviços de qualidade e efetivos.

Esse cenário de dificuldades e barreiras no acesso, em que muitos pacientes terminavam por serem obrigados a incorrer em desembolso direto, com consequente comprometimento de sua renda, serviu para justificar a instituição pelo governo federal do Programa Farmácia Popular do Brasil, objeto de estudo nesta tese em 2004.

Desde o início, o Programa funcionou com arranjos que incluíam desde a obtenção dos produtos com isenção, como também mediante o copagamento, dependendo dos grupos de medicamentos necessários. Atualmente, o PFPB se organiza em duas vertentes básicas, que envolvem as esferas públicas, no caso da Rede Própria, e o setor privado, pela vertente Aqui Tem Farmácia Popular, que foi explorada de forma mais detida no trabalho.

O compartilhamento de custos com os usuários é uma característica inovadora no contexto do PFPB, bem como a ampla utilização do comércio varejista. Em outros países, a prática do copagamento tem sido empregada visando, principalmente, a contenção dos gastos ligados à assistência à saúde, além do estímulo ao uso racional de medicamentos (PINTO, 2008; AUSTVOLL-DAHLGREN *et al*, 2008). No Brasil, de forma distinta, a lógica de sua introdução na política de AF esteve sempre relacionada à perspectiva de ampliação do acesso a medicamentos.

A despeito dessa orientação, esta modalidade não é isenta de polêmicas, ainda mais que o SUS sempre foi pautado pela gratuidade das ações e serviços. Uma dessas discussões envolve a “bitributação”, no tocante a um benefício já financiado pela população, visto que os recursos do FNS são provenientes de impostos e haveria novo pagamento quando da aquisição de medicamentos com compartilhamento de custos pelos usuários (ARAGÃO JR, 2012). Outra discussão assenta-se em debates sobre sua inconstitucionalidade frente ao princípio da universalidade. A exigência de copagamento para certos itens impossibilita que aqueles que não podem pagar o valor em questão, mesmo que pequeno, sejam atendidos pelo Programa. Desse modo, o

acesso intermediado por este não seria “universal”. Para os antagonistas dessa visão, universalidade não significa gratuidade, assinalando ainda que o termo carece de maior explicitação, seja na Carta Magna, seja na Lei 8.080/90 (SANTOS-PINTO *et al*, 2011).

A participação de empresas privadas no Programa ATFP é outra fonte de bastante discussão. Embora a Política Nacional de Medicamentos já antecipasse, de forma genérica, a possibilidade da participação desse setor como forma de promover a redução de preços e melhoria do acesso, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica de 2004, em seu segundo eixo estratégico, declara a favor da manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2004).

A Lei nº 10.858/04, que criou o PFPB, apenas autorizou a Fundação Oswaldo Cruz a disponibilizar medicamentos pelo preço de custo, mediante ressarcimento. Porém, não previa a execução do Programa com o setor privado. Apenas o Decreto nº 5.090/04, que regulamentou a norma supracitada, trouxe a possibilidade do uso do comércio varejista farmacêutico, gerando questionamentos jurídicos sobre a questão. Em função disso, o MS publicou, em 2006, a Portaria nº 491 (BRASIL/MS, 2006e), embasada em três pareceres de sua consultoria jurídica que não entenderam que a expansão do Programa na forma do ATFP caracterizasse subvenção⁷². Essa não é, contudo, uma discussão resolvida, pois o relator do TCU, em 2010, concluiu que, apesar da transferência de recursos à rede privada de farmácias e drogarias no âmbito do copagamento dentro deste setor não se encaixar perfeitamente em nenhuma das hipóteses enumeradas na Lei n.º 4.320/64 (BRASIL/1964), isso não descaracteriza sua natureza de subvenção econômica (BRASIL/TCU, 2010)⁷³.

⁷² A subvenção econômica somente é permitida mediante aprovação de lei especial poderá ser autorizada a concessão de subvenções sociais ou econômicas à conta de dotações orçamentárias, como estabelece a Lei Nº 4.320/64. Também a Lei de Responsabilidade Fiscal reforça que a concessão de subvenções deverá ser autorizada por lei específica, dentre outros pontos (BRASIL/TCU, 2010).

⁷³ No relatório citado, é mencionado que “A transferência de recursos à rede privada de farmácias e drogarias no âmbito do Programa Farmácia Popular - Sistema de Copagamento caracteriza-se como subvenção econômica, uma vez que não há contraprestação direta em bens ou serviços ao poder público, nos termos do art. 12 da Lei n.º 4.320/64”. E que “Apesar desta transferência não se encaixar perfeitamente em nenhuma das hipóteses de enumeradas no artigo 18 da Lei n.º 4.320/64, isso não descaracteriza sua natureza de subvenção econômica, uma vez que o rol daquele artigo é enumerativo e não taxativo” (BRASIL/TCU, 2010, p: 13).

É inegável, no estudo realizado, a existência de uma forte expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil, nas suas distintas vertentes. Se, até 2008, esta extensão se concentrava basicamente na Rede Própria, percebe-se certa estagnação de tal vertente a partir de 2010, pois não foram verificados novos recursos para sua ampliação, com desaceleração e estabilização do número de farmácias e municípios cobertos, e crescimento baixo no quantitativo de usuários atendidos. Já a vertente privada (Programa ATFP) sofreu forte crescimento de todos esses indicadores, ainda mais depois da introdução da ação Saúde Não Tem Preço, isentando de copagamento um conjunto de medicamentos indicados ao tratamento da hipertensão, diabetes e, posteriormente, para asma.

Na expansão do Programa ATFP, que pode ser verificada pelo aumento da cobertura de municípios com unidades do Programa, chama atenção em particular o processo de interiorização em nível nacional: segundo dados do MS de 2012, o Programa estava presente em 67% dos municípios brasileiros e todas as unidades federativas possuíam pelo menos uma farmácia credenciada. Essa interiorização também fica evidenciada nos registros de pagamentos aos estabelecimentos; no início do período examinado, estes se concentravam em capitais e, ao longo do tempo, foram habilitadas novas empresas com CNPJ no interior, invertendo o maior fluxo dos pagamentos para entidades com matriz fora de capital.

A capilarização do PFPB, sobretudo a distribuição espacial conseguida a partir do advento da vertente privada, sem dúvida reduz barreiras geográficas que dificultavam o acesso dos usuários a esse bem em saúde tão essencial. Nesse aspecto, é possível afirmar que a introdução do Programa repercutiu na melhoria da provisão a medicamentos no Brasil, ainda mais que esta se relaciona com o aumento expressivo de volumes financeiros na execução do ATFP, como aqui mostrado. O aumento no número de produtos relacionados no rol disponibilizado no ATFP (dos oito iniciais em 2006, para 46 em 2012) e a isenção do copagamento para vinte e quatro medicamentos, a partir da criação da iniciativa Saúde Não Tem Preço, que dispensou um conjunto de medicamentos dirigidos ao tratamento de doenças de elevada prevalência no país do copagamento, também facilitam o acesso.

Os gastos federais com medicamentos no Programa ATFP representaram um montante, nos seis anos desde sua criação, de 3,4 bilhões em valores ajustados para 31/12/2012. Dados mais recentes reforçam essa significância de recursos, que

somaram R\$ 1.630.105.744,25 (incluindo pagamento de fraldas, mas cujo valor é usualmente pequeno, chegando a no máximo 2% do total), em 2013.

Em termos do comportamento dos gastos do MS com o ATFP, deve ser registrado que o volume de recursos pagos começou a ascender fortemente a partir de 2011, após a criação da campanha Saúde Não Tem Preço. Como resultado dessa ação e, também, da facilitação na habilitação de novos estabelecimentos a partir de modificações introduzidas em 2010, que promoveu expansão geográfica no quantitativo de farmácias credenciadas, os recursos pagos entre 2011 e 2012 somaram aproximadamente 62% do total dos seis anos examinados. Esses números são ainda mais significantes porque o biênio anterior mostrou retração dos dispêndios, provavelmente fruto dos ajustes, realizados na operacionalização do Programa ATFP, como tentativa de reduzir denúncias e fraudes pelo estabelecimento de maiores controles.

Em 2012, os pagamentos do MS com o elenco de medicamentos do ATFP (R\$ 1.293.874.112,05) já superavam sua contrapartida no financiamento do Componente Básico da AF (R\$ 977.700.913,64). Isso se mantém em 2013, que envolveu repasse federal do CBAF aos municípios e/ou estados ainda menor (de R\$ 941.841.708,79).

Da mesma forma que citado no estudo de Pereira (2013), evidenciou-se que os valores orçamentários dedicados ao ATFP e, também, os pagamentos diretamente executados pelo MS aos estabelecimentos participantes, já representam parte significativa do financiamento da AF no âmbito do SUS. Essas informações, por sua vez, sinalizam para incertezas quanto à política prioritária de assistência farmacêutica em desenvolvimento no SUS, em que se tensiona a provisão pública de medicamentos *vis-à-vis* uma atuação complementar ou concorrencial do Programa.

A ausência de clareza na relação entre os modelos traz inúmeros desafios na garantia da complementariedade do Programa ATFP, conectado com as demais ações de saúde e sem assumir concorrência com os serviços prestados no SUS (PEREIRA, 2013). Embora, na atualidade, seja difícil conceber uma Administração Pública que pudesse executar integralmente todos os serviços de forma direta, sem contar com a participação do setor privado, problemas surgem quando se transforma o que deveria ser complementar em principal (SANTOS, 2011).

Ainda que o Governo Federal reiteradamente repita que a distribuição de medicamentos nas farmácias que integram a vertente não afetará o abastecimento da rede do SUS, os recursos utilizados para financiar o Programa tem a mesma fonte

daqueles que são alocados para as unidades básicas de saúde, que dispensam os medicamentos de forma gratuita. Reforçando esse ponto de vista, mostrou-se relevante avaliar os pagamentos exclusivamente com medicamentos realizados no ATFP no âmbito do município do Rio de Janeiro. A partir de 2008, apesar de algumas oscilações, estes já eram maiores do que o financiamento fundo a fundo repassado pelo próprio MS para aquisição de medicamentos básicos. Em 2011 e 2012, os valores pagos pelo Ministério aos estabelecimentos comerciais no Rio eram superiores — em 84,6% e 155,9%, respectivamente — ao repasse para o CBAF nessa municipalidade.

Essa situação reforça a dimensão quanto à prioridade na alocação de recursos. No município em questão, a estimativa dos pagamentos do ATFP por habitante nos últimos dois anos no período de estudo dessa tese é superior ao somatório dos valores mínimos dos três entes governamentais no financiamento do Componente Básico da AF. E mais: referem-se a apenas 41 produtos cobertos no rol do Programa ministerial, enquanto os medicamentos do CBAF superam o número de duzentos itens.

A franca expansão do Programa ATFP e, principalmente, os aumentos dos gastos do MS, trazem também à tona o papel centralizador do Ministério na provisão de medicamentos no contexto atual da AF brasileira. Nessa ocasião, embora a concepção centralizadora do MS tenha sido parcialmente recuperada na forma de provisão de medicamentos pelo Programa, esta apresenta diferenças daquela vigente à época da CEME (SANTOS-PINTO, COSTA e OSÓRIO-DE-CASTRO, 2011). Na atualidade, existem mecanismos de funcionamento mais sofisticados, como o copagamento e uma relação público-privada, que vem revestida de uma arquitetura aos moldes de uma prestação de serviço de fornecimento de medicamentos.

Ainda que o papel centralizador se mostre eficiente para programas estratégicos sob responsabilidade do Governo Federal (SANTOS-PINTO, COSTA e OSÓRIO-DE-CASTRO, 2011), estas singularidades enfraquecem o processo de descentralização previsto no SUS, de forma geral, e nas Políticas de Medicamentos e de AF, em especial.

Ademais, é preciso considerar que a eventual concorrência entre os sistemas de provisão implica na migração de pacientes, do SUS para o setor privado do ATFP, em busca de “[...] alternativa com melhor prestação de serviços [...]” (TCU, 2011, p: 16), podendo gerar ineficiências e desperdícios, se os medicamentos comprados diretamente pelo setor público não são totalmente utilizados no tempo adequado.

Outros elementos reforçam o papel estratégico que o Programa ATFP vem assumindo no contexto da saúde pública brasileira, e que pode ser verificado em algumas ações estruturantes, tanto do próprio Ministério da Saúde, como em distintas instâncias do Governo Federal. Assim, por exemplo, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022 incluiu a ampliação do acesso aos medicamentos essenciais direcionados ao tratamento de hipertensão e diabetes, por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil, como uma de suas estratégias de enfrentamento dessas condições (BRASIL, 2011). O Plano “Brasil Sem Miséria”, direcionado à população com renda familiar de até R\$ 70,00 por pessoa, agrega transferência de renda ao acesso a serviços públicos de educação, saúde, assistência social, saneamento e energia elétrica, e inclusão produtiva. Dentre as diversas ações planejadas na área da saúde, inclui-se a ampliação do acesso pela distribuição, via o Programa ATFP, de medicamentos gratuitos para diabetes, hipertensão e asma, e outros, com copagamento de valor pequeno pelos usuários, para rinite, mal de Parkinson, osteoporose, glaucoma, contraceptivos, etc. (BRASIL, 2011g). Existem também, no Plano Nacional de Saúde: 2012-2015, metas relacionadas especificamente ao Programa ATFP — ampliação de sua cobertura de 638 municípios do mapa da extrema pobreza em 2011, para 2.365 até 2015. Por fim, outro ponto que reafirma a proeminente participação do ATFP no SUS é a proposta de integração da base de dados do Cartão Nacional de Saúde ao ATFP, permitindo ao cidadão conhecer automaticamente o número do seu cartão, impresso no cupom de comprovante da entrega do medicamento. A Participação do Programa nessas políticas e iniciativas federais são um sinalizador da representatividade que ele vem assumindo na própria estrutura da AF brasileira.

Cabe frisar que o modelo de AF da vertente privada do Programa Farmácia Popular do Brasil encontra-se pautado na lógica do consumo de medicamentos como promotora de acesso, sem qualquer ênfase à promoção do uso racional destes produtos. O Programa ATFP, estruturado em conjunto com o setor varejista farmacêutico, não apresenta qualquer fomento às atividades que visem acesso qualificado a medicamentos, preservando-se a tônica comercial da farmácia.

Os aumentos expressivos e já destacados nos gastos federais do Programa sob estudo devem, por outro lado, gerar certa preocupação e monitoramento cuidadoso, já que a sustentabilidade financeira é questão fundamental na viabilidade nos sistemas de financiamento de medicamentos (VELASQUES, MADRID e QUICK,

1999) e os recursos no país para a assistência à saúde, aí incluída a AF, são reconhecidamente escassos e insuficientes para as demandas já presentes e por vir.

Outro aspecto observado e importante de ser apontado é a relativa concentração dos gastos com pagamentos no Programa ATFP em algumas empresas do comércio farmacêutico. As cinco primeiras entidades em volume de pagamentos representam, na realidade, apenas três cadeias de redes, devido a processos de fusão ocorridos. A Jamyr Vasconcellos S.A., proprietária das Drogarias Pacheco e que mais recebeu pagamento no período (R\$ 300 milhões em valores corrigidos a 31/12/2012), fundiu-se em 2011 com a Drogaria São Paulo S.A.; o mesmo aconteceu com a rede Drogasil S.A., que se aliou à Drogaria Raia S.A. A última firma, que ocupa a terceira posição nos pagamentos em nível nacional (Empreendimentos Pague Menos S.A.), ainda não passou por fusão ou aquisição, mas existem relatos de abertura de negociações com companhias de cadeias americanas (*CVS Caremark Corp.* e a *Walgreen Co*), na expectativa de melhoria de sua posição concorrencial entre as grandes redes.

Estes movimentos e o perfil de progressiva concentração em pequeno número de grandes redes de caráter nacional ou mais regional, decorrente das fusões e aquisições, têm levado empresas que prestam assessoria e outros serviços para o setor farmacêutico, como a IMS Health, a considerar que a “implantação de programas sociais para a população de baixa renda como o ‘Aqui tem Farmácia Popular’, devem seguir impulsionando o volume de vendas, além de alterar o *mix* competitivo” (IMS Health, 2012, pag. 1). A situação, portanto, deve ser observada cuidadosamente, pois afeta a dinâmica interna do mercado comercial farmacêutico, diminuindo as possibilidades de concorrência, e pode, em longo prazo, interferir no contexto do complexo médico-industrial-financeiro da saúde.

Percebeu-se, ainda, tanto em nível nacional como na esfera do município estudado, uma marcante representatividade dos medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos no rol de medicamentos mais dispensados. Além de participarem desde o início do processo de expansão do PFPB, esses grupos terapêuticos guardam compatibilidade com a carga de doenças no cenário nacional, onde as doenças crônico-degenerativas já eram responsáveis por mais de 66% da carga nacional de doença no final da década de 90 (SCHRAMM et al, 2004). Em 2007, 72% das mortes ocorridas no Brasil podem ser atribuídas às DCNT e a morbimortalidade conferida a essas condições é maior na população mais pobre (SCHMIDT et al, 2011). O acesso

a estes medicamentos reforça a relevância da atuação conjunta do Programa ATFP no enfrentamento de condições que afetam número bastante expressivo de brasileiros.

O trabalho realizado nessa tese pretendeu, dentre seus objetivos, realizar uma primeira análise comparativa entre os custos do Programa ATFP e o modelo de provisão pública desenvolvido por um grande município. Para tal, foram não apenas levantados os custos de aquisição com os medicamentos que eram comuns na lista de ofertados pelo Programa federal e o dispensado pela SMS em questão. Na tentativa de se agregar os demais custos relacionados à cadeia do medicamento, foram também realizadas estimativas dos custos referentes ao armazenamento, distribuição, transporte e a dispensação final ao usuário nas unidades de saúde, no caso do município do Rio de Janeiro, eleito como *lócus* de estudo.

Identificou-se que os gastos com aquisições de medicamentos no município em questão são bastante elevados. Entre 2006 a 2012, o valor total de recursos gastos nestas compras foi de quase R\$ 410 milhões em valores corrigidos pelo IPCA em 31 de dezembro de 2012. Verificou-se ainda um crescimento real de 6,0% nos gastos totais corrigidos.

Embora o município do Rio possua uma rede grande e complexa de unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares, constatou-se também que medicamentos de uso predominantemente na atenção primária corresponderam, em média, a 60% dos gastos corrigidos. Apesar de oscilações, há tendência de crescimento destes relacionados a este *lócus* de atenção, possivelmente em função da considerável expansão da APS a partir de 2009, com a instalação de inúmeras equipes e unidades de Saúde da Família (aumentou sua rede de serviços em mais de 50% pela construção de Clínicas de Famílias).

Vinte itens disponibilizados no Programa ATFP não têm aquisição na SMS-Rio. Os gastos estimados dessa Secretaria com o elenco comum restante, de vinte e seis medicamentos corresponderam a R\$ 63,4 milhões de 2006-2012, corrigidos para 31 de dezembro de 2012, com expansão considerável nos volumes financeiros, de mais de 100%, nos dois últimos anos examinados.

Seis produtos do rol compartilhado corresponderam a mais de 60% do total de gastos, destacando-se novamente aqui, como nos gastos do ATFP, os anti-hipertensivos (com 38,5%) e o antidiabetogênico oral metformina 850mg (14,9%).

Vale ainda chamar atenção que o volume total de unidades farmacotécnicas dos medicamentos comuns do rol adquiridos pela SMS-Rio foi 170% superior ao quantitativo comprado no MS/Programa do ATFP na localidade. Apesar da maior quantidade, os gastos da Secretaria representaram pouco mais de 1/4 do total de gastos do MS/Programa ATFP com o mesmo elenco.

Embora o custo unitário de aquisição da SMS-Rio tenha sido menor do que valores de referência no ATFP em vinte e quatro dos vinte e seis medicamentos, com diferença média de 668% (e com variações grandes, entre -10% a 2.645%), essa informação já demonstra elevados contrastes entre os custos de cada modelo de provisão, proém existindo a necessidade de agregar-se a esse elemento (aquisição) os demais componentes da cadeia de custo, para uma comparação mais adequada.

Demandaram-se, então, esforços de apreciação dos custos associados à cadeia logística e à dispensação, que poderiam permitir a factibilidade do intencionado. Nas estimativas dos custos de armazenamento e distribuição, procurou-se agregar aos itens usualmente envolvidos — recursos humanos, custos do ambiente de armazenamento, custos administrativos, como água, energia, telefone etc. —, outros, como transporte e atividades de distribuição dos materiais, e seguro das mercadorias, significantes ao funcionamento e segurança dessas operações logísticas.

Da mesma forma, as estimativas de custos relacionadas à infraestrutura de dispensação integraram elementos que qualificam a AF municipal. Para isso, as Clínicas de Família, com farmácias mais estruturadas, em termos técnico-sanitários relativamente homogêneos e com recursos humanos qualificados, serviram de padrão ao custeio empregado. Salienta-se que as opções feitas, por estimativas de custo que pudessem estar associadas a processos com padrão técnico o mais próximo do que seriam as boas práticas de armazenamento, distribuição e dispensação, enviesam-se os custos no sentido de elevar os valores estimados por unidade farmacotécnica da SMS, favorecendo nas comparações os valores de referência por UF pagos pelo Programa ministerial às farmácias conveniadas.

Os valores de custos de aquisição, logística e dispensação da SMS-Rio, que foram individualmente isolados por medicamento, mostraram um custo total médio da SMS-Rio por UF de R\$ 1,6386, em 2012, variando de R\$ 0,0173 a R\$ 12,3647, dependendo do item. Embora tenham sido identificadas variações relativas no peso de cada categoria nos custos totais, os custos de aquisição corresponderam, em

média, ao de maior peso (53,8%), com aqueles associados à dispensação e os logísticos sendo muito próximos em termos proporcionais (24,2% e 22,0%).

Na tentativa de melhor desenvolver as comparações pretendidas, foram considerados três cenários de VR: valor pleno disposto nas portarias; 90% do VR pago pelo MS em caso dos itens com copagamento (estabelecido como 90%, mesmo que os dispositivos legais falem especificamente em até 90%, o que significa que, em alguns casos, a proporção do valor pago pelo MS seja menor) e VR descontada do percentual máximo de copagamento, quando pertinente, e dos impostos retornados ao Estado. As duas últimas opções buscaram representar, de forma crescente, as situações que seriam mais favoráveis ao Programa ministerial nas comparações frente ao valor estimado para o ente municipal.

A comparação entre os custos da SMS-Rio calculados por UF dos medicamentos do rol comum e o valor de referência pago aos estabelecimentos credenciados pelo Ministério da Saúde no Programa ATFP apresentou, modo geral, diferenças favoráveis à esfera pública municipal. Para a última situação comparativa citada, de valor mais benéfico ao Programa ATFP, os resultados das diferenças entre o VR e o custo por UF da SMS-Rio foram, na média geral, quase 255% vezes maior (variando de -71,8 a 1.389,4%). Em outras palavras, o VR sem impostos por UF foi, em média, 3,5 vezes maior do que o custo estimado da UF municipal.

Os resultados para os vinte e cinco medicamentos do rol comum examinados apresentaram, contudo, grande variabilidade nas diferenças percentuais. Cinco produtos apresentaram variação negativa, ou seja, custo da por UF da SMS-Rio maior do que o VR, três dos quais empregados no tratamento da asma. Os outros 20 insumos com custos favoráveis ao ente municipal foram, em até 14 vezes, menores do que VR do Programa ministerial. Deste conjunto, distinguem-se dois medicamentos de amplo consumo, tanto na esfera do Programa ATFP quanto na SMS: o captopril e o maleato de enalapril, ambos com VR superior em mais de 1.300% aos custos estimados da SMS.

Simulações tomando por base o consumo dos medicamentos na SMS-Rio em 2012 e os gastos estimados pelo menor VR do Programa ATFP e pelo valor municipal calculado para cada UF também mostraram resultados bem interessantes. Os itens com VR inferior ao custo estimado por UF no município apresentam baixo consumo e, analisados de forma integrada, não impactam grandemente, permanecendo a relação vantajosa à municipalidade carioca, com diferença de mais de R\$ 95 milhões

no custo global, se tivessem sido pagos com o valor calculado para a SMS-Rio. Essa diferença seria mais de três vezes o valor, no mesmo ano de 2012, dos repasses federais à SMS-Rio relacionados ao CBAF, os quais somaram R\$ 31.562.221,00.

As diferenças mais favoráveis aos custos estimados na esfera municipal do Rio de Janeiro podem trazer indagações quanto à possível existência de superestimação nos Valores de Referência de alguns insumos, indicando a necessidade talvez de sua reavaliação pelo MS. Nesse sentido, vale lembrar que, ao longo do período de existência do Programa em parceria com o setor privado, já ocorreram duas reduções nos Valores de Referência (que somaram 33,6% em média para os itens presentes desde o início de vigência do ATFP).

A despeito dos resultados vantajosos à provisão municipal visto nas comparações efetuadas nessa pesquisa, o observado não pode ser generalizado para outros arranjos e realidades locais. Não apenas os custos estimados são relativos a uma única localidade (e a um único ano), como o município do Rio e sua SMS possuem singularidades que não se reproduzem, necessariamente ou frequentemente, em outros rincões do país, onde 80% dos municípios possuem até 30.000 habitantes. Sua população de mais de seis milhões de habitantes e a ampla e complexa rede de serviços de saúde favorecem a escala de compras e aumentam o poder de negociação municipal, o que influencia certamente nos custos de aquisição e logísticos. Além disso, possui uma AF relativamente organizada e estruturada já há bastante tempo, que também não se configura como a situação mais frequente em nosso meio (OPAS, 2005). Esta estruturação facilita o desempenho da SMS nas várias etapas do ciclo do medicamento, potencialmente reduzindo custos e aumentando a eficiência.

Essa organização da AF no município do Rio, um dos elementos presentes na raiz da escolha feita pelo *lócus* do estudo, revelou-se fundamental para a consecução da estimativa de custo que permitiu as comparações realizadas. O fato dos processos licitatórios de medicamentos estarem estruturados há mais de 15 anos na SMS-Rio, com equipe administrativa dedicada para essa função e integrada aos técnicos da área, facilita o acesso e organização dos dados aquisitivos. A existência de um sistema informatizado (SISMED) permitiu a extração de dados com detalhamento individualizado de cada item adquirido, proporcionando o cálculo do gasto específico da SMS para cada medicamento desejado.

Do mesmo modo, a existência de uma estrutura de armazenamento e de distribuição específica possibilitou, por meio do operador logístico do centro de distribuição, o acesso a dados informatizados, passíveis de gerar as informações necessárias aos vários rateios e uma estimativa do custo logístico por medicamento do rol, evitando rateios genéricos entre os custos totais da logística pelo volume consumido. Por fim, registra-se como elemento de valor na realização da pesquisa a utilização dos dados do painel de gestão das parcerias com Organizações Sociais, criado com fins de acompanhamento, avaliação e controle das atividades assistenciais e administrativas, que permitiu acesso mais detalhado aos valores gastos com RH, aquisição de bens e serviços diversos selecionados para o custeio da dispensação.

Por outro lado, os resultados obtidos — mesmo considerando as peculiaridades do ente municipal estudado — apenas reforçam a ênfase no aprofundamento de estudos e discussões quanto ao papel do Programa ATFP na provisão de medicamentos, que pode ser importante instrumento facilitador ao seu acesso, principalmente em localidades desprovidas de base populacional que garanta escalas aquisitivas, sem as necessárias estrutura técnico-sanitária e gestão eficiente dos recursos.

É forçoso assinalar algumas dificuldades e limitações do estudo empreendido, para a apreciação crítica dos resultados obtidos e da impossibilidade de algumas análises complementares que poderiam ser úteis e desejáveis.

Uma primeira limitação deste estudo encontra-se relacionada à qualidade das informações publicamente disponíveis sobre o ATFP. Os dados são, muitas vezes, insuficientes e, pior ainda, divergentes, podendo induzir a algumas distorções. Os registros de pagamento do FNS e da SAGE aferem os valores pagos à entidade comercial a um único CNPJ matriz, não sendo possível discriminar a cada estabelecimento farmacêutico credenciado seus ganhos individuais oriundos das vendas, além de não serem conhecidas as quantidades e tipos de medicamentos fornecidos. Isso pode produzir distorções ao se avaliar o comportamento dos gastos federais no conjunto de municípios e estados da federação. Além disso, há divergências nas diversas fontes de informações (SAGE, DAF) quanto ao número preciso de estabelecimentos credenciados, que requer uma verificação amíúde e detalhada de endereços, os quais muitas vezes não correspondem a bairros na cidade apontada na informação publicada. Por exemplo, no caso do município do Rio de Janeiro, constam estabelecimentos que têm endereços em bairros como Icaraí e

Itaipu (pertencentes a Niterói) e em outros municípios, como as Drogarias Pacheco de Cabo Frio e Itaboraí. Para a análise aqui realizada, os endereços de todos os estabelecimentos do Rio foram conferidos um a um e corrigidos, o que resultou em significativo trabalho manual e consumo de tempo.

A paucidade das informações levou à necessidade de se recorrer ao Sistema e-SIC que, mesmo tendo viabilizado o acesso a alguns dados não divulgados, também possui restrições. Uma delas refere-se à baixa capacidade de se examinar a consistência das informações obtidas. Embora seja válido destacar o mérito dessa iniciativa governamental, que objetiva maior transparência nas informações internas da administração pública, pela abertura e acesso a todos os interessados, faz-se indispensável maiores estruturação e sistematização para que venha a responder adequadamente às demandas de obtenção de dados públicos e aos anseios da sociedade que carece de informação.

Em relação ao estudo de custos na SMS-Rio, sua limitação a um único ano (2012) fornece um retrato estático no tempo e pode não ter captado alguns elementos pertinentes ao custeio na cadeia farmacêutica municipal não computados no ano examinado, mas que talvez pudessem se mostrar presentes se período maior de tempo fosse analisado.

Além disso, o fato de as informações para o custeio da dispensação tomarem como fonte a execução financeira das Organizações Sociais pode acarretar alguns vieses, tendo em vista os mecanismos de compra de bens e serviços realizados por estas serem distintos das obrigações legais inerentes ao setor público, como as regras de compra por licitações. De qualquer forma, possíveis elevações nos custos estimados desse componente tenderiam a superestimar os custos por UF da SMS e beneficiariam os valores de referência, não alterando a tendência de resultados comparativos aqui observada.

Ainda que pesquisas de custos relacionados ao setor público sejam pouco frequentes, sua efetivação deve ser institucionalizada nas atividades de gestão e de planejamento dentro das organizações públicas, já que se constituem em ação essencial na formulação e avaliação de políticas de saúde, com seu aprimoramento promovendo a transparência dos gastos. Igualmente de interesse, seria o estabelecimento de correlações entre custos aferidos de um programa ou ação e indicadores dos processos assistenciais, permitindo instituir parâmetros de eficácia e

eficiência e aumentando a compreensão dos resultados gerados em uma determinada circunstância, com dado volume de recursos (GONÇALVES e DRUMOND, 2010).

A investigação originada nesta tese mostrou que é possível transformar dados brutos e isolados, porém disponíveis, em informações relevantes e aplicadas a um contexto geral ou específico, como o da SMS-Rio. Isso, mesmo sem a existência de um sistema de centros de custos formal, que poderia permitir maior acurácia em alguns resultados.

Reitera-se que a análise comparativa desta pesquisa, entre os custos do Programa ATFP e o modelo de provisão pública desenvolvido em um grande município, pretendeu ser mais um elemento de difusão de informação e de debates na arena da AF. Esta necessita de seriedade para maiores aprofundamentos concernentes à sua gestão, ainda mais em um sistema de saúde em construção, que busca desenvolver políticas de medicamentos com foco na cidadania e no bem coletivo, embasadas na racionalidade do uso dos recursos públicos, dentre outros elementos fundamentais ao seu êxito. Não foi seu objetivo, embora se afirme como muito pertinente, a discussão a respeito de qual tipo de provisão a medicamentos deverá ser adotado, enquanto estratégia de superação das desigualdades. As questões identificadas e as limitações assinaladas apontam para a necessidade de se desenvolver estudos e maiores aprofundamentos, para que se construa um percurso sólido para a consolidação da Assistência Farmacêutica no Brasil.

Nesse sentido, partindo da identificação de dados alarmantes, em primeiro referente ao crescimento exponencial dos gastos com pagamentos pelo MS e, em segundo, pela diferença na comparação do custo municipal com o VR, ambos no Programa ATFP torna-se necessário, partindo destes resultados a proposição do desenvolvimento de agenda de pesquisas futuras, buscando aprofundar outros elementos relacionados a este estudo, tais como: (a) a situação do copagamento instituído no Brasil com lógica distinta de seu emprego em outros países, que visam conter gastos; (b) questões ligadas às diferenças de preços e custos tão díspares, quais seriam as justificativas; (c) nexos políticos na Política de Assistência Farmacêutica brasileira, quando da escolha do modelo privado na provisão a medicamentos; (d) duplicidade de atendimento no ATFP com o setor público no fornecimento de medicamentos; (e) privatização por dentro do SUS, verificada por meio da grande expansão do Programa; (f) lógica da demanda por consumo de medicamentos no ATFP e o uso racional; (g) desempenho entre os setores públicos

e privados na provisão da AF; (h) transparência nos gastos realizados com AF, em todas as esferas de gestão do SUS.

Na atualidade, as especificidades da AF brasileira permitem a convivência de diferentes modelos de provisão de medicamentos. Partindo das possibilidades e arranjos institucionais diversos, pode ser congregado um panorama desse acesso que inclui:

- fornecimento “gratuito” em farmácias públicas de medicamentos contidos nas lista oficiais;
- copagamento em farmácias do Programa PFPB, vertente Rede Própria, para um rol definido de medicamentos;
- copagamento em farmácias privadas credenciadas pelo PFPB, vertente ATEP, para um rol definido;
- isenção de copagamento nas farmácias da Rede Própria e Aqui Tem Farmácia Popular do PFPB, na Campanha Saúde Não Tem Preço, para um rol definido;
- aquisição com desembolso direto e integral em farmácias privadas sem vinculação à qualquer lista.

Em todos esses contextos, existem muitos elementos desafiadores para melhoria da Assistência Farmacêutica, um dos eixos estratégicos para o êxito dos sistemas de saúde. Os problemas a serem superados são ainda maiores porque, no país, o produto (medicamento) chegou primeiro e dissociado da visão articulada do acesso a serviços de saúde de qualidade, que promovam a integralidade da assistência, aí incluído o acesso aos medicamentos, desconstruindo a perspectiva de seu uso como simples bem de consumo.

REFERÊNCIAS

ABDALLAH, H. *Guidelines for Assessing Costs in a Logistics System: An Example of Transport Cost Analysis*. Arlington: Agency for International Development. 2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). 2013. Disponível em: <<http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/i6>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

ANDERSSON K. et al. Do policy changes in the pharmaceutical reimbursement schedule affect drug expenditures? Interrupted time series analysis of cost, volume and cost per volume trends in Sweden 1986–2002. *Health Policy*. 79: 23–43. 2006.

ANGELL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Record, 2007.

ARAGÃO JUNIOR, G. A. *Avaliação política do programa Farmácia Popular do Brasil à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde*. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, Maranhão, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REDES DE FARMÁCIAS E DROGARIAS (ABRAFARMA). Abrafarma em números - Ranking Abrafarma 2013. Disponível em: <<http://www.abrafarma.com.br/numeros.htm>>. Acesso em: 22 ago. 2013.

ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA. *Acesso e Financiamento à Saúde no Brasil*. São Paulo: INTERFARMA, 2010.

ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA. *Guia Interfarma 2012*. São Paulo: INTERFARMA, 2012. Disponível em: <http://www.interfarma.org.br/uploads/biblioteca/16-Guia_Interfarma_2012_SITE.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA. *Guia Interfarma 2013*. São Paulo: INTERFARMA, 2013. Disponível em: <<http://www.interfarma.org.br/uploads/biblioteca/33-guia-interfarma-2013-site.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013.

AUSTVOLL-DAHLGREN, A. et al. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD007017. DOI: 10.1002/14651858.CD007017.

BERMUDEZ, J. A. Z. *Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade*. Rio de Janeiro: HUCITEC-SOBRAVIME, 1995.

BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA M. A. Intellectual Property in the context of the WTO TRIPS Agreement: challenges for public health. Rio de Janeiro: Fiocruz/WHO, 2004.

BIGDELI, M. et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy and Planning*, 28 (7): 692-704, 2013.

BOING, A. C. 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, abril 2013.

BRASIL. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Resolução CMED nº 2, de 3 de abril de 2013. Dispõe sobre a forma de definição do Preço Fabricante - PF e do Preço Máximo ao Consumidor – PMC dos medicamentos, estabelece a forma de apresentação do Relatório de Comercialização à Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED, disciplina a publicidade dos preços dos produtos farmacêuticos e define as margens de comercialização para esses produtos. Diário Oficial da União 2013; 04 abr. 2013.

_____. Resolução CMED nº 2, de 5 de março de 2004 (alterada pelas Resoluções CMED nº 4, de 15 de junho de 2005, e nº 4, de 18 de dezembro de 2006). Estabelece os critérios para definição de preços de produtos novos e novas apresentações de que trata o art. 7º da Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003. Brasília, 2004. Disponível em: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 23 de ago. de 2013.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. Relatório da CPI – Medicamentos. Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar os reajustes de preços e a falsificação de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios. Brasília: Câmara dos Deputados; 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <[http:// conselho.saude.gov.br](http://conselho.saude.gov.br)>. Acesso em: 20 jul. 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 24 jun. 2011.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun. 2011b.

BRASIL. Decreto nº. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Diário Oficial da União 1971, 25 jun.

BRASIL. Lei n.º 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>. Acesso em: 14 ago. 2013.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS. Diário Oficial da União 2011; 29 abr. 2011a.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 18 nov. 2011c.

_____. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília, 4 de maio de 1964.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2012e. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/2519>>. Acesso em: 15 set. 2012.

_____. 2013. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

_____. A Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://bvs.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

_____. *Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização*. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 100p.

_____. *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 44 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_para_estruturacao_farmacias_ambito_sus.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2012.

_____. Extrato de Termo de Acordo nº 1/2011. Diário Oficial da União 2011; 08 fev. 2011b.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. 2011b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 20 set. 2013.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. 2005c. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_1120_M.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2012.

_____. *I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2005a. 154p.

_____. *Manual Básico Rede Própria*. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. 2012f. Acesso em: 15 ago. 2012.

_____. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. BRASIL. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. 2011a. Acesso em: 18 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Publicada no Diário Oficial da União n. 228, de 30 de novembro de 2009. Alterada pela Portaria GM/MS n. 343, de 22 de fevereiro de 2010, publicada no Diário Oficial da União n. 36, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Portaria GM nº 2.084 de 26 de outubro de 2005. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências. Diário Oficial da União 2005c; 28 out.

_____. Portaria GM nº 1.105, de 5 de Julho de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos nesse nível de atenção à saúde. Diário Oficial da União 2005b; 12 ago.

_____. Portaria GM nº. 176, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 1999; 11 mar.

_____. Portaria GM/MS n. 2.577, de 27 de outubro de 2006, republicada no Diário Oficial da União n. 217, de 13 de novembro de 2006. Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Portaria nº 1.146, de 1 de junho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 971/GM/MS, de 17 de maio de 2012, para ampliar a cobertura da gratuidade no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União 2012; 04 jun. 2012d.

_____. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Diário Oficial da União 2012; 14 jun. 2012. 2012b.

_____. Portaria nº 1.414, de 13 de junho de 2007. Altera a Portaria nº 491, de 9 de março de 2006, que dispõe sobre a expansão do Programa "Farmácia Popular do Brasil". Diário Oficial da União 2007c; 06 jul.

_____. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicado em DOU de 31 jul. 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt_gm_ms_1554_1996.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013a.

_____. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicado em DOU de 31 jul. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 20 ago. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União 2011; 04 fev. 2011.

_____. Portaria nº 3.089, de 16 de dezembro de 2009. Dispõe sobre a Expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular. Diário Oficial da União 2009; 17 dez. 2009d.

_____. Portaria nº 3.219, de 20 de outubro de 2010. Amplia a cobertura do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular. Diário Oficial da União 2010d; 21 out.

_____. Portaria nº 491, de 09 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa "Farmácia Popular do Brasil". Diário Oficial da União 2006e; 10 mar.

_____. Portaria nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2012; 29 mar. 2012a.

_____. Portaria nº 749, de 15 de abril de 2009. Dispõe sobre a Expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular. Diário Oficial da União 2009; 04 mai. 2009c.

_____. Portaria nº. 2.587, de 6 de dezembro de 2004. Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004b; 9 dez.

_____. Portaria nº. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União 2007a; 31 jan.

_____. Portaria nº. 3.237 de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Diário Oficial da União 2007b; 26 dez.

_____. Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 18 jun. 2012.

_____. Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 2006c; 23 fev.

_____. Portaria nº. 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União 2010a; 29 dez.

_____. Portaria nº. 971, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União 2012; 17 mai. 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Farmacêutica. Brasília. 1993. 15p (mimeo).

_____. Programa Farmácia Popular do Brasil – Expansão rede privada de farmácias e drogarias: manual de informações. Brasília. 2006a

_____. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 250 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Relatório de gestão 2007 do Fundo Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a. 78 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro. Brasília: Editora MS, 2005d. 118 p. (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos)

_____. Resolução nº. 311, de 05 de abril de 2001. 2001a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 jun. 2012.

_____. Resolução nº. 338, de 06 de maio de 2004. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. 2004a. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

_____. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 300 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

_____. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 156 p.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 21 Mai. 2004b.

_____. Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003; 7 Out. 2003.

_____. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 14 abr. 2004a.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Relatório de auditoria operacional: Farmácia Popular. Brasília: Tribunal de Contas da União (TCU), Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (SEPROG), 2011.

_____. Representação sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil – Sistema de Copagamento para a rede privada de farmácias sem aprovação de lei específica. Brasília: Tribunal de Contas da União (TCU), Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (SEPROG), 2010.

BRITTO, A. et al. *Tributos e medicamentos*. São Paulo: Interfarma, 2012

BUENO, C. S.; MOREIRA, A. C.; DE OLIVEIRA, K. R. Preço dos medicamentos utilizados nas doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 31, n. 1, p. 63, 2012.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES).

Disponível em:

<http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=33&VCodMunicipio=330455&NomeEstado=RIO%20DE%20JANEIRO>. Acesso em: 23 jul. 2012.

CARIAS, C. M. et al. Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do Ministério da Saúde do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011; 45 (2): 233-240.

CARRARO, W. B. W. H., MENGUE, S. S. *Mensuração dos custos totais do fornecimento de medicamentos pela rede básica no Brasil*. XIII Congresso Internacional de Custos. 2013. Portugal (Alfândega do Porto). Disponível em: <<http://www.otoc.pt/news/PENCUSTOS/pdf/076.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

CASTRO, J. D.; MARINHO, M. E. Os custos do programa de saúde da família de Porto Alegre – 1998 e 2000. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, v.2, nº8, jan/mar, 2007.

CEASA-RN. Disponível em:

<<http://www.ceasa.rn.gov.br/farmaciadetodos/index.asp>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

CHAVES L. A. Medidas de desfecho de acesso a medicamentos em estudos de avaliação de políticas de copagamento. Projeto de Mestrado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

CONGRESSO BRASILEIRO DO VAREJO FARMACÊUTICO (COMBRAFARMA), 2012, São Paulo. Disponível em: <<http://www.conbrafarma.com.br/>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. 2013. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/ultimas-noticias/2951-municipios-selecionados-no-qualifar-sus-2013>>. Acesso em: 23 nov. 2013.

_____. *Assistência Farmacêutica no SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Volume 7. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em:

<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdfs/colecao2011/livro_7.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2012.

CORDEIRO, H. A Indústria da Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COSENDEY, M. A. E. *Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil*. 2000. 358 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

COUTO, P. A. Avaliação econômica da atenção básica no município de Vitória da Conquista – Bahia. In: VIII Encontro ABRES, 2007 “Democracia, universalidade e

economia da saúde”. PUC, São Paulo, 2007. Disponível em:
<<http://143.54.230.147/abres/site/arquivos/anais.php#>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

DIAS, C. R. C.; ROMANO-LIEBER, N. S. Processo da implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, 2006.

EASTON, D. *A Framework for political analysis*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1965.

FAVERET, A. C. S. C (org.). *Prontuários de bases de dados: informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil*. Brasília Ipea, 2009.160 p. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Livro_prontuarios_BasesDados.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2013.

FERNANDES, A. M. M. S; CASTRO, C. G. S. O. LUIZA, V. L. Arcabouço legal da Política Nacional de Medicamentos no Brasil: uma revisão. In: GARCIA et al (Org.). *Vigilância em Saúde nº1*. Rio de Janeiro: Escola de Governo em Saúde, 2004. 136 p. – (Coleção Escola de Governo. Série Trabalhos de Alunos).

FERREIRA, R. L. *Análise de Implantação do PFPB no Rio de Janeiro e no Distrito Federal- um estudo de casos*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

GADELHA, C.A.G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. esp, 2006.

_____. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

GODOY, M. R.; OLIVEIRA, A. L. R.; CAMARA, M. R. G. *O Controle de Preços na Indústria Farmacêutica no Brasil*. In: IX Encontro Regional em Economia - ANPEC Nordeste, 2004, Fortaleza. *Anais do IX Encontro Regional em Economia*, 2004.

GONÇALVES M. A.; DRUMOND H. A. O uso da meta-informação de custos em saúde como subsídio a qualidade do setor saúde. GONÇALVES M. A. et al.(Org.). *Seminário Nacional Observatório de Custos em Saúde: Custos hospitalares e da assistência farmacêutica como estratégia de inovação e benefício social*. Belo Horizonte: Editora Vera Lúcia Sátiro, 2011. P. 25-32.

GUERRA JR, A. A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, v. 15, n. 3, p. 168–75, 2004.

HELPER, A. P. et al. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. *Rev Panam Salud Pública*, v. 31, p. 225–32, 2012.

HOGERZEIL, H.V.; MIRZA, Z. *The world medicines situation 2011: access to essential medicines as part of the right to health*. Geneva: World Health Organization; 2011.

IMS HEALTH INCORPORATED. Saiba o que impulsiona o Mercado Farmacêutico Brasileiro. Disponível em:

<<http://www.imshealth.com/portal/site/ims/menuitem.d248e29c86589c9c30e81c033208c22a/?vgnextoid=5f0ceb6973858310VgnVCM10000076192ca2RCRD>>. Acesso em: 18 set. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010. Censo 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 26 nov. 2013.

_____. Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 16 jul. 2012.

_____. Estimativa da População. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1961>. Acesso em: 15 jul. 2012.

_____. Pesquisa Anual do Comércio. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Comercio_e_Servicos/Pesquisa_Anual_de_Comercio/2011/pac2011.pdf>. Acesso em 15 jul. 2013.

_____. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: primeiros resultados – Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/pof200220032aed.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2013.

_____. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: Despesas, Rendimentos e Condições de Vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Mensal de Comércio. Setembro 2013. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Comercio_e_Servicos/Pesquisa_Mensal_de_Comercio/Fasciculo_Indicadores_IBGE/pmc_201309caderno.pdf>. Acesso em: 15 set 2013.

_____. *Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003 primeiros resultados: Brasil e grandes regiões e unidades da Federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

_____. *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: Despesas, Rendimentos e Condições de Vida*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICO APLICADA (IPEA). *Programas de Assistência Farmacêutica do Governo Federal: evolução recente das compras diretas de medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005 a 2008*. Comunicado do IPEA nº 74. Brasília. 2010.

INTITUTO PEREIRA PASSOS. Armazém de Dados. Disponível em: <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em: 15 out. 2013.

JORNAL VALOR ECONÔMICO. Disponível em:

<<http://www.valor.com.br/empresas/3232318/brasil-pharma-negocia-fusao-com-distribuidora-de-medicamentos>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

JUNGES, F. *Avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil: aspectos referentes a estrutura e a processos*. 2009. Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão de Assistência Farmacêutica – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

KANAVOS P. et al. Options for financing and optimizing medicines in resource-poor countries. *The World Medicines Situation 2011* [Internet]. 3o ed Geneva: The World Health Organization; 2011.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; ZAIRE, C. E. F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). *Revista de Atenção Primária em Saúde*. 2008; 11 (1): 85-99.

LABORATÓRIO FARMACÊUTICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO (LAFEPE). Farmácias. Disponível em: <<http://www.lafepe.pe.gov.br/LAFEPE/farmacias/farmacias.html>>. Acesso em: 11 ago. 2013.

_____. Farmácias. Disponível em: <<http://www.lafepe.pe.gov.br/LAFEPE/institucional/apresentacao.html>>. Acesso em 09 jul. 2012.

LARA A. C. H. S.; ALCOFORADO F.; VARGAS Alexis. Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais: Sistema de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão na Área de Saúde, no Município do Rio de Janeiro. VI Congresso CONSAD De Gestão Pública. 2013. Distrito Federal. 2013. Disponível em: <<http://consadnacional.org.br/wp-content/uploads/2013/05/232-PAINEL-DE-GEST%C3%83O-DAS-PARCEIRAS-COM-ORGANIZA%C3%87%C3%95ES-SOCIAIS-SISTEMA-DE-MONITORAMENTO-E-AVALIA%C3%87%C3%83O-DOS-CONTRATOS-DE-GEST%C3%83O-NA-%C3%81REA-DE-SA%C3%9ADE-NO-MUNIC%C3%8DPIO-DO-RIO-DE-JANEIRO.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

LUIZA, V. L. *Acesso a Medicamentos Essenciais no Estado do Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003

LUIZA, V. L. et al. Curso de Atualização Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica de Saúde Manual do Facilitador. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2013.

LUIZA, V. L.; BERMUDEZ, J.A. Z. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESHER A. *Acesso a medicamentos: derecho fundamental. Papel del Estado*. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. p. 45-67.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27 (3): 521-532.

MAGALHÃES et al. *Estratégias empresariais de crescimento na indústria farmacêutica brasileira: investimentos, fusões e aquisições, 1988-2002*. Brasília: Ipea, 2003. (Texto para Discussão, n. 995).

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G.S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (Orgs.). *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 525–534, abr. 2005.

MINAYO, M. C. S et al. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Ed. Vozes, Petrópolis, 2008. 108p.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J.; CASTRO, C. G. S. O. *Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_assistencia_farmaceutica_estrutura_resultados.pdf. Acesso em: 12 jun. 2012.

_____. *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud*. Documento de posición de la OPS/OMS (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.6) OPS, ed., Washington, DC: OPS. 2013.

PANIZ, V.M.V. et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: A reality yet to be constructed. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(6):1163-1174, jun, 2010.

PARSONS, W. *Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis*. Cheltenham: Edward Elgar, 1995.

PEREIRA, M. A. *Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal*. 2013. Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão de Assistência Farmacêutica – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

PEREIRA, N. C. *Monitoramento do Desempenho dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: uma proposta para qualificação da gestão*. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

PINTO, C. D. B. S. et al. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44 (4): 611-619.

PINTO, C. D. B. S. *O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura e utilização frente à Política Nacional de Medicamentos*. 2008. Dissertação (Mestrado

em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA DO GOVERNO FEDERAL. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br/glossario/>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

PORTAL DE NOTÍCIAS R7. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/brasil/noticias/ministerio-paga-ate-163-vezes-a-mais-que-municipio-por-remedio-distribuido-de-graca-20120820.html>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

PORTAL G1. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2012/12/justica-condena-acusado-de-fraude-no-farmacia-popular-em-franca-sp.html>>. Acesso em: 15 set. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO (RIO). Decreto nº 31.036, de 31 agosto de 2009. Altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro 2009a; 01 Set.

_____. Lei n.º 5.026 de 19 de maio 2009. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro 2009b; 20 Mai.

_____. Secretaria Municipal da Casa Civil. Cartilha das Organizações Sociais do Município do Rio de Janeiro: Um brinde aos dois anos de vigência da Lei Municipal nº 5.206, de 19 de maio de 2009, Rio de Janeiro. 2011a.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO (RIO). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Assessoria de Assistência Farmacêutica. Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica. 2011b. 45p. Disponível em: <http://subpav.org/download/assfarm/assfarm_Diretrizes_AF_na_SMSDC_SUBPAV.pdf>. Acesso em: 22 set. 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Orientações para expansão das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro. 2009d. Disponível em: <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/clinicasdafamilia/produtos/arquivos/copy2_of_OrientaesparaExpanso.pdf/vi ew>. Acesso em: 22 fev. 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009c.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS nº 1.048 de 4 março de 2004. Aprova a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME, como instrumento técnico-normativo que reúne todo o elenco de medicamentos padronizados usados pela Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. 2004; 05 Mar. 2004.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS nº 1364 de 4 de julho de 2008. Aprova a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais REMUME-Rio como

instrumento técnico-normativo que reúne todo elenco de medicamentos padronizados para uso nas unidades próprias da SMS. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. 2008; 08 Jul.2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO (RIO). Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SMS nº 2177 de 19 de agosto de 2013. Estabelece Relação Municipal de Medicamentos (REMUME-RIO) como elenco de medicamentos e insumos para uso nas unidades da Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. 2013; 21 Ago. 2013.

_____. Subsecretaria de Atenção Primária Vigilância e Promoção da Saúde. Carteira de Serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde, Rio de Janeiro: SUBPAV. 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde da Criança. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=4288881>>. Acesso em: 10 out. 2013.

REVISTA EXAME. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/negocios/noticias/bilionario-brasileiro-dono-de-rede-de-drogarias-esta-aberto>>. Acesso em: 13 nov. 2013.

_____. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/negocios/setores/homes/setor-farmaceutico>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

SACKETT, D. L. et al. Evidence-Based Medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996; 312:71-2.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA. 2014. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso: em 03 jan. 2014.

SANTOS, B. E.; SILVA, L. F. *A Cadeia da Inovação Farmacêutica no Brasil: aperfeiçoando o marco regulatório*. III Prêmio SEAE de Monografias em Defesa da Concorrência e Regulação Econômica. 2008. Disponível em: <http://www.seae.fazenda.gov.br/conheca_seae/premio-seae/iii-premio-seae/profissionais-1>. Acesso em: 15 jul. 2013.

SANTOS, L. Administração pública e a gestão da saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C.; *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2011. (Coleção Pensar em saúde).

SANTOS-PINTO, C. D. B et al. Novos delineamentos da Assistência Farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Jun 2013, vol.29, no.6, p.1056-1058

SANTOS-PINTO, C. D. B.; COSTA, N. R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011; 16 (6): 2963-2973.

SARLEY, D.; LINDA, A.; ANUP, A. *Estimating the Global In-Country Supply Chain Costs of Meeting the MDGs by 2015*. Arlington: Agency for International Development. 2006.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, 2011, may, p. 61-74.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9,n. 4,Dec. 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SES-RJ). 2013. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/servicos/377-farmacia-popular.html>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

_____. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ nº 2.661, de 26 de dezembro de 2013. Dispõe sobre as normas de execução e financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do estado do Rio de Janeiro. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro* 2014; 15 jan.

SELAN, B.; KANNEBLEY S. Jr; PORTO, G. S. *Relatório setorial sobre inovação tecnológica na indústria farmacêutica brasileira: uma análise a partir dos indicadores de inovação*. Ribeirão Preto. 2007. 79 p. Disponível em: <<http://www.fipase.org.br/imagens/RelatSetFarmaceuticaBrasileira.pdf>>. Acesso em: 15 Ago. 2012.

SIMCHI-LEVI D.; KAMINSKY P.; SINCHI-LEVI E. *Cadeia de Suprimentos: Projeto e Gestão*. São Paulo: Bookman, 2000. 328 p.

SINDICATO DA INDÚSTRIA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS DO ESTADO DE SÃO PAULO (SINDUSFARMA). Indicadores Econômicos. Disponível em: <<http://www.sindusfarmacomunica.org.br/indicadores-economicos/>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

SINNOT S. et al. The Effect of Copayments for Prescriptions on Adherence to Prescription Medicines in Publicly Insured Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2013; 8(5): e64914. doi:10.1371/journal.pone.0064914

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 65-86.

STARFIELD B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

TEIXEIRA, L. S. Reajustes de preços administrados no setor da saúde. Câmara dos Deputados, Consultoria Legislativa. 2006. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1646/reajustes_precos_teixeira.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 jul. 2013.

TRANSPARÊNCIA CARIOCA. Tabela de Remuneração da Administração Direta da Prefeitura do Rio de Janeiro. Disponível em:

<[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2831653/4114633/ADMINISTRACAO_DIRET A CONSOLIDADO 2012 3.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2831653/4114633/ADMINISTRACAO_DIRET_A_CONSOLIDADO_2012_3.pdf)>. Acesso em: 09 set. 2012.

VARGAS, M. A. Projeto Perspectiva do Investimento no Brasil (PIB). Documento Setorial: Farmacêutica. 2009. Disponível em: <http://www.projetopib.org/arquivos/ds_saude_farmaceutica.pdf>. Acesso em: 08 Ago. 2012.

VELASQUEZ, G. El papel del Estado em el financiamiento de los medicamentos. In: BERMUDEZ, J.A.Z; OLIVEIRA, M.A; ESHER, A. *Acceso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel del Estado*. 1th ed. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. p. 25-40.

VELASQUEZ, G.; MADRID Y.; QUICK J. D. *Reforma Sanitaria y Financiación de los Medicamentos*: Temas seleccionados. Geneva: OMS, 1999.

VIANNA, C. M. M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis*. 2002; 12(2): 375-390.

VIEIRA, F. S; ZUCCHI, P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45 (5): 906-913.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Guidelines for developing national drug policies*. Geneva: WHO, 1988. 56p.

_____. *Health reform and drug financing: selected topics*. Geneva: World Health Organization; 1998. (WHO/DAP/98.3). Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jwhozip33e/>>. Acesso em: 23 jun 2013.

_____. *How to develop and implement a national drug policy*. 2. ed. Geneva: WHO, 2001. 96p.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Ed. Bookman, Porto Alegre, 2005. 270p

ZAIRE C. E. F.; SILVA R. M.; HASENCLEVER, L. Aquisições no âmbito do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: o caso dos programas de atenção básica. *Cadernos do Desenvolvimento Fluminense*. Rio de Janeiro, n. 3, 2013. Disponível em <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/cdf/article/view/9341/7242>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

ZAIRE, C. E. F. *A relação entre a indústria farmacêutica e a Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): a compra estadual e municipal de medicamentos no Rio de Janeiro*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

APÊNDICE A — Termo de Cessão de Dados



**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Instituto de Medicina Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Termo de Cessão de Dados

A Subsecretaria de Gestão (SUBG) da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SMSDC está sendo convidada para participar da pesquisa “Custos na Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio De Janeiro: uma comparação com os preços do Programa Aqui tem Farmácia Popular”, que resultará em uma tese do Doutorado em Saúde Pública do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a ser desenvolvido pelo doutorando Rondineli Mendes da Silva, sob a orientação da professora Dra. Rosângela Caetano, desta instituição.

O objetivo deste estudo é discutir o modelo de provisão de medicamentos do Programa Farmácia Popular na versão do setor privado (“Aqui tem Farmácia Popular”), comparando-o ao sistema público tradicional praticado na Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) do Rio de Janeiro, com vistas a levantar seus custos para os setores públicos envolvidos e discutir suas compatibilidades frente às diretrizes das Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica.

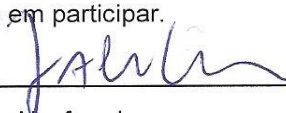
A participação desta Secretaria na pesquisa consistirá em permitir o acesso aos dados de aquisição, de logística e de dispensação de medicamentos da SMSDC. Cabe ressaltar que a participação não é obrigatória, mas será fundamental para a análise pretendida.

Os dados disponibilizados contribuirão para conhecer o panorama da cadeia dos custos logísticos (de distribuição) e de dispensação no Município, produzindo informações que possam subsidiar o debate sobre a provisão de medicamentos no setor público municipal e sua comparação com os preços dos medicamentos praticados no Programa Farmácia Popular, contribuindo para a gestão da Assistência Farmacêutica.

As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre os dados fornecidos. Como gestor de saúde, V.Sa. receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sobre a participação da instituição, agora ou a qualquer momento.

Em caso de dúvida, ou de se sentir prejudicado, poderá ainda contatar seu orientador, pelo telefone (21) 2334-0235, ou ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, situado à Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar, Blocos D e E, CEP 20550-900, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), telefones (21) 2334-0235 / 2334-0354 / 2334-0472 / 2334-0504 e fax (21) 2334-2152. Correio eletrônico: secretaria@ims.uerj.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.



Dr. Flávio Alcoforado
Subsecretário de Gestão - SMSDC

FLÁVIO CARNEIRO GUEDES ALCOFORADO
Subsecretário
Subsecretária de Gestão - SMSDC
Mat. 60/259.094-1

Pesquisador principal: Rondineli Mendes da Silva
Endereço: Rua Alice Tibiriçá, no. 311, bloco 3 – apto 903 – Vila da Penha/Rio de Janeiro
Telefones: (21) 3649 9199/(21) 8106 3925
E-mail: rondineli.mendes@gmail.com

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Caetano – Profa. Adjunta do Departamento de Planejamento, Políticas Públicas e Administração em Saúde – Instituto de Medicina Social-UERJ - Tels: (21) 2334-0235.
E-mail: caetano.r@gmail.com

APÊNDICE B — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Custos na Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio De Janeiro: uma comparação com os preços do Programa Aqui tem Farmácia Popular”, que resultará em uma tese do Doutorado em Saúde Pública do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a ser desenvolvido pelo doutorando Rondineli Mendes da Silva, sob a orientação da professora Dra. Rosângela Caetano, desta instituição.

O objetivo deste estudo é discutir o modelo de provisão de medicamentos do Programa Farmácia Popular na versão do setor privado (“Aqui tem Farmácia Popular”), comparando-o ao sistema público praticado na Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) do Rio de Janeiro, com vistas a avaliar seus custos para os setores públicos envolvidos e discutir suas compatibilidades frente às diretrizes das Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica.

Você foi convidado (a) por ser um gestor da área administrativa e de gestão da SMSDC e sua participação não é obrigatória. Sua participação não trará nenhum risco para você. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

As informações fornecidas por você contribuirão para um maior conhecimento das atividades relacionadas aos custos no setor de medicamentos conforme os princípios do SUS e serão úteis para o planejamento e execução de melhorias no atendimento dos usuários.

As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Como não haverá identificação no questionário, seu anonimato será preservado quando os dados forem divulgados.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Em caso de dúvida, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável no telefone 3649 9199 / 8106 3925, ou ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, situado à Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7o andar, Blocos D e E, CEP 20550-900, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), telefones (21) 2334-0235 / 2334-0354 / 2334-0472 / 2334-0504 e fax (21) 2334-2152. Correio eletrônico: secretaria@ims.uerj.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do (a) entrevistado (a):

Assinatura do (a) pesquisador (a):

APÊNDICE C — Artigos referentes ao trabalho da tese

Uma das estratégias pretendidas para a disseminação dos resultados desenvolvidos ao longo dessa tese e a elaboração e publicação de artigos científicos, em periódicos da área de saúde coletiva.

Até o presente, já foram elaborados e submetidos dois artigos, sendo um deles aprovado e com previsão de publicação na Revista Cadernos de Saúde Pública ainda esse semestre de 2014. O segundo foi submetido em março do corrente à Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health. Ambos encontram-se em anexo, na sequência.

Preve-se, ainda, dois outros manuscritos, a serem elaborados ao longo deste ano, com os seguintes títulos provisórios e respectivas revistas para submissão:

Artigo 3: Programa Farmácia Popular do Brasil: Gastos com pagamentos de medicamentos no período 2006-2013 — Revista de Saúde Pública

Artigo 4: Programa “Aqui tem Farmácia Popular”: comparação dos gastos em 2012 com os custos da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para um elenco selecionado de itens — Cadernos de Saúde Pública

1) Artigo aprovado pela Revista Cadernos de Saúde Pública, em 12/12/2013

Título: Gastos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro com Medicamentos: Uma Análise do Período 2002-2011

Autores: Rondineli Mendes da Silva^{1,2}, Rosângela Caetano¹

Instituição:

1 – Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

2 – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz.

Resumo

O estudo analisou o comportamento histórico de compras de medicamentos da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro entre 2002-2011. Utilizaram-se dados financeiros sobre quantidade anual total adquirida e preço unitário. Calculou-se o gasto anual por habitante e a proporção das despesas com medicamentos frente aos gastos municipais em saúde. Os gastos foram ajustados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo para compará-los a 2011. Os medicamentos foram classificados, segundo ambiente de predomínio de uso, em hospitalar ou atenção primária (APS) e pelas classes do sistema anatômico-terapêutico-químico da OMS. Os gastos totais ajustados foram de cerca de R\$ 575 milhões, com redução ao longo do intervalo analisado. Medicamentos anti-infecciosos e vinculados aos sistemas cardiovascular e nervoso responderam por 55% dos gastos totais. Houve transição dos gastos com medicamentos do ambiente hospitalar para aqueles de uso predominante na APS. A análise pode potencializar a gestão e sinaliza para necessidade de correção de rumos na política municipal de medicamentos.

Abstract

The study analyzed data from drug acquisition of the Municipal Department of Health of Rio de Janeiro between 2002-2011. We used financial data on total annual quantity purchased and price per unit. We calculated the annual expenditure per capita and the proportion of drug costs in the face of municipal health expenditure. Expenditures have been adjusted by the Consumer Price Index Broad, to compare them to 2011. The medicines were classified according to usage setting condition in the hospital or primary health care (PHC) and were classified according Anatomical Therapeutic Chemical classification system. Total expenditures were approximately R\$ 575 million and with a reduction on spending in the analyzed period. Anti-infective drugs and related to the Cardiovascular and Nervous System, accounted for 55% of total spending with transition from hospital to pharmaceutical care linked to PHC. The using of spending data allowed an analysis that enhances the management and give us direction in order to correct the way of the municipal politics of drugs.

Resumen

El estudio analizó los datos de adquisición de medicamentos del Departamento Municipal de Salud de Río de Janeiro entre 2002-2011. Hemos utilizado los datos financieros que contienen información sobre la cantidad total comprada y el precio por unidad. Se calculó el gasto anual per cápita y la proporción porcentual de los costos de medicamentos frente a los gastos de salud municipal. Los gastos se han ajustado por el Índice de Precio al Consumidor Amplo, para compararlos con 2011. Los medicamentos se clasifican de acuerdo al uso predominante entorno hospitalario o de atención primaria de salud (APS) y el sistema de la OMS anatómica-terapéutica-química. Los gastos totales fueron de aproximadamente \$ 575 millones y con una reducción de los gastos en el período analizado. Antiinfecciosos y los sistemas cardiovascular y nervioso representaron el 55% del gasto total, con la transición del hospital a la atención farmacéutica vinculada a la APS. El uso de datos de gasto permitido un análisis que mejora la gestión y dirección para la corrección de la política municipal.

Introdução

Um tema central para o desenvolvimento das ações de Assistência Farmacêutica (AF) refere-se ao seu financiamento. Nesse sentido, a Política Nacional de Medicamentos¹ (PNM) de 1998 estabeleceu a Diretriz de Reorientação da AF, articulada em três pontos: garantia de recursos pelas três esferas para distribuição direta ou descentralizada, descentralização plena da aquisição e distribuição de medicamentos, e financiamento específico para os medicamentos da atenção básica.

O movimento descentralizador no financiamento da AF, especificamente voltado ao contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), é inaugurado pela vigência da Portaria GM nº. 176/1999, que define um Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, cabendo ao Ministério da Saúde (MS) a gestão central dos Programas Estratégicos. Estabeleceu-se o repasse financeiro direto do fundo federal aos fundos estaduais e/ou municipais, permitindo a estes entes governamentais maior autonomia na aquisição de medicamentos².

Naquele momento, o financiamento da AF envolvia um recurso mínimo de R\$ 2,00 por habitante/ano. Em 2005 e 2007, verificaram-se aumentos no aporte de recursos^{3,4,5} e um reforço no papel do município como gestor da aquisição de medicamentos relacionados à atenção básica, em conformidade à PNM. O financiamento mínimo atual⁶ por habitante/ano, somando-se as contrapartidas dos três entes federativos, é de R\$ 8,82, com o MS contribuindo com R\$ 5,10 e estados e municípios participando, cada um, com R\$ 1,86.

No presente, os recursos de financiamento do bloco da AF estão categorizados em três componentes: Básico, Especializado e Estratégico, onde os três gestores do SUS, dependendo da especificidade de cada um dos Componentes, participam financiando através da aquisição direta ou por repasse de contrapartidas financeiras⁷. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) é destinado à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica em saúde, estando vinculado a um elenco de referência nacional de medicamentos e insumos complementares. A Relação Nacional de Medicamentos⁸ (RENAME) de 2010 ainda é a base de organização da lista em vigor.

O Rio de Janeiro, segunda maior capital do país, possuía 6.355.949 habitantes em 2011⁹. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) responde por uma rede de mais de 23 hospitais próprios com diferentes graus de complexidade e 3.329 leitos¹⁰. Possui ainda 228 unidades básicas, tendo passado por uma expansão significativa de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir de 2009¹¹.

A dotação orçamentária para a área de AF computa os recursos originalmente do tesouro municipal e as transferências das esferas federal e estadual. A programação anual de medicamentos é realizada pela gerência central de AF, utilizando predominantemente o método do consumo histórico, com os processos de aquisição sendo registrados em um sistema de informações específico.

Na última década, a rede municipal de serviços de saúde sofreu algumas mudanças que podem ter impactado no perfil de aquisições de medicamentos e outros insumos da SMS-RJ. Como antiga capital do país, o Rio possuía um grande número de unidades federais de saúde, sobretudo hospitalares, que sofreram um processo de municipalização a partir de 1999¹². Em 2005, ocorreu intervenção federal em

quatro hospitais federais anteriormente municipalizados e dois hospitais municipais próprios, que foram justificadas, através do Decreto presidencial nº. 5.392/2005, como devidas a um “estado de calamidade pública” decorrente da repetida insuficiência de insumos e, principalmente, de recursos humanos¹³. Ainda neste mesmo ano, o Supremo Tribunal Federal considerou o processo de intervenção nos hospitais próprios como inconstitucional e estas unidades voltaram à gestão da SMS-RJ. No entanto, as quatro unidades hospitalares originalmente federais retornaram, em definitivo, para a administração federal¹².

As mudanças acima referidas e as significativas alterações ocorridas na política de financiamento da AF no país, bem como o porte do município, a complexa rede de serviços de saúde sob sua alçada e organização relativamente estruturada de sua AF, assinalam aspectos que tornam interessante estudar o perfil de aquisições de medicamentos no município do Rio de Janeiro. Assim, o trabalho objetivou analisar o comportamento histórico dos gastos com aquisição de medicamentos da SMS-RJ de 2002 a 2011, com foco na tendência desses gastos e em sua composição pelo locus de utilização preferencial na rede de serviços.

Metodologia

O trabalho, de cunho exploratório-descritivo, foi estruturado com base nos dados de aquisição de medicamentos pela SMS do Rio de Janeiro durante o decênio 2002 a 2011, independente da origem inicial dos recursos dedicados às compras serem municipais ou de transferências estadual ou federal. As aquisições relacionadas a processos de judicialização foram excluídas das análises, em função de seu caráter irregular e, muitas vezes, de compra emergencial; as mesmas estão fora do banco de dados utilizado como fonte para a pesquisa, sendo gerenciadas e registradas em outro sistema peculiar.

Foram utilizados dados financeiros públicos de aquisição oriundos dos processos de empenho com medicamentos no período. O empenho representa o primeiro estágio de execução da despesa pública, não significando, contudo, que estes foram os valores efetivamente liquidados, executados quando da entrega e pagamento dos materiais fornecidos¹⁴, que nos sistemas de dados da SMS não se encontram desagregados por itens adquiridos.

Os relatórios de compras foram extraídos do sistema de controle, planejamento e distribuição de materiais (SISMED), que emite as ordens de entrega aos fornecedores, os quais, por sua vez, abastecem o almoxarifado farmacêutico central com medicamentos do Componente Básico da AF¹⁵. Embora públicos e divulgados no Diário Oficial do Município, permissão de acesso aos dados foi obtida junto a Subsecretaria de Gestão da SMS-RJ.

Os relatórios extraídos do SISMED relativos ao período 2002-2011 foram diretamente trabalhados no aplicativo Microsoft Excel®, com organização de planilhas anuais contendo descrição dos medicamentos, quantidade total adquirida e preço unitário. Nestas planilhas, cada medicamento, com sua forma de apresentação, constitui um item individualizado, permitindo calcular o gasto específico para cada um destes.

Os medicamentos adquiridos foram categorizados segundo seu ambiente de maior consumo e uso, através de uma adaptação das convenções adotadas na RENAME 2010⁸. As categorias

convencionadas para este estudo foram: (H) — medicamentos destinados para uso predominantemente hospitalar, em pacientes internados ou ambulatoriais que necessitam de atendimento especializado; (AP) — medicamentos voltados para o atendimento ambulatorial na atenção primária; e, (H/AP) — produtos com dupla carga de utilização, tanto hospitalar como atenção primária, não sendo possível definir predomínio de um ambiente de uso. Comparação por estas categorias mostra-se relevante pelo fato da SMS-RJ possuir uma rede complexa de saúde e contar com um grande número de unidades e leitos hospitalares, que podem determinar demandas específicas.

Os medicamentos foram também categorizados de acordo com o Sistema de Classificação Anatômico-Terapêutico-Químico, ou ATC (sigla em inglês de *Anatomical Therapeutic Chemical*), até o terceiro nível (subgrupo terapêutico), a partir de consulta à página eletrônica da WHO *Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*¹⁶.

Para os dados de população necessários às estimativas de gastos *per capita*, foram utilizadas as informações demográficas presentes na página eletrônica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A estimativa do gasto por habitante foi obtida pela divisão entre o volume de recursos dispendidos pela SMS-RJ com as aquisições de fármacos em um dado ano e a população informada pelo IBGE para o mesmo.

Os gastos com aquisição de medicamentos foram ainda avaliados como percentual dos gastos municipais em saúde, a partir de valores relativos ao Rio de Janeiro, obtidos em consulta à página eletrônica do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde¹⁷ (SIOPS).

Os gastos anuais são apresentados em valores correntes e, considerando a extensão do período analisado e a importância da atualização monetária dos valores para avaliação de tendências, foram também ajustados aplicando-se o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), permitindo compará-los aos valores de 2011, utilizando informações obtidas do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas¹⁸. A opção pelo uso desse deflator tomou por base a Lei nº. 10.742/2003, que estabeleceu as normas de regulação do setor farmacêutico e define este índice, calculado pelo IBGE, para fins do ajuste nos preços dos medicamentos¹⁹.

Resultados

A estimativa de gastos correntes *per capita*, tomando por base a população do município para cada ano do estudo (tabela 1), mostrou-se oscilante até 2009, com clara tendência de redução entre 2006 e este ano. A partir daí, retoma o crescimento e atinge, em 2011, o maior valor de período (R\$ 8,83/habitante). Este padrão se mantém mesmo quando se excluem os gastos com antineoplásicos, que fizeram parte do rol de aquisições da SMS-RJ durante os primeiros três anos do período examinado, em função da presença, na esfera municipal, de hospitais da rede federal que se encontravam naquele momento na gestão local.

As despesas correntes com medicamentos como proporção dos gastos municipais em saúde foram, em média, de 2,8%. A maior proporção foi atingida em 2006 (4,5%) e a menor em 2009 (1,8%). O

percentual relativo a 2011 (1,8%) corresponde a 40% da presente em 2006, que representa o ano com maior proporção de gastos no período investigado.

O número de itens adquiridos, entendido item como medicamento com cada uma de suas formas de apresentação, flutuou bastante, variando entre 325 e 495 (média de 419). O ano de 2003 representou o período de maior diversidade de itens comprados; apenas em 2005, 2009 e 2010, houve aquisição inferior a 400 itens (tabela 1).

O número médio de unidades farmacêuticas, independente da apresentação do produto, foi de 4.505.362.601, novamente com significativa variação anual. Em 2010, foram adquiridos mais de 750 milhões de unidades farmacêuticas (16,7% do total), apesar deste ano ter contribuído com 8,7% do gasto total.

O valor total de recursos financeiros gastos pela SMS-RJ com a compra de medicamentos no período de estudo foi de aproximadamente R\$ 575,5 milhões, com média anual de R\$ 57,5 milhões, em valores corrigidos pelo IPCA a 2011 (tabela 2).

São percebidas também grandes variações nos gastos anuais entre 2002-2011. Embora com algumas oscilações, houve tendência de queda no período, só revertida a partir de 2010. O ano de 2002 correspondeu aos maiores dispêndios com R\$ 77.315.228,39 (13,4% do total), seguido de 2004 com cerca de R\$ 71 milhões (12,3%); 2009 representou o menor valor de gasto (7,1%). Os gastos ajustados relativos aos anos entre 2002 a 2006 corresponderam a 56,2% do total.

Segundo o lócus principal de uso, verificou-se que medicamentos de uso predominantemente ambulatorial e na atenção primária (AP) corresponderam, em média, a cerca de metade dos gastos corrigidos do decênio examinado, variando entre 35% (2002) e 68% (2010) do total. Embora com oscilações, há uma propensão de crescimento dos gastos neste lócus de atenção. Em contrapartida, há uma tendência inversa, de queda, em relação aos medicamentos de uso predominantemente hospitalar, mesmo com elevação ocorrida em 2011 (tabela 2). Exceto por 2011, em todos os demais anos, medicamentos de uso misto — na atenção primária e no ambiente hospitalar (H/AP) — corresponderam sempre a menos de 10% do total de gastos da SMS-RJ com aquisição de fármacos.

Três classes ATC correspondem a quase 55% do total de gastos corrigidos no período: anti-infecciosos (24,5%); sistema cardiovascular (17,1%) e sistema nervoso (14,2%) (tabela 3). Exceto em 2007, quando foram suplantados pelos medicamentos relacionados ao sistema cardiovascular, anti-infecciosos corresponderam sempre a categoria ATC de maior gasto, chegando a atingir 29% do total em 2005. O grupo relativo aos antineoplásicos foi item significativo de compras apenas no período 2002-2004, quando correspondeu em média a 8% dos gastos totais da SMS-RJ.

Os gastos com medicamentos fitoterápicos, não presentes na Classificação ATC, só começaram a se constituir em objeto de compra a partir de 2009, mas se elevaram em mais de 1000% até 2011.

Analisando-se o comportamento dos gastos proporcionais das três principais categorias ATC (tabela 4) segundo o local predominante de uso, observa-se que, no caso dos medicamentos relativos ao sistema cardiovascular, o lócus é sempre, em todos os anos do período, a atenção primária. No caso daqueles pertencentes à categoria N (Sistema Nervoso), o predomínio dos gastos, para o período

agregado, corresponde a APS em 55,8%; observa-se também uma tendência de queda progressiva destes no ambiente hospitalar. Quanto aos anti-infecciosos, as oscilações ano a ano dos gastos, em valores corrigidos, não permitem estabelecer um ambiente predominante de utilização no período coberto pela análise.

Uma análise mais detalhada dos 10 maiores itens de gastos totais mostrou que, nos dispêndios de 2002, prevaleciam gastos com medicamentos de uso predominante no ambiente hospitalar (6 itens, correspondendo a 68,7% dos R\$ 15.790.763,06 gastos reais deflacionados), enquanto existiam apenas dois produtos de uso na atenção básica (14,7% dos gastos). Mesma avaliação para 2011 apresentou comportamento inverso, dominando entre os 10 maiores itens de gasto, medicamentos de uso predominante na atenção básica (6 itens, 52,5% do total de R\$ 7.943.606,70) sobre aqueles de utilização prevalente no âmbito hospitalar (apenas 2 itens, 11,4% desse subtotal de gastos).

Observa-se o importante papel nos gastos com um único fármaco — cloridrato de hidralazina, na apresentação de comprimidos de 25mg — que, desde 2005, ocupa posição de destaque, figurando como o item de maior impacto nos dispêndios de 2007 a 2010 e como o segundo maior item em 2011.

Discussão

Vieira e Mendes²⁰ destacam a necessidade de se desenvolver análises do comportamento dos gastos de medicamentos no SUS, pois estes insumos têm exercido um papel destacado nos gastos em saúde, principalmente em sistemas nacionais de acesso universal.

Alguns trabalhos tem se dedicado a examinar os gastos com assistência farmacêutica no Brasil, mas eles focam predominantemente no comportamento dos gastos federais^{21,22}. Entretanto, com a descentralização administrativa das unidades de saúde do âmbito federal e estadual para os municípios, os serviços farmacêuticos também passaram a ser executados, em sua maioria, pela esfera municipal, sendo relevante examinar os gastos com medicamentos relacionados a este ente subnacional, sobretudo em face da pouca informação existente a respeito²³.

A avaliação do comportamento dos gastos da SMS-RJ com aquisição de medicamentos identificou uma significativa oscilação no decênio (tabela 1). A ocorrência de transição de uma assistência farmacêutica fortemente hospitalar para aquela mais vinculada à atenção primária pode ser um fator contribuidor para o comportamento flutuante identificado. Dois aspectos reforçam essa hipótese: a saída de diversos hospitais federais da esfera municipal, com seu retorno à administração federal a partir de 2005, e a progressiva expansão da atenção básica no município, na forma da Estratégia Saúde da Família, nos últimos anos do período examinado.

Não houve expansão nos gastos da SMS-RJ; pelo contrário, o exame dos gastos corrigidos mostra tendência de redução no período analisado, ainda que nos últimos três anos tenha ocorrido pequeno aumento nestes. Mesmo assim, os valores desses anos ficam claramente abaixo daqueles que vinham existindo na primeira metade do decênio sob análise.

Estudo de caráter nacional recente, realizado pelo IPEA, também demonstrou flutuações no gasto público global com aquisição de medicamentos, entre 2005-2008, com crescimento modesto no

período²⁴. Sobre os gastos de cada esfera de governo com o elenco de medicamentos sob sua responsabilidade, o trabalho menciona que os municípios contribuíram nos gastos totais proporcionais em 2005 com 20,2%; estas contribuições para 2006, 2007 e 2008 corresponderam a respectivamente 17,1%, 13,3% e 17,5%, evidenciando uma redução relativa, ainda que pequena, da participação municipal.

Na SMS-RJ, 2002 a 2004 corresponderam ao intervalo temporal de maior gasto (37% do total corrigido). Em 2005, verifica-se forte queda, coincidindo com fase de crise financeiro-orçamentária da SMS-RJ que contribuiu para o processo de intervenção no município e de refederalização dos hospitais já mencionado. Destaca-se ainda que 2009 foi o ano de menor dispêndio com aquisições diretas de medicamentos da Secretaria. Além de subjacente à troca de governo, o que pode ter agregado dificuldades de execução orçamentária, nele ocorreu uma alteração nos procedimentos licitatórios da SMS, que passaram de pregões presenciais a eletrônicos. Esse fato fragilizou as compras e o abastecimento, com ocorrência de inúmeros itens fracassados nas licitações.

Não é possível se afirmar também que a elevação identificada a partir de 2010 seja uma tendência de retomada do volume de gastos com medicamentos. Pode ser que este aumento seja tão somente pontual, o que apenas poderá ser mais bem definido a partir do acompanhamento e exame nos gastos futuros da SMS-RJ.

A despeito disso, esse período coincide com a expansão da rede de atenção primária municipal, decorrente principalmente do aumento de cobertura da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, que sai da ordem de pouco mais de 10%, presente sem grandes alterações entre 2006 e 2009, para mais de 30% no início de 2012¹¹. Esta expansão repercutiu no volume de procedimentos clínicos²⁵ — a produção aprovada de atendimentos englobados nos códigos “consultas / atendimentos / acompanhamentos” subiu, entre 2010 e 2011, de 6.639.831 para 10.541.774 (incremento de 59%) — e pode também ter impactado no consumo de medicamentos da SMS.

O gasto médio *per capita* da SMS-RJ com medicamentos no período, em valores correntes, foi de R\$ 7,35. De forma semelhante aos gastos anuais, observa-se variação nos gastos por habitante no decênio, com tendência decrescente entre 2006 e 2009, e recuperação nos dois últimos anos analisados, atingindo em 2011 maior valor entre os dez anos examinados (R\$ 8,83).

Para tal recuperação, além da expansão da rede municipal de APS já mencionada, pode ter contribuído a Portaria 4.217/2010⁶, em vigor a partir de 2010, que eleva o financiamento mínimo do Componente Básico da AF dos três entes federativos para R\$ 8,82 per capita/ano. Este valor global representa um aumento de 341% nos valores mínimos de aplicação por habitante/ano, considerando os R\$ 2,00 definidos pela Portaria 176/99², que primeiro estabeleceu valores mínimos para o financiamento da assistência farmacêutica básica. A expansão das contrapartidas municipais, considerando o período histórico de 1999 a 2010, representou uma evolução de 272%, tomando por base a aplicação dos recursos mínimos por habitante legalmente instituídos.

Comparações diretas entre os gastos municipais *per capita* com os valores definidos pelas diversas portarias ministeriais que estabelecem os valores mínimos por habitante/ano^{6,7} devem ser feitas com

muita cautela, porque estas últimas têm por foco apenas o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e pactuações em instâncias de deliberação pelas Comissões Intergestores Bipartite, envolvendo os estados e municípios, é possível a existência de valores superiores aos contidos nas normas do MS.

Os valores por habitante gastos pela SMS-RJ nos últimos dois anos do período analisado — respectivamente R\$ 7,46 e R\$ 8,83 — apontam que, no máximo, o gasto municipal em 2010 e 2011 se aproxima ou iguala ao valor mínimo por habitante estabelecido pela Portaria 4.217/10 para o financiamento apenas da AF básica, levando a suspeita de subfinanciamento da AF como um todo nessa Secretaria.

Um elemento que precisa ser lembrado neste contexto é o Programa Farmácia Popular (PFP), desenvolvido pelo Ministério da Saúde a partir de 2004, com o objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais, a baixos preços, através de subsídios da União²⁶. O Programa sofreu forte expansão a partir de 2006, com a entrada do setor privado. Em julho de 2012, existiam vinculados ao PFP 19.666 estabelecimentos comerciais, cobrindo 3.353 municípios, sendo 457 farmácias no município do Rio de Janeiro²⁷. O PFP, através de sua vertente “Saúde Não Tem Preço”, disponibiliza acesso, sem desembolso direto, a cerca de 30 medicamentos comuns ao elenco do componente básico da AF, entre anti-hipertensivos, antiasmáticos, antidiabéticos, etc. No Rio de Janeiro, em 2011, 227.178.124 unidades farmacotécnicas foram obtidas pelos beneficiários do Programa, correspondendo a um gasto de R\$ 63.372.116,81, desembolsado pelo Ministério da Saúde²⁷. De que forma a entrada do Programa no município se correlaciona com a evolução nos gastos da SMS-RJ é algo por ser estudado no futuro, mas é possível especular que possa estar repercutindo de alguma forma nos dispêndios com medicamentos do ente municipal.

Outro aspecto importante de ser evocado reside na proporção entre as despesas com aquisições de medicamentos e os gastos municipais em saúde, que foram significativamente mais baixos nos últimos três anos que no restante do período. Em 2011, os gastos com medicamentos em relação ao orçamento total de saúde do Rio de Janeiro corresponderam a apenas 1,8%, muito inferior a 2006, quando chegou a representar aproximadamente 4,5%. Isso aconteceu mesmo com o crescimento dos orçamentos municipais para a saúde, que tem se elevado desde 2006.

Caliari e Ruiz²⁸ analisaram o gasto governamental real total e *per capita* com medicamentos no período entre 2002-2006. Os gastos por habitante totais cresceram a uma taxa média de 18%, existindo aumento por parte dos estados e municípios (32% e 74%, respectivamente), porém menores que a elevação dos gastos da União (197%). No caso dos municípios, os gastos/habitante ascenderam de R\$ 2,78 para R\$ 4,84, no final do intervalo examinado. Quanto à relação despesas com medicamentos sobre despesas totais de saúde, o trabalho não traz dados especificados por município, mas para o estado do Rio de Janeiro houve crescimento da ordem de 6,29%.

Vieira e Zucchi²⁹ buscaram analisar, para o ano de 2009, a aplicação direta de recursos financeiros na aquisição de medicamentos no SUS pela União, Estados e Municípios. Estados e o Distrito Federal foram os principais executores, respondendo por 47,1% do valor total liquidado no SUS (R\$ 8,9 bilhões). A média de gastos *per capita* dos Estados foi de R\$ 22,00 habitante/ano, com o estado do Rio

de Janeiro situado abaixo desta (R\$ 18,29). Há diferenças entre os gastos municipais conforme a região e o porte. A média do gasto *per capita* daqueles com até cinco mil habitantes foi 3,9 vezes maior que dos com população superior a 500 mil habitantes, em decorrência possivelmente do maior poder de negociação e escala de compras dos municípios maiores.

Em relação ao locus predominante de uso dos medicamentos (tabela 2), pode-se verificar que houve uma inversão ao longo do período, com medicamentos vinculados à APS atingindo, em 2010, a quase 70% do total. Esta inversão nos gastos corrigidos é ainda mais relevante se considerado que parte significativa dos fármacos empregados na APS é, usualmente, de produtos sem valoração de patentes, com tecnologia já difundida e presença de genéricos no mercado e, portanto, com baixo valor unitário e agregado.

Conhecer o desempenho dos gastos municipais da assistência farmacêutica permite orientar suas atividades pela lógica da atenção à saúde, de maneira a aumentar a cobertura qualificada de acesso aos medicamentos, aplicada aos desafios sanitários³⁰. Desse modo, a mudança verificada no comportamento do ambiente de gastos traz à tona a discussão em torno da integração da AF ao modelo de atenção à saúde, que no SUS tem ocorrido por meio do fortalecimento da expansão da APS, com foco na Estratégia Saúde da Família.

Quanto à distribuição dos gastos de acordo com os subgrupos anatômicos/farmacológicos da classe ATC (tabela 3), identificou-se contribuição importante de três categorias: anti-infecciosos, sistema cardiovascular e sistema nervoso. Somadas, responderam por quase 56% do total (R\$ 313.850.306,82 em valores corrigidos). Esses subgrupos terapêuticos guardam compatibilidade com o padrão de projeção de carga de doenças no cenário nacional, pois doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares e transtornos depressivos recorrentes constituem-se em causas principais de carga de doença em nosso meio, somadas às doenças infecto-parasitárias, com tendência de declínio, porém ainda muito presentes no cenário nacional³¹.

Entre os medicamentos cardiovasculares, destaca-se a participação do anti-hipertensivo hidralazina. Esse medicamento possui patente expirada, um único fabricante (multinacional) e preço unitário elevado, comparado aos demais anti-hipertensivos. Seu valor por unidade farmacotécnica, em 2002, era de R\$ 0,08, ascendendo para R\$ 0,15 em 2011, mesmo com seu volume de aquisição aumentado em quase dez vezes (dados não mostrados). A hidralazina apresenta indicação de uso como segunda ou terceira escolha nos protocolos de atendimento de hipertensão preconizados pela Secretaria Municipal, usada apenas em hipertensão grave e refratária, emergências hipertensivas, pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia³², e os volumes de gastos podem estar indicando usos não racionais do medicamento.

Chama atenção a queda significativa de gastos referentes aos antineoplásicos, ocorrida a partir de 2005, que caiu de 8% dos gastos para menos de 0,5% do total. Até 2004, a SMS-RJ comprava quantidade significativa de oncológicos para abastecimento, principalmente, dos hospitais que foram refederalizados. Em termos de itens, isto significou a eliminação de aquisição de mais de 50 medicamentos antineoplásicos, em suas várias formas de apresentação.

A expressiva expansão verificada no grupo de medicamentos fitoterápicos pode estar representando a aplicação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos pela SMS-RJ. Há, nesta Secretaria, um Programa de Práticas Integrativas e Complementares, onde se inclui cultivo de certas plantas medicinais em hortas, a manipulação, produção e dispensação de medicamentos fitoterápicos, além da aquisição de produtos industrialmente produzidos.

O financiamento da AF é apenas uma etapa, que vai muito além dos valores ou processo de aquisição. Nesta lógica, os serviços farmacêuticos precisam estabelecer relacionamentos com seus usuários, favorecendo e, muitas vezes, determinando o uso seguro de medicamentos e maximizando seus resultados positivos. Este estudo restringiu-se a análise de montantes e aspectos das aquisições e não deteve seu olhar nestes outros elementos, extremamente relevantes para os processos de cuidado e de assistência aos em saúde.

Outra limitação a ser mencionada é que os valores examinados correspondem a empenhos com aquisição de medicamentos pela SMS-RJ. Pode ocorrer, entretanto, que eles não guardem uma correlação absolutamente direta com os gastos reais executados e liquidados por esta Secretaria. Por exemplo, o valor empenhado pode corresponder a uma aquisição, por um dado fornecedor, de 1000 unidades de um dado fármaco, com um valor empenhado de R\$ 1.000,00, mas este só ter efetivamente entregue 90% deste volume. O valor pago corresponderá, portanto, a R\$ 900,00 e não aos R\$ 1.000,00 inicialmente empenhados, o que pode trazer algum grau de superestimação nos gastos contabilizados.

O estudo concentrou-se no exame dos gastos com compras diretas regulares de medicamentos. Não estão incluídos, portanto, os gastos da SMS-RJ com os processos de judicialização envolvendo fármacos. Trabalho de Bomfim³³ registra que, em 2006, os gastos do gestor do município do Rio de Janeiro para atender às demandas judiciais para obtenção de medicamentos somaram R\$ 8.311.016,06. Considerando os gastos correntes diretos da SMS-RJ com medicamentos para este mesmo ano, este montante corresponde a aproximadamente 17%.

Por fim, que deve ser registrada a arbitrariedade da definição do ambiente de prevalência de uso dos medicamentos estabelecida nesta pesquisa, que pode vir a enviesar alguns dos resultados obtidos. Entretanto, a mesma tomou por base uma classificação explícita, qual seja a da RENAME 2010, que considera o uso hospitalar como compreendendo o emprego do medicamento em pacientes internados, acompanhados em hospitais-dia ou em tratamento com antineoplásicos. É possível que um produto de maior uso na APS possa também ser utilizado, ocasionalmente, no tratamento de pacientes hospitalizados, embora se estime que, se tal ocorre, isso se dê sem representatividade significativa de consumo, quando comparados.

Considerações Finais

Medicamentos são insumos vitais para o funcionamento dos sistemas de saúde e precisam ser garantidos através de políticas governamentais ou medidas que assegurem esta ação. Os programas de assistência farmacêutica no SUS são, muitas vezes, a única forma de acesso aos medicamentos

para parte importante da população brasileira, mas agregam pressões significativas sobre os recursos públicos destinados à saúde, sendo relevante considerar a sustentabilidade dos programas desenvolvidos nesse contexto assistencial.

O trabalho abrangeu período relativamente extenso e importante, onde ocorreu ampliação do processo de descentralização do financiamento da AF, sendo possível identificar uma tendência de mudança no perfil de gastos com aquisições dos medicamentos no decênio examinado, invertendo-se do ambiente hospitalar para o lócus da Atenção Primária em Saúde, apesar de não ser suficientemente amplo para aferir uma tendência de longo prazo. Essa transição é compatível com a escolha do MS ao institucionalizar a Estratégia de Saúde da Família como política nacional de APS e como estruturante dos sistemas municipais de saúde, seguindo uma proposta de reorientação no sistema de saúde do Brasil.

Por fim, os resultados apresentados podem contribuir para uma maior responsabilização do município na gestão e aplicação de recursos com medicamentos na APS. Essa evidência não é trivial, requerendo uma estrutura técnica e administrativa capaz de aplicação correta e eficiente destes recursos na AF, compatibilizando o caráter técnico-gerencial com ações técnico-assistenciais que garantam, entre outros, o uso racional de medicamentos nos diversos espaços de atenção.

Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.916/GM de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília 1998; 10 nov.
2. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 176, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 199; 11 mar.
3. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.105, de 5 de Julho de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos nesse nível de atenção à saúde. Diário Oficial da União 2005; 12 ago.
4. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.084 de 26 de outubro de 2005. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências. Diário Oficial da União 2005; 28 out.
5. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.237 de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Diário Oficial da União 2007; 26 dez.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº. 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União 2010; 29 dez.
7. Ministério da Saúde. Portaria nº. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União 2007; 31 jan.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 250 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa da População: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1961 (acessado em: 15/Jul/2012).
10. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=33&VCodMunicipio=330455&NomeEstado=RIO%20DE%20JANEIRO (acessado em 23/Jul/2012).
11. Pinto LF. Clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro: a expansão da atenção primária em saúde em questão. In: Anais do 9º nacional da Rede Unida; 2010 jul 18-21; Rio Grande do Sul, Brasil. Porto Alegre: Rede Unidade. Disponível em <http://www.redeunida.org.br/congressos-antecedentes> (acessado em 20/Jul/2012).
12. Justo, AM. O processo de intervenção federal no Município do Rio de Janeiro: possibilidades de inovação na gestão e a condição dos recursos humanos nos hospitais refederalizados. 2008. 156 f. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
13. Brasil. Decreto nº 5.392, de 10 de março de 2005. Declara estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2005; 11 mar.
14. Portal da Transparência do Governo Federal: <http://www.portaldatransparencia.gov.br/glossario/> (acessado em 13/Fev/2013).
15. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (RIO). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Assessoria de Assistência Farmacêutica. 2011b. Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica. p.45.
16. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical-Therapeutic-Chemical Classification Index [base de dados na internet]. Oslo: Norwegian Institute of Public Health. 2009. Disponível em: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ (acessado em 10/Jul/2012).
17. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS): <http://www.siops.datasus.gov.br/> (acessado em 15/Out/2012).
18. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ipeadata Macroeconômico. Disponível em <http://www.ipeadata.gov.br/> (acessado em 15/Jul/2012).
19. Brasil. Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003; 07 out.
20. VIEIRA, Fabíola Sulpino; MENDES Andrea Cristina Rosa. Evolução dos gastos com medicamentos: crescimento que preocupa. In: VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde; 2007; São Paulo, BR. São Paulo: PUC/SP; 2007.
21. Vieira, FS. Gastos do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. Rev. Saúde Pública. 2009; 43 (4): 674-681.

22. Carias, CM, Vieira, FB; Giordano, CV, Zucchi, P. Medicamentos de dispensação excepcional: histórico e gastos do Ministério da Saúde do Brasil. Rev. Saúde Pública [online]. 2011; 45 (2): 233-240.
23. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(2):149–56.
24. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Programas de assistência farmacêutica do governo federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008. Texto para discussão. Brasília. 2011.
25. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde. Assistência à Saúde. Despesas em saúde. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202> (acessado em 20/Fev/2013).
26. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 21 Mai. 2004b.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/> (acessado em 15/Out/2012).
28. Caliari, T; Ruiz, RM. Os gastos públicos com medicamentos no período de 2002 a 2006. Rev. Adm. Saúde, 2010; 12 (49):167-176.
29. VIEIRA, Fabíola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública. 2011; 45 (5): 906-913.
30. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Volume 7. Brasília: CONASS, 2007.
31. Leite et al. Projeção da Carga de Doença no Brasil (1998-2013). In: Buss PM, Temporão JG, Carvalheiro JR (org). Vacinas, Soros & Imunizações no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
32. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Hipertensão: protocolos de atendimento. Disponível em <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeConteudo?article-id=124760> (acessado em 01/Ago/2012).
33. Bomfim, RLD. Agenda única de saúde: a busca do acesso universal e a garantia do direito à saúde. 2008. 164 f. [Tese de Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.

Tabela 1. Itens, Unidades Farmacêuticas, Gastos totais por habitante e Porcentagem das despesas com medicamentos sobre despesas totais de saúde com aquisição de medicamentos da SMSDC-RJ no período 2002-2011, em valores correntes e corrigidos

Ano	Total de itens adquiridos/ano	Nº de Unidades farmacêuticas adquiridas	Gasto total corrente por habitante	Despesa corrente com medicamento como % dos gastos municipais em saúde
2002	488	190.292.372	7,91	3,82
2003	495	223.451.856	7,18	3,04
2004	479	373.016.558	8,32	3,44
2005	389	271.741.387	5,65	2,86
2006	424	462.850.464	8,1	4,46
2007	389	667.871.372	7,43	2,63
2008	400	433.623.108	6,8	2,16
2009	325	506.754.926	5,86	1,79
2010	347	751.794.865	7,46	1,88
2011	452	623.965.693	8,83	1,82
Média (DP)	419 (59)	450.536.260 (191.177.177)	7,35 (1)	2,79 (1)
Total	4188	4.505.362.601	—	—

DP — Desvio Padrão

Tabela 2. Distribuição dos gastos com aquisição de medicamentos da SMSDC-RJ no período 2002-2011, segundo o ambiente principal de uso, em valores correntes e corrigidos (em R\$).

Ano	AP			H/AP			H			Total	
	Gasto corrente	Gasto corrigido*	% Total anual	Gasto corrente	Gasto corrigido*	% Total anual	Gasto corrente	Gasto corrigido*	% Total anual	Gasto corrente	Gasto corrigido*
2002	16.332.689,65	26.889.894,82	34,8	2.975.028,01	4.898.041,41	6,3	27.652.883,68	45.527.292,16	58,9	46.960.601,34	77.315.228,39
2003	16.369.961,94	24.737.273,39	38,2	2.096.257,63	3.167.734,80	4,9	24.441.180,50	36.933.999,37	57,0	42.907.400,07	64.839.007,55
2004	26.473.142,22	37.265.555,81	52,6	1.732.890,90	2.439.345,58	3,4	22.129.239,88	31.150.757,14	44,0	50.335.273,00	70.855.658,53
2005	16.361.447,81	21.820.545,53	47,5	1.643.664,95	2.192.083,88	4,8	16.418.600,05	21.896.766,96	47,7	34.423.712,82	45.909.396,37
2006	25.399.250,77	32.855.351,16	51,1	2.609.747,50	3.375.854,32	5,2	21.707.346,12	28.079.666,05	43,7	49.716.344,38	64.310.871,52
2007	28.300.855,58	35.075.921,46	62,5	2.713.683,20	3.363.323,71	6,0	14.271.412,38	17.687.908,35	31,5	45.285.951,15	56.127.153,52
2008	19.472.037,12	22.821.308,23	46,5	3.202.910,71	3.753.824,63	7,7	19.189.952,27	22.490.703,61	45,8	41.864.900,10	49.065.836,47
2009	22.287.016,44	25.060.419,90	61,5	2.565.041,90	2.884.236,54	7,1	11.407.523,87	12.827.079,79	31,5	36.259.582,21	40.771.736,23
2010	31.928.195,61	33.946.057,57	67,7	3.206.204,74	3.408.836,87	6,8	12.007.904,27	12.766.803,82	25,5	47.142.304,61	50.121.698,26
2011	31.835.137,67	31.835.137,67	56,7	6.179.107,17	6.179.107,17	11,0	18.140.233,51	18.140.233,51	32,3	56.154.478,35	56.154.478,35
Total	234.759.734,81	292.307.465,53	50,8	28.924.536,71	35.662.388,92	6,2	187.366.276,52	247.501.210,75	43,0	451.050.548,03	575.471.065,20

* Gasto anual corrigido utilizando-se o IPCA, possibilitando comparação aos valores de 2011.

Tabela 3. Gastos totais com aquisição de medicamentos da SMSDC-RJ no período 2002-2011 segundo primeiro nível da classificação ATC, em valores corrigidos* (em R\$).

Grupos Terapêuticos ou Farmacológicos	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Gasto total
Trato Alimentar e Metabolismo (A)	5.664.245,62	4.357.680,26	6.217.873,49	4.080.063,65	6.610.699,13	5.835.333,44	4.546.057,52	3.335.222,52	3.236.947,09	3.848.352,24	47.732.474,97
Sangue e Sistema Hematopoiético (B)	9.155.999,21	6.743.336,44	5.638.837,94	3.961.079,40	5.694.154,13	7.154.681,57	10.086.572,74	6.181.764,03	6.666.073,11	8.877.596,30	70.160.094,88
Sistema Cardiovascular (C)	7.461.943,95	7.087.109,30	15.112.185,20	9.333.739,59	12.179.824,73	13.209.781,03	7.366.165,38	9.110.998,36	8.452.259,38	9.367.884,96	98.681.891,89
Dermatológico (D)	4.855.352,26	3.682.246,45	2.325.793,63	1.447.912,26	3.772.547,02	3.222.256,00	2.530.045,12	2.241.269,48	3.482.361,90	4.970.819,41	32.530.603,53
Sistema Genito-Urinário e Hormônios Sexuais (G)	1.103.859,59	1.471.004,75	1.566.547,68	612.288,59	805.295,93	769.560,53	589.567,26	457.326,00	1.173.265,35	826.036,84	9.374.752,52
Preparações Hormonais Sistêmicas (H)	1.786.666,85	1.030.835,69	1.477.506,60	851.128,22	1.599.700,54	925.466,85	717.786,36	625.962,47	716.313,52	667.226,58	10.398.593,68
Anti-infecciosos (J)	20.854.296,34	16.543.416,90	16.858.597,37	13.574.740,60	16.728.515,98	12.014.961,76	10.289.342,93	10.040.670,73	11.580.312,65	10.527.451,68	139.012.306,94
Antineoplásico (L)	5.749.764,75	6.168.221,18	4.932.213,31	15.997,89	20.357,38	16.879,68	9.844,83	3.538,95	10.546,94	8.514,30	16.935.879,22
Sistema Músculo Esquelético (M)	3.634.754,17	3.532.781,67	1.961.754,19	1.449.775,65	2.527.950,42	1.163.201,28	990.598,73	474.135,06	1.502.359,04	1.557.564,03	18.794.874,24
Sistema Nervoso (N)	10.543.891,48	8.858.425,49	8.094.609,89	6.802.660,89	9.497.234,30	6.911.559,95	6.967.902,25	4.241.517,69	6.589.086,85	7.649.219,20	76.156.107,99
Antiparasitários (P)	525.012,28	341.284,29	521.290,66	316.561,32	742.215,60	607.845,68	320.216,78	205.049,90	194.380,58	611.427,12	4.385.284,21
Sistema Respiratório (R)	2.760.462,03	2.087.269,96	3.758.549,91	2.116.174,00	3.042.708,82	3.192.042,33	2.300.621,89	2.372.873,82	2.149.062,52	3.642.654,15	27.422.419,43
Órgãos Sensores (S)	525.323,96	718.493,40	554.377,79	287.398,38	398.467,35	245.550,13	271.555,11	164.534,75	1.449.214,71	1.059.618,98	5.674.534,56
Vários (V)	2.693.655,90	2.216.901,76	1.835.520,88	1.059.875,92	691.200,22	858.033,30	2.079.559,58	1.280.635,12	2.821.480,93	1.841.906,79	17.378.770,42
Sem ATC (Fitoterápico)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	36.237,34	98.033,69	698.205,77	832.476,79
Total	77.315.228,39	64.839.007,55	70.855.658,54	45.909.396,36	64.310.871,54	56.127.153,54	49.065.836,48	40.771.736,23	50.121.698,27	56.154.478,35	575.471.065,26

* Gasto anual corrigido utilizando-se o IPCA, possibilitando comparação aos valores de 2011.

Tabela 4. Distribuição percentual dos gastos da SMSDC-RJ com aquisição de medicamentos dos três principais grupos ATC, segundo o ambiente principal de uso, no período 2002-2011.

Ano	Anti-infecciosos (J)			Sistema Cardiovascular (C)			Sistema Nervoso (N)		
	AP	AP/H	H	AP	AP/H	H	AP	AP/H	H
2002	34,4	0,0	65,6	78,4	1,9	19,7	30,9	2,1	67,0
2003	36,8	0,1	63,2	81,9	1,0	17,1	37,6	0,7	61,6
2004	38,7	0,0	61,3	94,6	1,2	4,2	54,2	0,9	44,9
2005	28,1	0,0	71,9	88,2	1,5	10,3	52,9	2,1	44,9
2006	39,1	0,0	60,9	88,6	1,1	10,3	45,6	3,1	51,3
2007	54,9	0,0	45,1	93,5	0,9	5,6	66,2	6,7	27,1
2008	45,5	0,0	54,5	85,2	1,4	13,4	61,2	6,7	32,0
2009	57,2	0,0	42,8	92,2	0,5	7,3	66,4	1,4	32,2
2010	65,2	0,0	34,8	94,7	0,8	4,6	74,0	4,5	21,5
2011	42,0	0,0	58,0	93,7	0,6	5,7	69,3	6,1	24,5
Média (DP)	44,2 (11,5)	0,0 (0,0)	55,8 (11,5)	89,1 (5,7)	1,1 (0,4)	9,8 (5,4)	55,8 (14,3)	3,4 (2,4)	40,7 (15,8)

DP - Desvio Padrão

2) Artigo submetido à revista Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, em 07/03/2014, ainda sem resultado final e avaliação.

Título: "Programa "Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012"

Autores: Rondineli Mendes da Silva^{1,2}, Rosângela Caetano¹

Instituição:

1 – Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

2 – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz.

RESUMO

Objetivo. Descrever o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) em suas distintas vertentes, em termos de sua organização e expansão entre 2004-2012. Avaliou-se o comportamento dos Valores de Referência dos medicamentos incluídos nesse Programa.

Métodos. Trata-se de estudo exploratório, de abordagem quali-quantitativa. Foi realizada revisão bibliográfica e documental do Programa. As principais bases foram MEDLINE e LILACS. Também buscou-se documentos públicos como leis, portarias, regimentos internos. Dados quantitativos foram levantados no sítio do Ministério da Saúde e complementados com informações do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão. Análises da expansão e do Valor de Referência abrangeu o período 2004-2012.

Resultados. O PFPB iniciou-se em 2004, com uso de copagamento. Encontra-se organizado em duas vertentes, uma "Rede Própria" estatal, desde os primórdios, e outra, em parceria com o setor privado farmacêutico, chamada "Aqui Tem Farmácia Popular" (ATFP), que permitiu a expansão do PFPB, a partir de 2006. Produtos para hipertensão, diabetes e asma foram isentos de cofinanciamento, introduzida em 2011. No período pesquisado ocorreu forte expansão do Programa ATFP, tanto de unidades credenciadas, como de municípios cobertos, de 750% e 528%, respectivamente. Houve redução média de 33,6% no Valor de Referência praticado para medicamentos presentes desde sua implantação. A Rede Própria, a partir de 2010, passou por estagnação nos mesmos indicadores de crescimento.

Conclusões. O PFPB sofreu forte expansão até 2012, representando melhoria no acesso a medicamentos no Brasil, com emprego de ações até então inéditas, como o copagamento e a ampla utilização do comércio varejista.

Palavras Chaves: Assistência Farmacêutica, Programas Governamentais, Política Nacional de Medicamentos, Acesso a Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective. To describe the Popular Pharmacy Program of Brazil (PFPB) in its different aspects, in terms of its organization and coverage expansion between 2004-2012, as well as the behavior of the Reference Values of the drugs included in this program.

Methods. This is an exploratory study of qualitative and quantitative approach. To characterize the PFPB in its different aspects, bibliographical and documentary review of the program was performed. The main bibliographic sources were MEDLINE and LILACS databases and others databases of thesis and dissertations from academic agencies. Survey and analysis of public documents such as laws, ordinances, internal regulations and other products was also performed. Quantitative data were collected directly in Ministry of Health and complemented with information provided in the Electronic System Information Service Citizen. Analysis of expansion and Reference Value covered the period 2004-2012, according operation of each component.

Results. The PFPB began in 2004 with the use of copayment system. It's organized in two components, the first called "Own Network", present from the beginning, and another, in partnership with the private sector pharmacist, called "Aqui Tem Farmácia Popular" (ATFP), which allowed the expansion of PFPB from 2006. Products for hypertension, diabetes and asthma were exempt from co-financing, called action "Saúde Não Tem Preço", introduced in 2011. Strong expansion in the period surveyed the ATFP program, both accredited units such as municipalities covered, 750 % and 528 % respectively occurred. There was a mean reduction of 33.6% in the Reference Value practiced since implementation of Program. From 2010, the Own Network had a stagnant growth in the same indicators.

Conclusions. The PFPB undergone strong expansion by 2012, representing improved access to medicines in Brazil, with employment shares hitherto unprecedented, as the copayment and the wide use of the retail trade.

Keywords: Pharmaceutical Services, Government Programs, National Drug Policy, Health Services Accessibility, Unified Health System

INTRODUÇÃO

O acesso a medicamentos se constitui em um dos desafios sociais mais importantes para todos os governos, em especial naqueles países com sistemas nacionais de acesso universal (1).

No Brasil, fragilidades no acesso e uso de medicamentos tem sido apontadas. Muitas vezes, medicamentos essenciais não estão disponíveis nos serviços de saúde, penalizando cidadãos que dependem e necessitam destes insumos (2,3). Além disso, medicamentos representam a principal categoria que compromete os orçamentos familiares em seus gastos com saúde, principalmente nas famílias de menor renda (4).

As Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, estabelecidas a partir do final dos anos 90, instituíram diretrizes que visaram melhorar o acesso e uso racional de medicamentos, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (5).

Mesmo existindo programas específicos com objetivo de garantir acesso a um elenco de medicamentos essenciais a serem ofertados à população no âmbito das unidades do SUS (6), dificuldades na provisão pública somados ao padrão desigual de gasto das famílias brasileiras levaram o governo brasileiro a implantar, a partir de 2004, ação até então inédita no cenário nacional: a disponibilização de medicamentos mediante sistema de copagamento pelos usuários. Inicialmente instituído por meio de uma rede própria de farmácias estatais, o Programa Farmácia Popular do Brasil foi expandido posteriormente através de parcerias com o setor privado varejista farmacêutico. Novas mudanças ocorreram em 2011, com isenção de copagamento de um conjunto de medicamentos específicos.

Esse Programa tem sido uma das políticas priorizadas na agenda de saúde do governo federal (7). É considerada alternativa relevante de acesso a medicamentos e um dos principais vértices da Política de Assistência Farmacêutica vigente no país (8,9). O objetivo deste estudo foi descrever o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) em suas distintas vertentes, em termos de sua organização, cobertura e expansão no período 2004-2012, bem como o comportamento histórico dos Valores de Referência praticados para os medicamentos incluídos nesse Programa.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório, de abordagem qualitativa.

Para caracterizar o PFPB, foi realizada revisão bibliográfica e documental das diversas formas de provisão de medicamentos contidas no arcabouço sanitário brasileiro, buscando identificar os conceitos, antecedentes históricos e o desenvolvimento ao longo do tempo do Programa nas suas distintas vertentes.

Foram empregadas, como principais fontes bibliográficas, as bases MEDLINE e LILACS e bancos de teses e dissertações das agências de fomento e outros organismos acadêmicos. A pesquisa concentrou-se no período de janeiro/2003 a janeiro/2013, utilizando como termos genéricos de busca “assistência farmacêutica”, “farmácia popular”, “copagamento” e “modelos de provisão de medicamentos”.

Para caracterizar o PFPB em termos de sua estrutura e arcabouço legal, foi realizado também levantamento e análise de documentos públicos como leis, portarias, regimentos internos e demais documentos específicos relacionados ao programa estudado. Essa etapa envolveu (1) pesquisa direta no ambiente virtual dedicado ao Programa dentro do sítio eletrônico do Ministério da Saúde (MS), que possibilita acesso a dados como manuais e principais normas vigentes (10); (2) busca no Sistema de Legislação da Saúde do MS (Saúde Legis), que reúne o conjunto de atos normativos do SUS no âmbito da esfera federal, consultado a partir do termo “farmácia popular” (11) e; (3) pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-MS), cobrindo o mesmo período, buscando complementar outros documentos da criação, regras de funcionamento e elenco de medicamentos do PFPB (12).

A expansão do Programa no período foi investigada diretamente no sítio do MS (10) e no ambiente denominado “Sala de Apoio à Gestão Estratégica” (SAGE), também no portal do MS, que disponibiliza dados secundários de acompanhamento das ações prioritárias de saúde do governo brasileiro, como o PFPB (13).

A revisão bibliográfica e análise documental permitiram contextualizar historicamente o PFPB, em termos do conjunto de normas que propiciaram a sua organização e conformação, além caracterizar o funcionamento das suas distintas vertentes e examinar a evolução do quantitativo de estabelecimentos farmacêuticos credenciados e cobertura geográfica pelos municípios brasileiros.

Para obtenção do número de usuários atendidos ao longo do tempo e por localidade, foram utilizados, como estratégia complementar, os meios atuais disponibilizados pela Lei de Acesso à Informação, que permite aos cidadãos, com o objetivo de promoção da transparência, obtenção de algumas informações

públicas (14). Operacionalmente, o levantamento de dados foi realizado por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC), que permite, após cadastramento prévio, envio de solicitação de dados a qualquer pessoa, física ou jurídica, para órgãos e entidades federais.

Complementarmente, examinaram-se relatórios de gestão da Fiocruz, a fim de identificar elementos referentes aos anos iniciais (2004 e 2005) do Programa e outras referências relacionadas ao desenvolvimento da Rede Própria (15,16).

O funcionamento do Programa, em suas diferentes vertentes, foi sintetizado a partir de seis dimensões: (1) gestão e execução; (2) estruturação e operacionalização; (3) medicamentos e produtos para a saúde disponíveis; (4) prescrição médica; (5) preço dos produtos e pagamentos aos credenciados e; (6) controle e auditoria.

Informações quantitativas sobre o número de estabelecimentos farmacêuticos, municípios cobertos pelas vertentes do Programa e usuários atendidos foram organizadas por ano, cobrindo o período 2004-2012.

A análise do comportamento dos Valores de Referência (VR) — preço referencial fixado pelo MS para cada unidade farmacotécnica de medicamento, presente apenas na vertente desenvolvida em parceria com o setor privado — apoiou-se no histórico de regulação do PFPB, restringindo-se aos insumos presentes desde o início de seu funcionamento.

RESULTADOS

Antecedentes históricos e vertentes do Programa Farmácia Popular do Brasil

O PFPB foi lançado, ainda como proposta de campanha eleitoral para a presidência da República, no ano de 2002 (7). Sua implementação, contudo, só ocorreu em 2004, servindo ao objetivo estratégico de ampliação de acesso a medicamentos por meio do sistema de copagamento.

A coordenação do Programa sempre esteve sob responsabilidade do Departamento de Assistência Farmacêutica do MS. Envolveu inicialmente o funcionamento de redes próprias geridas pela Fiocruz e, a partir de 2006, expandiu-se, credenciando estabelecimentos farmacêuticos do setor privado. Atualmente, o PFPB está regulamentado pela Portaria nº. 971 de 15/05/2012 (17), em suas duas vertentes de organização — Rede Própria (RP) e Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP), melhor caracterizadas logo adiante.

Em fevereiro de 2011, os medicamentos para tratamento da hipertensão e diabetes foram isentos de copagamento, sem necessidade de desembolso de recursos financeiros por parte dos usuários, na duas vertentes. Esse formato foi formulado como uma “campanha”, denominada “Saúde Não Tem Preço”. Em 2012, produtos para tratamento da asma também foram inseridos nesta submodalidade. Para outros medicamentos do elenco, comercializado nas unidades das duas vertentes citadas, ainda é exigido copagamento.

As inúmeras mudanças do Programa desde sua implementação, estão sintetizadas na linha do tempo disposta na Figura 1.

Vertente Rede Própria

Correspondeu a primeira fase do Programa, surgida a partir da abertura de uma rede estatal de farmácias diretamente pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Parcerias com Municípios, Estados e outras instituições públicas de ensino ou privadas filantrópicas, foram a seguir desenvolvidas, visando sua ampliação, porém ainda comandadas pela Fiocruz. Esta Fundação tem, até hoje, o papel de coordenar a estruturação e dar apoio operacional às unidades próprias, sendo responsável pela capacitação de profissionais, operação dos procedimentos de aquisição, realização de processos licitatórios próprios, além do armazenamento central e distribuição logística dos medicamentos às farmácias.

A gestão administrativa — incluindo funcionamento das unidades, contratação de recursos humanos, gestão de estoques de medicamentos, suprimentos de expediente e informática, bem como a manutenção predial, dos móveis e equipamentos — é de responsabilidade do participante conveniado ao Programa. A execução das atividades das farmácias é padronizada, buscando garantia de uniformidade das ações, fundamentalmente voltadas à gestão dos estoques e elenco de medicamentos; equipamentos e materiais de consumo utilizados; uniformes dos funcionários; e processo de atendimento aos usuários.

Com relação à distribuição geográfica, cerca de dois terços do total de farmácias populares, em 2012, encontravam-se nas regiões Sudeste (34,8%) e Nordeste (34,4%), seguidos pelo Norte (12,7%), Sul (11,7%) e Centro-Oeste. São Paulo era a unidade federativa com maior número de estabelecimentos, contando com noventa farmácias.

Até 2007, identificou-se aumento mais expressivo do número de estabelecimentos e cobertura municipal da Rede Própria, com posterior desaceleração da velocidade de crescimento. Ocorreu expansão significativa no número de usuários atendidos entre 2005-2008; que permaneceu relativamente estável após, na faixa de 11 milhões (Tabela 1).

A lista de medicamentos disponibilizada na RP é, atualmente, composta por 112 produtos, de diversas classes terapêuticas, e um insumo (preservativo masculino). A dispensação dos medicamentos ocorre mediante pagamento pelos usuários de um valor de ressarcimento, que corresponde aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, cujos valores são agregados ao preço final do produto disponibilizado, denominado de Preço de Dispensação. Esse valor de ressarcimento é estabelecido pelo Conselho Gestor do Programa, sendo o mesmo para cada produto, em toda RP. Segundo o MS, esse preço é distinto de uma relação comercial de venda, pois o lucro não é a meta na execução do Programa e não é fonte que viabiliza a manutenção de suas unidades (18).

Vertente Aqui Tem Farmácia Popular

A partir de 2006, o PFPF se expandiu mediante parcerias com as farmácias privadas, na vertente denominada Programa “Aqui Tem Farmácia Popular” (ATFP). O credenciamento dos estabelecimentos comerciais ocorre por manifestação do interesse do empresariado, solicitando seu cadastro, desde que cumpridas as regras de entrada previstas, comprovadas por meio de documentos de caráter fiscal e sanitários, sem exigência de qualquer ordenação geográfica ou populacional.

Como na Rede Própria, é exigido um padrão de identidade visual nos estabelecimentos farmacêuticos, como a exibição de peças publicitárias que identifiquem seu credenciamento ao Programa, com logomarca específica.

O elenco de medicamentos do ATFP é bem menor que o da Rede Própria, embora tenha sofrido progressiva expansão e entrada sequenciada de diversos produtos. Iniciou-se pelo copagamento dirigido a anti-hipertensivos e antidiabéticos, em 2006. No ano seguinte, ocorreu inserção dos anticoncepcionais e, em 2009, de mais três apresentações de insulina NPH. Frente à necessidade de exercer medidas de combate à Gripe H1N1, o fosfato de oseltamivir foi incluído em fevereiro de 2010. No mesmo ano, foram agregadas quatro apresentações de insulina regular e três de sinvastatina, além de novas classes farmacológicas, dirigidas ao tratamento de asma, rinite, glaucoma, mal de Parkinson e osteoporose, e mais um anti-hipertensivo e de fraldas geriátricas. Por fim, em 2011, incluiu-se mais um produto antidiabético. Atualmente, o rol do Programa ATFP possui 41 medicamentos (17).

Até dezembro de 2012, o Programa ATFP apresentou crescimento de 750%, expandindo-se de 2.955 para 25.122 farmácias. A cobertura de municípios com unidades credenciadas do ATFP também aumentou bastante, elevando-se de 594 para 3.730 municípios (incremento de 528%). Houve ainda forte expansão no número de usuários atendidos, com aumento de 2.617% no período 2006-2012 (Figura 2).

Quando há copagamento na vertente ATFP, o MS paga até 90% do Valor de Referência (VR) estabelecido, com a diferença sendo coberta pelo usuário. Nos casos de comercialização do medicamento e/ou correlato com o preço de venda inferior frente ao VR definido pelo Ministério, é pago 90% deste valor e o paciente paga a diferença, prevalecendo o menor preço praticado.

A campanha “Saúde Não Tem Preço”, reputada como submodalidade do PFPB, envolveu, a partir de 2011, a retirada do copagamento, dispensando o usuário de desembolso direto no momento da aquisição do medicamento. Inicialmente incluía apenas anti-hipertensivos e antidiabéticos e, posteriormente, contemplou antiasmáticos. Nestes casos, o VR do medicamento é totalmente coberto pelo MS, que paga diretamente aos estabelecimentos credenciados.

Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil

A Portaria nº. 971/2012 (17), que regulamentou o PFPB nas suas duas vertentes principais, possui regras explícitas quanto aos procedimentos de venda e dispensação dos medicamentos pelo Programa, que envolvem: (1) apresentação pelo paciente de documento oficial com foto e número de Cadastro de Pessoa Física; (2) prescrição médica assinada e carimbada, contendo número de inscrição do médico no Conselho de Medicina, endereços do estabelecimento de saúde e do paciente, data da expedição da receita e nome completo do usuário; (3) validade de 120 dias, a partir da data de emissão da receita (para os contraceptivos, prazo de 12 meses). Para compra de fraldas, é necessário apresentar prescrição, laudo ou atestado médico. Em pacientes com incapacidades previstas nas leis brasileiras, é facultada a presença física do titular da receita médica.

A partir de 2010, após diversas denúncias de fraudes, foram adotadas medidas visando maior controle e fiscalização da vertente ATFP. É proibido o cadastro de pacientes e entregas de medicamentos fora

dos estabelecimentos credenciados. Os estabelecimentos são obrigados a arquivar cópias das prescrições, notas fiscais de aquisição e cupons fiscais de venda por cinco anos. Existem, ainda, outros elementos de controle via sistema de autorização de vendas, com previsão de aplicação de multas em razão de irregularidades ou descumprimento das exigências, além da possibilidade de auditorias, realizadas pelo Departamento de Auditorias do SUS.

O MS efetua os pagamentos diretamente para as farmácias e drogarias credenciadas, validadas pelo processamento das autorizações de dispensação de medicamentos e tomando por base informações geradas no sistema de gerenciamento eletrônico do Programa, nominado como Sistema Autorizador DATASUS.

Comportamento do Valor de Referência

Cada medicamento presente na vertente ATFP possui um Valor de Referência, definido pelo MS. Esse VR é calculado em algumas etapas, que sinteticamente consideram o preço de fábrica aprovado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos da ANVISA, o faturamento do mercado das apresentações, dados do volume de comercialização no varejo e um desconto médio aplicado aos preços fábrica dos respectivos medicamentos. São definidos pelo menor preço obtido, após a realização de diversos cálculos. Maior detalhamento dessa composição pode ser identificado na Portaria nº 491/06 (19).

O conjunto de portarias publicadas normatizando o Programa ATFP, entre 2006-2013, promoveu alterações no comportamento dos VR de diversos medicamentos, com quedas diferenciadas entre os produtos. Tomando por base medicamentos presentes no rol do ATFP desde seu início de operação, verifica-se que os VR reduziram-se em média em 33,6% no período examinado (variando entre 23-52%). Em 2009, ocorreu a primeira redução do VR, de 24,5% em média. Os valores foram mantidos até 2010; no ano subsequente, ocorreu nova redução nos VR, menor do que a primeira, com percentual médio de 12,0% (Figura 4).

DISCUSSÃO

O acesso a medicamentos ainda é uma questão desafiadora para a Assistência Farmacêutica (AF) realizada por qualquer instância governamental no país. Embora avanços possam ser percebidos, como no aumento do aporte de recursos no seu financiamento (6), persiste um cenário de dificuldades e barreiras no acesso, em que muitos pacientes terminavam por serem obrigados a incorrer em desembolso direto, com consequente comprometimento de sua renda. Esses argumentos serviram como justificativa para a instituição, pelo governo federal, do Programa Farmácia Popular do Brasil, em 2004.

A criação e expansão do PFPB compreendeu inovação substantiva na AF brasileira e elemento importante para concretizar os princípios de universalidade e integralidade na saúde previstas no SUS. Como consequência, pesquisa qualitativa, realizada em 2009, já apontava ATFP como o programa social federal com maior aprovação junto à população à época (20).

Alguns aspectos positivos do Programa referem-se ao seu papel de salvaguarda das falhas na provisão pública de medicamentos no país, ainda que esta se faça restrita a um elenco específico e restrito.

É inegável, no presente estudo, a existência de uma forte expansão do PFPB, nas suas distintas vertentes. Se, até 2008, esta extensão se concentrava basicamente na Rede Própria, percebe-se certa estagnação de tal componente a partir de 2010, com desaceleração e estabilização do número de farmácias e municípios cobertos, e crescimento baixo no quantitativo de usuários atendidos. Já a vertente privada (Programa ATFP) sofreu forte crescimento de todos esses indicadores, sobretudo depois da introdução da ação Saúde Não Tem Preço, isentando de copagamento medicamentos indicados ao tratamento da hipertensão, diabetes e, posteriormente, asma.

Na expansão do Programa ATFP, chama atenção o processo de interiorização, que pode ser verificada pelo aumento da cobertura de municípios com unidades do Programa. A vertente ATFP atendia em 2012 aproximadamente 67% das cidades brasileiras, ainda que a Rede Própria não chegasse a 8% dos municípios. Estudos têm apontado desequilíbrios na distribuição geográfica entre as duas vertentes, quando comparadas em termos do número de farmácias e tamanho da população. Enquanto a rede estatal está mais difundida nas regiões Nordeste e Norte, de menor desenvolvimento econômico e reduzida capacidade de serviços de saúde, o componente ATFP expandiu-se mais fortemente no Sudeste e Sul, de situação econômica e sanitária mais desenvolvida (7).

A capilarização do PFPB, sobretudo a distribuição espacial obtida com o advento da vertente privada, sem dúvida reduziu barreiras geográficas que dificultavam o acesso dos usuários. Nesse aspecto, é possível que a introdução do Programa possa repercutir na melhoria do acesso a medicamentos no Brasil, ainda mais que esta se relaciona com o aumento expressivo de volumes financeiros na execução do Programa, objeto de outra publicação em curso. O aumento no número de produtos do rol do ATFP (dos nove iniciais para 41 em 2012) e a isenção do copagamento para 24 medicamentos dirigidos ao tratamento de doenças de elevada prevalência no país, a partir da iniciativa Saúde Não Tem Preço, também facilitam o acesso.

Essas melhorias permitem que a população, inclusive aquela não usuária do SUS, mas sem rendimento suficiente para adquirir e/ou completar seu tratamento medicamentoso de forma adequada, tenha acesso a esse bem de saúde. Estudo utilizando dados oficiais apontou que 46% das pessoas que adquiriram medicamentos nas farmácias da Rede Própria, em 2007 fizeram-no com receitas emitidas por serviços públicos de saúde (8).

A vinculação da dispensação à apresentação de receituário médico, mesmo para medicamentos definidos como de dispensação isenta de prescrição, funciona como elemento de inibição da automedicação, que tem níveis elevados no país (21), ajudando a promover um uso mais racional da terapia medicamentosa.

Outras características interessantes referem-se ao compartilhamento de custos com os usuários, uma ação inovadora no contexto do PFPB, bem como a ampla utilização do comércio varejista.

Em outros países, a prática do copagamento tem sido empregada visando, principalmente, a contenção dos gastos ligados à assistência à saúde, além do estímulo ao uso racional de medicamentos (22),

enquanto, no Brasil, de forma distinta, a lógica de sua introdução esteve sempre relacionada à perspectiva de ampliação do acesso a medicamentos.

Entretanto, esta modalidade não é isenta de polêmicas, ainda mais que o SUS sempre foi pautado pela gratuidade das ações e serviços, inclusive na dispensação de medicamentos. Um desses debates envolve a “bitributação”, visto que os recursos são provenientes de impostos e haveria novo pagamento quando da aquisição de medicamentos com compartilhamento de custos pelos usuários (23). Outra se assenta em discussões sobre sua inconstitucionalidade frente ao princípio da universalidade, dado que a exigência de copagamento para certos itens impossibilita que aqueles que não podem pagar o valor em questão, mesmo que pequeno, sejam atendidos pelo Programa (9).

A participação de empresas privadas no Programa ATFP é outra fonte de bastante discussão. A Lei nº 10.858/04 que criou o PFPB apenas autorizou a Fiocruz a disponibilizar medicamentos pelo preço de custo, mediante ressarcimento. Ela não previa a execução do Programa com o setor privado (24). A expansão de uma assistência farmacêutica que reitera o caráter mercantil da oferta de serviços de saúde requer mecanismos de regulação estatal sobre processos de dispensação de medicamentos que ocorrem fora de unidades de saúde (25). Ainda mais importante porque o fornecimento de medicamentos nem sempre inclui atendimento e orientação, fundamentais para o uso racional e adequado dos medicamentos.

A franca expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil traz também à tona o papel centralizador do MS na provisão de medicamentos no contexto atual da AF brasileira. Embora sua criação não altere, teoricamente, as responsabilidades de estados e municípios na provisão de medicamentos à população, vale questionar se a expansão depois de 2011 não facilita que os entes governamentais se desobriguem, progressivamente, de fornecimento próprio, repassando o fornecimentos dos medicamentos do rol para o setor privado.

Esses aspectos, por sua vez, sinalizam para incertezas quanto à política prioritária de AF em desenvolvimento no SUS, em que se tensiona à provisão pública de medicamentos vis-à-vis uma atuação complementar ou concorrencial do Programa (26). A ausência de clareza na relação entre os modelos traz inúmeros desafios na garantia da complementariedade do PFPB, conectado com as demais ações de saúde.

O presente trabalho apresenta algumas limitações. Um aspecto importante remete ao viés informacional; o MS, ator que implantou e coordena o PFPB, é a fonte de dados sobre o desenvolvimento do Programa. Além disso, o estudo não avaliou diretamente o impacto das vertentes do PFPB na efetiva melhoria do acesso a medicamentos, sendo oportuno o desenvolvimento de novos estudos com esse objetivo.

Reitera-se a existência de muitos elementos desafiadores para melhoria da Assistência Farmacêutica, um dos eixos estratégicos para o êxito dos sistemas de saúde. Os problemas a serem superados são ainda maiores porque, no país, o produto (medicamento) chegou primeiro e dissociado da visão articulada do acesso a serviços de saúde de qualidade, que promovam a integralidade da assistência,

aí incluído o acesso aos medicamentos, desconstruindo a perspectiva de seu uso como simples bem de consumo.

REFERÊNCIAS

1. Vieira FS, Mendes ACR. Evolução dos gastos com medicamentos: crescimento que preocupa. In: VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/trabalhos/evolucao-dos-gastos-com-medicamentos-crescimento-que-preocupa.html>. Acesso em: 22 nov. 2013.
2. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, Bastos JL, Peres KG. 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, abril 2013.
3. Guerra Jr. AA, Acúrcio FA, Gomes CAP, Miralles M, Girardi SN, Werneck GAF. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Pública 2004; 15:168-75.
4. Silveira FG, Osório RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7:719-31.
5. Vieira, FS. Gastos do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. Rev. Saúde Pública. 2009; 43 (4): 674-681.
6. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010; 27(2): 149–56.
7. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad. Saúde Pública. 2011; 27 (3): 521-532.
8. Santos-Pinto CDB, Costa NR, Osorio-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16 (6): 2963-2973.
9. Pinto CDBS, Miranda ES, Emmerick ICM, Costa NR, Castro CGSO. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2010; 44 (4): 611-619.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/medicamentos>>. Acesso em: 25 ago. 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 19 jun. 2013.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://bvs.saude.gov.br/>>. Acesso em: 25 ago. 2013.
13. Brasil. Ministério da Saúde. 2013. Sala de apoio à gestão estratégica. 2013. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sage/>>. Acesso: em 03 jan. 2014.
14. Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio

- de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 18 nov. 2011.
15. Fundação Oswaldo Cruz. Relatório Anual de Gestão 2011. Disponível em:
http://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/Relatorio_gestao_2011.pdf. Acesso em: 22 mai. 2012.
 16. Fundação Oswaldo Cruz. Relatório Anual de Gestão 2011. Disponível em: <
[https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/RG_fiocruz_2012_v01%20\(2\).pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/RG_fiocruz_2012_v01%20(2).pdf)
 >. Acesso em: 13 jun. 2013.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 971, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União 2012; 17 mai.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Básico Rede Própria. Disponível em:
 <<http://bvs.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 ago. 2012.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 491, de 09 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Diário Oficial da União 2006; 10 mar.
 20. Formenti L. Em ano eleitoral, governo “turbina” Farmácia Popular. O Estado de S. Paulo 2010; 7 mai.
 21. Schmid B, Bernal R, Silva NN. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. Rev. Saúde Pública [online]. 2010, vol.44, n.6, pp. 1039-1045.
 22. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H, Kösters JP, Vernby A. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD007017. DOI: 10.1002/14651858.CD007017.
 23. Aragão Jr GA. Avaliação política do programa Farmácia Popular do Brasil à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, Maranhão, 2012.
 24. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 14 abr.
 25. Menicucci TMG. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: Santos NR, Amarante PDC. Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2011. (Coleção Pensar em saúde).
 26. Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório de auditoria operacional: Farmácia Popular. Brasília: Tribunal de Contas da União (TCU), Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (SEPROG), 2011.

Figura 1 — Linha do Tempo Programa Farmácia Popular do Brasil

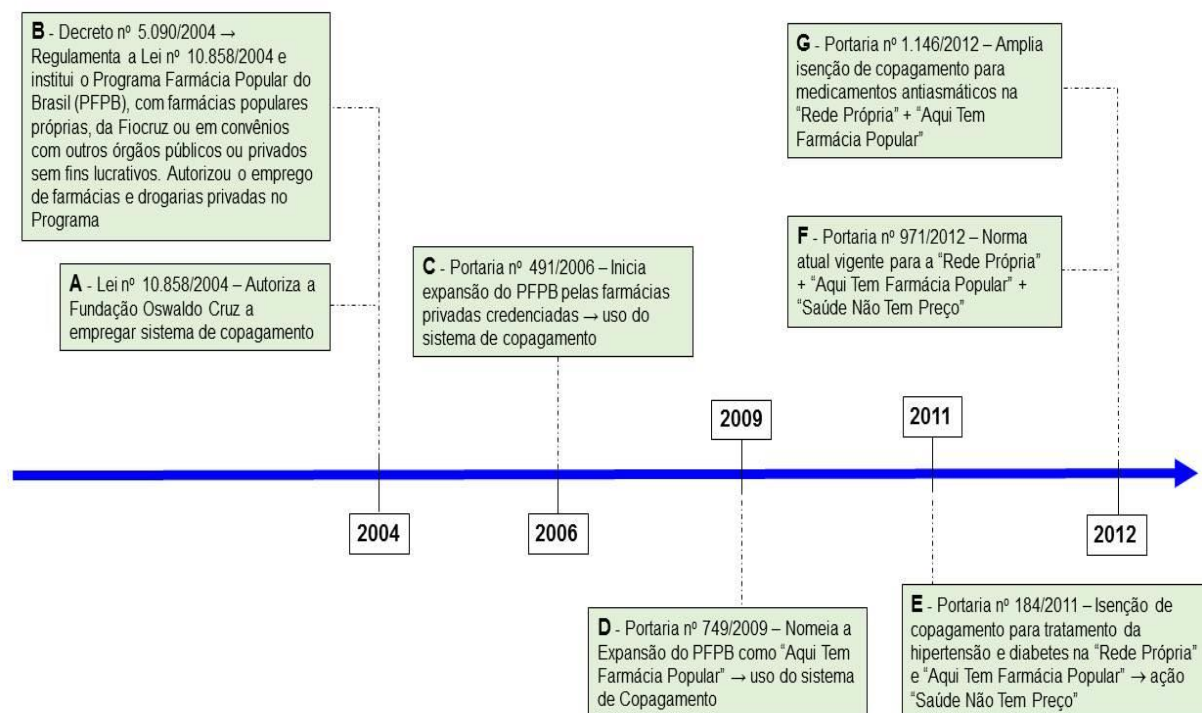
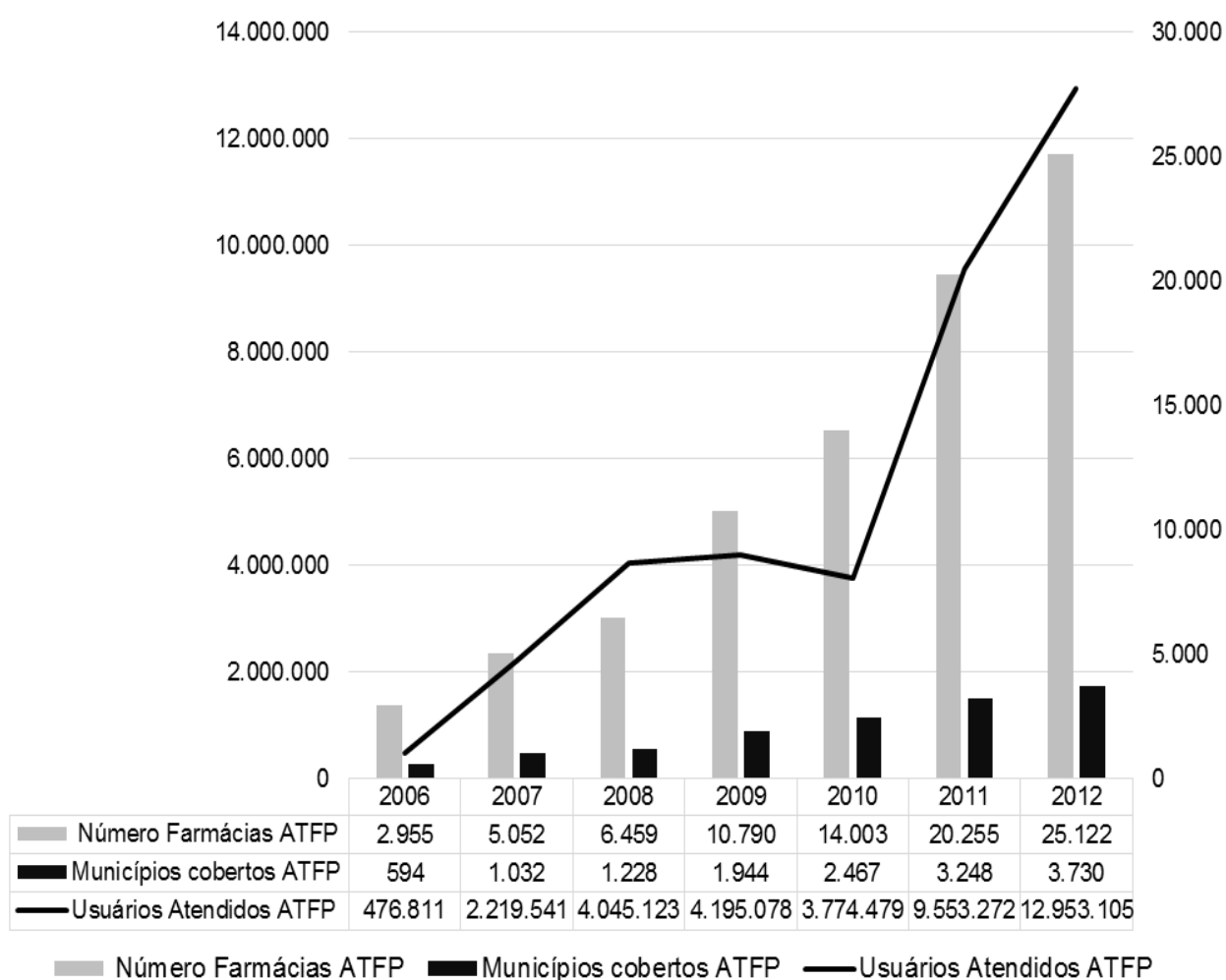


Tabela 1 — Número de farmácias, municípios cobertos e usuários atendidos na Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil, entre 2004-2012

Ano	Número de Farmácias	Municípios Cobertos	Usuários Atendidos
2004	27	7	470.133
2005	75	47	2.014.743
2006	259	206	5.972.316
2007	407	321	9.152.340
2008	504	391	10.802.974
2009	530	407	11.467.610
2010	543	420	11.340.850
2011	555	435	11.688.194
2012	558	441	11.730.103

Fonte: Elaboração a partir de dados disponibilizados via e-SIC e nos relatórios de gestão da Fiocruz de 2011 e 2012.

Figura 2 — Número de farmácias, municípios cobertos e usuários atendidos na vertente Aqui Tem Farmácia Popular, do Programa Farmácia Popular do Brasil, entre 2006-2012

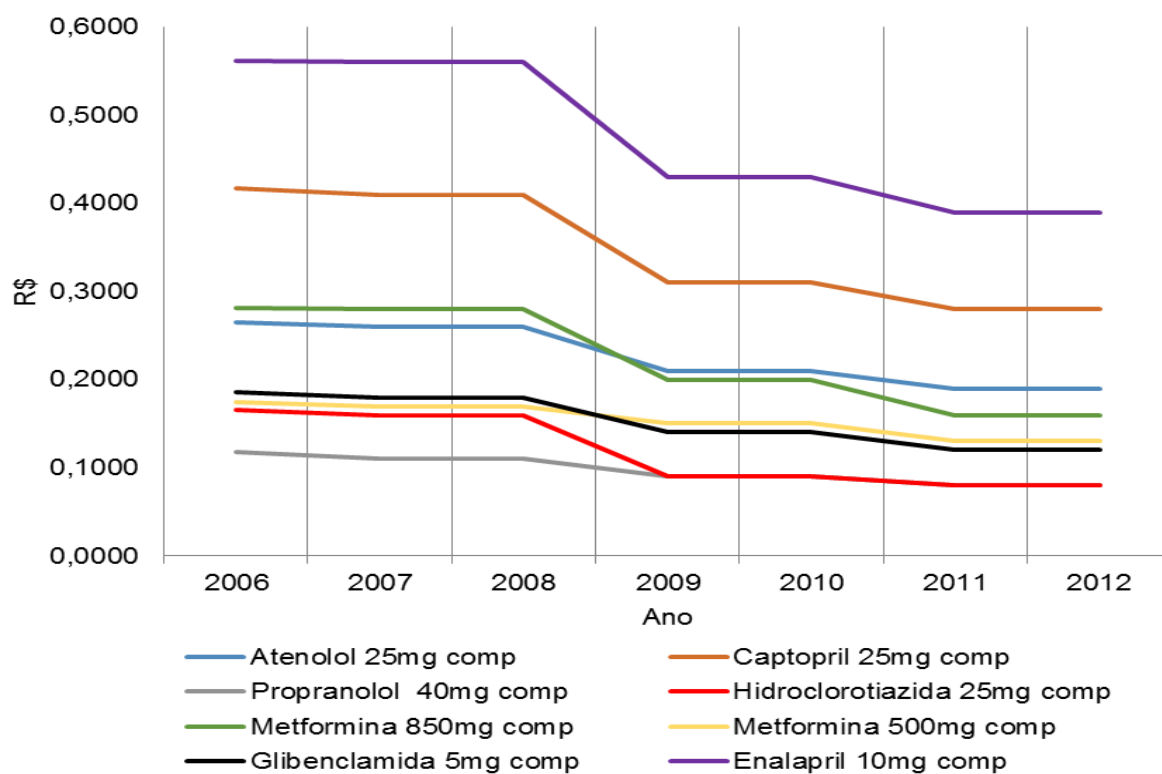


Fonte: Elaboração própria, a partir de dados disponibilizados via e-SIC e no portal do MS, disponíveis em www.saude.gov.br.

Figura 3 — Síntese das características de funcionamento do PFPB

Dimensão	Rede Própria	Aqui Tem Farmácia Popular	Saúde Não Tem Preço
Gestão e execução	- Gestão conjunta nível central do MS e Fiocruz - Execução da Fiocruz em convênios com estados, municípios e outras instituições sem fins lucrativos	- Gestão nível central do MS - Credenciamento direto de farmácias/drogarias privadas por adesão	- Gestão nível central do MS - Usa capacidade instalada da Rede Própria e Aqui Tem Farmácia Popular
Estruturação e operacionalização	- Fiocruz responsável pela infraestrutura e manutenção dos estoques de medicamentos - MS repassa valores financeiros para conveniados implantarem e manterem as farmácias próprias	- Usa capacidade instalada existente do setor privado - Credenciamento exige documentos sanitários, fiscais e estrutura de tecnologia de informação	Usa capacidade instalada da Rede Própria e Aqui Tem Farmácia Popular
Medicamentos e produtos para saúde	- Referência, genéricos ou similares 112 itens - Antibióticos, antiparkinsonianos, antidiabéticos, anti-hipertensivos, anti-histamínicos, ansiolíticos, analgésicos, contraceptivos, anti-inflamatórios, antipsicóticos, antiasmáticos, osteoporose e preservativo	- Referência, genéricos ou similares 41 itens - Antiparkinsonianos, antidiabéticos, anti-hipertensivos, antiasmáticos, dislipidemia, contraceptivos, osteoporose, glaucoma e rinite - Fraldas geriátricas	- Referência, genéricos ou similares 26 itens - Antidiabéticos, anti-hipertensivos, antiasmáticos
Prescrição Médica	- Validade 4 meses - Contraceptivos 12 meses - Limite de posologia mensal por consensos clínicos de tratamento	- Validade 4 meses - Contraceptivos 12 meses - Limite de posologia mensal por consensos clínicos de tratamento	- Validade 4 meses - Limite de posologia mensal por consensos clínicos de tratamento
Preço do produto e pagamento aos credenciados	- Preço de dispensação= custos de produção ou aquisição da Fiocruz + custos administrativos de operação - Valores recolhidos à Fiocruz	- VR por unidade farmacotécnica, definido pelo MS - MS paga 90% e usuário 10% do VR à farmácia credenciada	- VR por unidade farmacotécnica, definido pelo MS - Isento de copagamento - MS paga 100% do VR à farmácia credenciada
Controle e Auditoria	- Conselho Gestor do PFPB - Sistema de vendas do DATASUS	- Nível central do MS - Sistema Eletrônico de Autorização de Dispensação de Medicamentos e Correlatos - Departamento Nacional de Auditoria do SUS	Mesmas da Rede Própria ou Aqui Tem Farmácia Popular

Figura 4 — Variação dos Valores de Referência na vertente Aqui Tem Farmácia Popular, do Programa Farmácia Popular do Brasil, entre 2006-2012



ANEXO A — Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social/UERJ

INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL-UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Custos na Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio De Janeiro: uma comparação com os preços do Programa Aqui tem Farmácia Popular

Pesquisador: RONDINELI MENDES DA SILVA

Área Temática:

Volume: 1

AE: 11221312.4.0000.5260

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 170.617

Relatoria: 04/12/2012

Justificação do Projeto:

O projeto tem por foco estudar o segmento privado do Programa Farmácia Popular do Brasil, também conhecido como "Aqui tem Farmácia Popular", implantando pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006

Objetivos da Pesquisa:

Os objetivos consistem em (1) avaliar organização e funcionamento; (2) um perfil dos gastos bolsados pelo MS na sua consecução desde a implantação; e, (3) uma análise dos preços de venda dos medicamentos praticados nesta Política frente ao modelo público de dispensação de medicamentos na Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) do Rio de Janeiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos individuais pois trata-se de avaliar dados agregados de custos.

O benefício é a possibilidade de definir os mecanismos de menor custo para prover os medicamentos para a população.

Considerações e Comentários sobre a Pesquisa:

Trata-se, portanto, de um projeto de avaliação de custos que utiliza como principal fonte de dados aqueles do setor público como por exemplo os dados que aparecem no diário oficial do município do Rio de Janeiro. Contudo, para obtenção dos dados administrativos e financeiros relativos a armazenagem, distribuição e dispensação os dados serão solicitados diretamente a

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

Maracanã

CEP: 20.550-900

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-0235

Fax: (21)2334-2152

E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Endereço:
Bairro:
UF: RJ
Telefone:

**INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL-UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-**



subsecretaria de gestão da SMSDC.

O protocolo de pesquisa já passou por processo de qualificação de dissertação e contém detalhada análise dos dados, cronograma com início de coleta de dados na SMSDC em 2013 e orçamento com recursos exclusivos dos pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores incluíram um TCLE relativo a esse procedimento de gestão.

Os autores incluíram também um Termo de Cessão de Dados, onde o pesquisador se comprometerá com as que as informações obtidas, que serão confidenciais e utilizadas de forma a preservar o anonimato do gestor que forneceu os dados solicitados diretamente a secretaria.

Recomendações:

O projeto utilizará dados em grande parte que já são de domínio público. Os poucos dados que serão solicitados aos gestores têm garantia de sigilo do pesquisador portanto não há nenhuma recomendação a ser atendida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nenhuma pendência relacionada ao protocolo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto usará em grande parte dados secundários e mesmo assim os autores incluíram um TCLE relativo aos gestores responsáveis pelas estimativas de custo e incluíram também um Termo de Cessão de Dados, onde o pesquisador se comprometerá com as que as informações obtidas, que serão confidenciais e utilizadas de forma a preservar o anonimato do gestor que forneceu os dados solicitados diretamente a secretaria.

o colegiado é favorável a aprovação.

RIO DE JANEIRO, 12 de Dezembro de 2012

**Assinador por:
Maria Helena Costa Couto
(Coordenador)**

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

Bairro: Maracanã

CEP: 20.550-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-0235

Fax: (21)2334-2152

E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

ANEXO B — Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 350/AJ/2012

Rio de Janeiro, 19 de dezembro de 2012

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

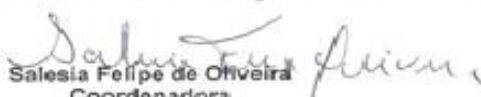
Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira Vice-Coordenadores: Fabio Tucho Pedro Paulo Magalhães Chispim Membros: Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Livia Beiral Forni Maria Alice Gundburguer Costa Lima Martine Gerbaudil Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitoria Regia Osorio Vellozo Secretária Executiva: Brigida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira	PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 178/12. TÍTULO: Custos na Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro: uma comparação com os preços do Programa Aqui tem Farmácia Popular. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rondineli Mendes da Silva. UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. DATA DA APRECIÇÃO: 19/12/12. PARECER: APROVADO.

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96).


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cep@sms-rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

ANEXO C — Lista de Medicamentos da Rede Própria

Medicamento	Apresentação	Unidade de Dispensação	Valor de Dispensação
Acetato de medroxiprogesterona	150 mg/ml	Ampola	R\$ 1,24
Aciclovir	200 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,28
Ácido Acetilsalicílico	500 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,04
Ácido Acetilsalicílico	100 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,03
Ácido Fólico	5 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,05
Albendazol	400 mg/comp. mastigável	Comprimido	R\$ 0,56
Alendronato de Sódio	70 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,37
Alopurinol	100 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,08
Amiodarona	200 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,20
Amitriptilina	25 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,22
Amoxicilina	500 mg/cápsula	Cápsula	R\$ 0,19
Amoxicilina	250 mg/5ml/pó p/susp. oral	Frasco 60 ml	R\$ 1,96
Amoxicilina	250 mg/5ml/pó p/susp. oral	Frasco 150 ml	R\$ 4,90
Atenolol	25 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,00
Azatioprina	50 mg/comp.	Comprimido	R\$ 1,40
Azitromicina	500 mg/comp.	Comprimido	R\$ 2,64
Benzilpenicilina Benzatina	1.200.000UI/pó p/suspensão injetável	Frasco-ampola	R\$ 1,50
Benzilpenicilina Procaína+Potássica	300.000+100.000UI/pó/ suspensão injetável	Frasco-ampola	R\$ 1,50
Benzoato de Benzila	200 mg/ml/emulsão	Frasco 100 ml	R\$ 1,40
Benzoato de Benzila	200 mg/ml/emulsão	Frasco 60 ml	R\$ 1,10
Biperideno	2 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,07
Brometo de n-butilscopolamina	10 mg/solução oral	frasco de 20 ml	R\$ 3,90
Captopril	25 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,00
Carbamazepina	200 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,13
Carbidopa + Levodopa	25 mg + 250mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,48
Cefalexina	500 mg/cápsula	Cápsula	R\$ 0,40
Cefalexina	250 mg/5ml/suspensão oral	Frasco 60 ml	R\$ 4,96
Cefalexina	250 mg/5ml/suspensão oral	Frasco 125 ml	R\$ 10,00
Cetoconazol	200 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,23
Ciprofloxacino	500 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,38
Clonazepam	2 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,06
Cloreto de Potássio	60 mg/ml/xarope.	Frasco 100 ml	R\$ 1,88
Cloreto de Sódio 0,9%	9 mg/ml/solução nasal	Frasco	R\$ 0,95
Clorpromazina	25 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,10
Clorpromazina	100 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,13
Dexametasona	0,1%/creme	Tubo	R\$ 1,00
Dexclorfeniramina	2 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,06
Dexclorfeniramina	0,4 mg/solução oral	Frasco 120 ml	R\$ 2,07
Diazepam	5 mg/comp. sulcado	Comprimido	R\$ 0,04

Medicamento	Apresentação	Unidade de Dispensação	Valor de Dispensação
Diazepam	10 mg/comp. sulcado	Comprimido	R\$ 0,08
Digoxina	0,25 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,06
Dipirona	500 mg/ml solução oral	Frasco 10 ml	R\$ 0,70
Doxiciclina	100 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,38
Enalapril	10 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,00
Enalapril	20 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,00
Enantato de Noretisterona+Valerato de Estradiol	50 mg+5 mg/injetável	Seringa 1 ml	R\$ 1,13
Eritromicina	125 mg/5 ml/suspensão oral	Frasco 60 ml	R\$ 2,30
Eritromicina	500 mg/comp./cápsula	Comprimido	R\$ 0,54
Etinilestradiol+Levonorgestre l	0,03 mg+0,15 mg/comp.	Cartela c/ 21 cápsulas	R\$ 0,42
Fenitoína	100 mg/comp.	comprimido	R\$ 0,10
Fenobarbital	100 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,06
Fluconazol	100 mg/comp.	Cápsula	R\$ 0,95
Fluconazol	150 mg/comp.	Cápsula	R\$ 0,95
Fluoxetina	20 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,06
Furosemida	40 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,00
Glibenclamida	5 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,00
Haloperidol	1 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,08
Haloperidol	5 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,12
Haloperidol	2 mg/ml/solução oral	Frasco 20 ml	R\$ 1,94
Hidroclorotiazida	25 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,00
Ibuprofeno	300 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,16
Levonorgestrel	0,75mg/comp.	Comprimido	R\$ 3,47
Loratadina	10 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,05
Losartana	50 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,00
Mebendazol	100 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,05
Mebendazol	100 mg/5ml/suspensão oral	Frasco 30 ml	R\$ 1,10
Metformina	500 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,00
Metformina	850 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,00
Metildopa	250 mg/comp. revestido	Comprimido	R\$ 0,00
Metildopa	500 mg/comp. revestido	Comprimido	R\$ 0,00
Metoclopramida	10 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,04
Metoclopramida	4mg/ml/solução oral	Frasco 10 ml	R\$ 0,75
Metronidazol	250 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,10
Metronidazol	5% creme vaginal	Tubo 50 gramas	R\$ 2,15
Metronidazol	20 0mg/5ml/suspensão oral	Frasco 100 ml	R\$ 2,40
Miconazol	2%/locão	Frasco 30 ml	R\$ 1,86
Miconazol	2%/pó	Frasco 30 ml	R\$ 4,95
Mononitrato de Isossorbida	20 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,10
Neomicina + Bacitracina	5 mg + 250UI/g/pomada	Tubo 10 gramas	R\$ 1,35
Neomicina + Bacitracina	5 mg + 250UI/g/pomada	Tubo 15 gramas	R\$ 2,02
Nifedipina	20 mg/comp. lib. cont.	Comprimido	R\$ 0,00
Nistatina	25.000 UI/creme vaginal	Tubo 60 gramas	R\$ 2,28

Medicamento	Apresentação	Unidade de Dispensação	Valor de Dispensação
Nistatina	25.000 UI/creme vaginal	Tubo 50 gramas	R\$ 1,90
Nistatina	100.000 UI/ml/ susp. oral	Frasco 30 ml	R\$ 3,62
Noretisterona	0,35 mg/comp.	Cartela c/ 35	R\$ 0,50
Omeprazol	20 mg/cápsula	Cápsula	R\$ 0,23
Paracetamol	500 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,09
Paracetamol	200 mg/ml/solução oral	Frasco 10 ml	R\$ 0,85
Paracetamol	200 mg/ml/ solução oral	Frasco 15 ml	R\$ 1,27
Paracetamol	100 mg/ml/ solução oral	Frasco 10 ml	R\$ 0,70
Paracetamol	100 mg/ml/ solução oral	Frasco 15 ml	R\$ 1,00
Prednisona	20 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,18
Prednisona	5 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,08
Prometazina	25 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,12
Propranolol	40 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,00
Ranitidina	150 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,12
Sais p/ Reidratação Oral	pó p/ solução oral	Envelope 27,9 gramas	R\$ 0,60
Salbutamol	2 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,00
Salbutamol	2 mg/5ml/xarope.	Frasco 120 ml	R\$ 0,00
Salbutamol	2 mg/5ml/xarope.	Frasco 125 ml	R\$ 0,00
Sinvastatina	20 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,38
Sulfametoxazol + Trimetoprima	400 mg + 80mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,08
Sulfametoxazol + Trimetoprima	200 mg + 40 mg/5 ml/susp. oral	Frasco 50 ml	R\$ 1,45
Sulfametoxazol + Trimetoprima	200 mg + 40 mg/5 ml/susp. oral	Frasco 60 ml	R\$ 1,74
Sulfametoxazol + Trimetoprima	200 mg + 40 mg/5 ml/susp. oral	Frasco 100 ml	R\$ 2,90
Sulfassalazina	500 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,40
Sulfato Ferroso	40 mg Fe(II)/comp. rev.	Comprimido	R\$ 0,04
Sulfato Ferroso	25 mg/ml Fe(II)/sol. oral	Frasco 30 ml	R\$ 0,75
Tiabendazol	5%/pomada	Tubo 20 gramas	R\$ 2,89
Valproato de Sódio	50 mg/ml/xarope.	Frasco 100 ml	R\$ 4,05
Verapamila	80 mg/comp.	Comprimido	R\$ 0,00
Preservativo Masculino	látex	Unidade	R\$ 0,30

Legenda: comp — comprimido, comp. lib. cont. — comprimido em liberação controlada, susp — suspensão.

Fonte: elaborado a partir de BRASIL/MS (2013). Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/elenco_fp1_20_08_12.pdf. Acesso em 05 set. 2013.

ANEXO D — Lista de Medicamentos e Valores de Referência do Programa ATFP

Descrição do medicamento	UF	VR por UF	Valor Máx. pago pelo MS
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg/ml	ampola	12,36	11,12
Alendronato de sódio 70 mg	comprimido	3,74	3,37
Atenolol 25 mg	comprimido	0,19	0,19
Brometo de ipratrópio 0,02 mg/dose, administração pulmonar, inalador doseado	dose	0,06	0,06
Brometo de ipratrópio 0,25 mg/ml, solução para inalação	mililitro	0,27	0,27
Budesonida 32 mcg/dose, administração tópica nasal	dose	0,09	0,08
Budesonida 50 mcg/dose, administração tópica nasal	dose	0,13	0,12
Captopril 25 mg	comprimido	0,28	0,28
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg	comprimido	0,64	0,58
Cloridrato de benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg	comprimido	1,17	1,05
Cloridrato de metformina - ação prolongada 500 mg	comprimido	0,18	0,18
Cloridrato de metformina 500 mg	comprimido	0,13	0,13
Cloridrato de metformina 850 mg	comprimido	0,16	0,16
Cloridrato de propranolol 40 mg	comprimido	0,08	0,08
Dipropionato de beclometasona 50 mcg/dose, administração tópica nasal	dose	0,13	0,12
Dipropionato de beclometasona 200 mcg/cápsula inalante, administração pulmonar	dose	0,25	0,25
Dipropionato de beclometasona 200 mcg/dose, administração pulmonar	dose	0,25	0,25
Dipropionato de beclometasona 250 mcg/dose, administração pulmonar	dose	0,15	0,15
Dipropionato de beclometasona 50 mcg/dose, administração pulmonar	dose	0,13	0,13
Etinilestradiol 0,15 mg + levonorgestrel 0,03 mg	Cartela 21 comprimidos	4,19	3,77
Glibenclamida 5 mg	comprimido	0,12	0,12
Hidroclorotiazida 25 mg	comprimido	0,08	0,08
Insulina humana NPH 100 UI/ml, suspensão injetável	frasco/ampola 10 ml	26,55	26,55
Insulina Humana NPH 100 UI/ml, suspensão injetável	1 (um) frasco/ampola 5 ml	13,27	13,27
Insulina Humana NPH 100 UI/ml, suspensão injetável	1 (um) refil 3 ml	7,96	7,96
Insulina Humana NPH 100 UI/ml, suspensão injetável	1 (um) refil 1,5 ml	3,99	3,99
Insulina humana regular 100 UI/ml, solução injetável	1 (um) frasco/ampola 5 ml	13,27	13,27
Insulina humana regular 100 UI/ml, suspensão injetável	frasco/ampola 10 ml	26,55	26,55
Insulina humana regular 100UI/ml, solução injetável	1 (um) refil 3 ml	7,96	7,96
Insulina humana regular 100UI/ml, solução injetável	1 (um) refil 1,5 ml	3,99	3,99
Losartana potássica 50 mg	comprimido	0,32	0,32
Maleato de enalapril 10 mg	comprimido	0,39	0,39
Maleato de timolol 0,25% (2,5 mg/ml)	frasco	0,40	0,36
Maleato de timolol 0,50% (5 mg/ml)	frasco	0,96	0,86
Noretisterona 0,35 mg	cartela	4,96	4,46

Sinvastatina 10 mg	comprimido	0,26	0,23
Sinvastatina 20 mg	comprimido	0,51	0,46
Sinvastatina 40 mg	comprimido	0,99	0,89
Sulfato de salbutamol 100 mcg, aerossol oral, administração pulmonar	dose	0,10	0,10
Sulfato de salbutamol 5 mg/ml sol inalação	mililitro	0,88	0,88
Valerato de estradiol 50 mg/ml + enantato de noretisterona 5 mg/ml	ampola	11,31	1017

ANEXO E — Lista dos endereços dos estabelecimentos credenciados do Programa Aqui Tem Farmácia Popular no município do Rio de Janeiro

BAIRRO	ENDEREÇO	FARMÁCIA
ABOLIÇÃO	DOM HELDER CAMARA, Nº 7331 LOJA 01	DROGARIA REAL DA ABOLIÇÃO LTDA.
ABOLIÇÃO	loja, DOM HELDER CAMARA, 7351	DROGARIAS PACHECO S/A
ABOLIÇÃO	RUA ABOLICAO, 383	DROGUINHA FARMÁCIA LTDA - EPP
ABOLIÇÃO	AV DOM HELDER CAMARA 7707	FARMÁCIA REINO DE DEUS LTDA - ME
ACARI	ETR ENGENHEIRO EDGARD SOUTELO, 23	FARMÁCIA SAÚDE DE ACARI LTDA - ME
ACARI	RUA ENORA, 104 - CONJ AREAL	LOUREN FARMA DROGARIA LTDA - ME
ALTO	OLIVEIRA BOTELHO, Nº 506	DROGARIAS PACHECO S/A
ANDARAI	RUA PAULA BRITO, 261	DROGARIA ANDARAÍ LTDA. EPP
BAIRRO DE FATIMA	RUA DO RIACHUELO, Nº 217 LOJA C	DROGARIAS PACHECO SA
BANGU	ALFREDO ALBUQUERQUE, 44	DROGARIA REAL W M SIMONAN LTDA
BANGU	AV. CÔNEGO DE VASCONCELOS Nº 136 A	DROGARIAS PACHECO SA
BANGU	AV. CÔNEGO DE VASCONCELOS Nº 144 LOJA A	DROGARIAS PACHECO SA
BANGU	AV. MINISTRO ARY FRACO Nº131	DROGARIAS PACHECO SA
BANGU	AVENIDA CONEGO VASCONCELOS, 120	DROGASIL SA
BANGU	AVENIDA CONEGO VASCONCELOS, 423	A NOSSA DROGARIA DE CAXIAS LTDA
BANGU	Avenida MINISTRO ARI FRANCO, 230	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A
BANGU	AVENIDA SANTA CRUZ, 4445	FEDERAL DESCONTOS DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMAC
BANGU	CONEGO DE VASCONCELOS, 72	DROGARIAS PACHECO S/A
BANGU	CORONEL TAMARINDO, Nº 1802	DROGARIA SÃO PAULO S.A.
BANGU	loja MINISTRO ARY FRANCO, 147	DROGARIAS PACHECO S/A
BANGU	R RIO DA PRATA 1342	DROGARIA CONFIANÇA DE BANGU LTDA - ME
BANGU	RUA CORONEL TAMARINDO, 1852	FARMÁCIA DROGA CAIRO LTDA ME
BANGU	Rua FRANCISCO REAL 1955	DROGARIA SÃO PAULO S.A.
BANGU	RUA FRANCISCO REAL 601 LOJA A	DIDA FARMA FARMÁCIA LTDA - ME
BANGU	RUA RIO DA PRATA, 968	EXTRAFARMA FARMÁCIA LTDA ME
BANGU	RUA ROQUE BARBOSA, S/N	MEGA FLEX FARMÁCIA LTDA - ME
BANGU	RUA ROQUE BARBOSA, S/N, BANGU	REAG FARMÁCIA LTDA - ME
BANGU	RUA SUL AMERICA 1778 LOJA A	DROGARIAS LAPI LTDA - EPP
BANGU	RUA TUNISIA 42 LOJA A	FARMÁCIA CENTRAL DA TUNÍSIA LTDA - EPP
BANGU	RUA VIGILANTE FORTUNATO 580 LOJAS D e E	FARMÁCIA CENTRAL DA CANCELA PRETA LTDA - ME
BARRA DA TIJUCA	AV OLEGARIO MACIEL Nº520	DROGARIAS PACHECO SA
BARRA DA TIJUCA	AV OLEGÁRIO MACIEL, 207	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
BARRA DA TIJUCA	AV. DAS AMERICAS	NATURAL DROGAS RECREIO LTDA - ME
BARRA DA TIJUCA	AV. DAS AMERICAS, 3255, LOJA 138	A SUA FARMÁCIA E VOCÊ LTDA. EPP
BARRA DA TIJUCA	AVENIDA DAS AMERICAS 14737 LJ.A	RAIA DROGASIL S/A
BARRA DA TIJUCA	AVENIDA DAS AMERICAS 4666	RAIA DROGASIL S/A
BARRA DA TIJUCA	AVENIDA DAS AMERICAS, 6700 - LOJA 114 BLOCO 01	FARMA WAVE FARMÁCIA LTDA
BARRA DA TIJUCA	AVENIDA MARECHAL HENRIQUE LOTT, 120 - LOJA 114	FARMÁCIA DO CAMILO LTDA - EPP
BARRA DA TIJUCA	AVENIDA OLEGARIO MACIEL, 194	RAIA DROGASIL S/A
BARRA DA TIJUCA	AVENIDA OLEGÁRIO MACIEL,Nº188 LOJA	VENÂNCIO PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA
BARRA DA TIJUCA	DAS AMERICAS, 700, LOJA 106H	DIABETIQUE COM. DE PROD. E MEDICAMENTOS PARA DIABETI
BARRA DA TIJUCA	ESTRADA DA BARRA DA TIJUCA, 3817	FARMÁCIA ESTRADA DA BARRA LTDA ME
BARRA DA TIJUCA	RUA GILDASIO AMADO Nº55 LJ D	DROGARIAS PACHECO SA
BARRA DA TIJUCA	RUA OLEGARIO MACIEL 600 LJ.103/104	RAIA DROGASIL S/A
BENFICA	AVENIDA DOM HELDER CAMARA, 105 - LOJAS 'A' E 'B'	DROGARIA FERRENSE CENTRAL LTDA.
BENFICA	RUA GAL GUSTAVO CORDEIRO FARIAS, 123 - LOJA A	FARMÁCIA LAMARE GONÇALVES ABREU LTDA - ME
BENTO RIBEIRO	AV JOAO VICENTE, 1335, PARTE II	SENDAS DISTRIBUIDORA S/A

BENTO RIBEIRO	ESTRADA DA FONTINHA 291 LOJA A	FARMÁCIA LUNA DA FONTINHA LTDA - ME
BENTO RIBEIRO	ESTRADA DA FONTINHA 41 LOJA A	FARMÁCIA N S DA CONCEIÇÃO DOS PILARES LTDA
BENTO RIBEIRO	Rua CAROLINA MACHADO, 1530	DROGARIA FARMA NOSSA DE BENTO RIBEIRO LTDA - ME
BENTO RIBEIRO	RUA MARINA 231 LOJA	FARMÁCIA MARIDROGAS LTDA - ME
BONSUCESSO	AV TEIXEIRA DE CASTRO, Nº 121, LOJA	FARMÁCIA MARINGÁ LTDA - ME
BONSUCESSO	CARDOSO DE MORAIS	DROGARIAS PACHECO S/A
BONSUCESSO	PRAÇA DAS NAÇÕES 244	DROGARIA NAÇÕES LTDA
BONSUCESSO	PRAÇA DAS NAÇÕES Nº186 LOJA	DROGARIAS PACHECO SA
BONSUCESSO	PRAÇA DAS NAÇÕES Nº346	DROGARIAS PACHECO SA
BONSUCESSO	RUA CARDOSO DE MORAES 105 LOJA A	DROGARIA LÍDER DE BONSUCESSO LTDA - EPP
BONSUCESSO	RUA CARDOSO DE MORAIS 97 LOJA	DROGARIA FAR LTDA
BONSUCESSO	TEIXEIRA RIBEIRO, 689, LOJA	FARMÁCIA MELLO LEAL LTDA ME
BOTAFOGO	AV VOLUNTARIOS DA PATRIA 311 PARTE II, C/ENT.SUPL.RU	SENDAS DISTRIBUIDORA S/
BOTAFOGO	PRAIA DE BOTAFOGO, 316 LOJA B E C	DROGARIAS PACHECO SA
BOTAFOGO	PRAIA DE BOTAFOGO, 406, LOJAS A-3 A A-9 E A-16 A A-18	DROGARIAS PACHECO SA
BOTAFOGO	RUA DA PASSAGEM, 83 - LOJA B SALA 210	DROGARIA KIKO'S LTDA. EPP
BOTAFOGO	RUA GENERAL POLIDORO, 156	FARMÁCIA YPIRANGA LTDA - EPP
BOTAFOGO	RUA GENERAL SEVERIANO, 40, LOJA E	DROGARIA PRIMAZ DE BOTAFOGO LTDA
BOTAFOGO	RUA SÃO CLEMENTE	DROGARIAS PACHECO SA
BOTAFOGO	RUA SAO CLEMENTE, 12 - LOJAS A/B	FARMÁCIA METRÔ DE BOTAFOGO LTDA - EPP
BOTAFOGO	RUA VOLUNTARIOS DA PÁTRIA , 25	EMPREENDEMENTOS PAGUE MENOS S.A.
BOTAFOGO	RUA VOLUNTARIOS DA PATRIA 248 LJ.TERREA - APT.101/2	RAIA DROGASIL S/A
BOTAFOGO	RUA VOLUNTÁRIOS DA PATRIA Nº 150 LOJAS A, B E C	DROGARIAS PACHECO SA
BOTAFOGO	RUA VOLUNTARIOS DA PATRIA Nº 283 A	DROGARIAS PACHECO SA
BOTAFOGO	RUA VOLUNTÁRIOS DA PÁTRIA Nº 357 LOJA A	DROGARIAS PACHECO SA
BOTAFOGO	RUA VOLUNTARIOS DA PATRIA, 241 - LOJA 6	DROGARIA SAÚDE DO POVO LTDA
BOTAFOGO	RUA VOLUNTARIOS DA PATRIA, 402 - LOJA A	FARMÁCIA ALVORADA LTDA EPP.
BOTAFOGO	RUA VOLUNTARIOS DA PATRIA, Nº 173, LOJAS: A E B	FARMÁCIA DROGA FEM LTDA - EPP
BOTAFOGO	RUA VOLUNTÁRIOS DA PÁTRIA Nº 220 A	DROGARIAS PACHECO SA
BRAZ DE PINA	DO QUITUNGO, 1554, D	FARMÁCIA RÁPIDA DA PENHA LTDA
BRAZ DE PINA	MERITI, 2445	DROGARIAS PACHECO S/A
CACHAMBI	AV DOM HELDER CAMARA, 5099	DROGARIA LAPLANCE LTDA
CACHAMBI	AVENIDA DOM HELDER CAMARA, 5303 - LOJA	FARMÁCIA LABOLITA LTDA - ME
CACHAMBI	loja CIRNE MAIA, 42	DROGARIAS PACHECO S/A
CACHAMBI	RUA CIRNE MAIA, 42 - LOJA A	DROGARIA MÁXIMA DO CACHAMBI LTDA - ME
CACUIA	ESTRADA DA CACUIA, 179 - LOJAS A/B	DROGARIA CACUIA LTDA. EPP
CACUIA	ESTRADA DA CACUIA, 347, LOJA A	DROGARIA CACUIA DA ILHA LTDA - EPP
CACUIA	IPIRU, 159, LOJA B	DROGARIA E PERFUMARIA HIGH FARMA LTDA
CAMPO DOS AFONSOS	AV MARECHAL FONTENELE 3784 LOJA B	FARMÁCIA PRINCEZINHA DA MALLETT LTDA - ME
CAMPO GRANDE	ANDRE VESALIO, 120	FARMÁCIA SÃO CLÁUDIO LTDA
CAMPO GRANDE	AURELIO FIGUEIREDO, Nº 15 LOJAS 7, 8 E 213	DROGARIA CHEGA MAIS LTDA
CAMPO GRANDE	AVENIDA CESARIO DE MELO	FARMÁCIA ADMIR LTDA
CAMPO GRANDE	AVENIDA CESARIO DE MELO, 2975 - LOJA E LOJA A	DROGARIA FRANCISCO BARBOSA LTDA
CAMPO GRANDE	CORONEL AGOSTINHO N/129	A NOSSA DROGARIA DE CAXIAS LTDA
CAMPO GRANDE	CORONEL AGOSTINHO, 20	DROGARIA SANTO AGOSTINHO LTDA
CAMPO GRANDE	DO MENDANHA, 555SUC, 197 E 196	DROGARIA FRANCISCO BARBOSA LTDA
CAMPO GRANDE	EST DO CABUCU, 2739	FARMÁCIA MAIS VOCÊ CABUÇU LTDA - ME
CAMPO GRANDE	EST RIO SAO PAULO,283, LOJA F	DROGARIA POSITIVA DO BRASIL LTDA
CAMPO GRANDE	EST. DAS AGULHAS NEGRAS, 107	VIDA FARMA FARMÁCIA LTDA - ME
CAMPO GRANDE	ESTRADA DA POSSE 3885 LOJA E	DROGARIA DIAS DA POSSE LTDA - EPP

CAMPO GRANDE	ESTRADA DO MATO ALTO, 679, LOTE 02 LOJA 01	FARMÁCIA IRMAOS ARAÚJO DO MATO ALTO LTDA
CAMPO GRANDE	ESTRADA DO MENDANHA, 294 - LOJA A	DROGARIA COPA 2014 DE CAMPO GRANDE LTDA - ME
CAMPO GRANDE	ESTRADA DO MENDANHA, 81 - LOJA A	DROGARIA WESTFARMA LTDA-ME
CAMPO GRANDE	ESTRADA DO TINGUI, 400, B LOJA	CLOROFILA FARMÁCIA LTDA
CAMPO GRANDE	FERREIRA BORGES, 22	DROGARIA SANTO AGOSTINHO LTDA
CAMPO GRANDE	R ARTUR RIOS, 1698, LOJAS D E	FARMÁCIA POPULAR DA ZONA OESTE LTDA
CAMPO GRANDE	R ITAPOLIS 17 LOJA A	FARMÁCIA ADRIAN 2005 LTDA - ME
CAMPO GRANDE	R OCAIMA, 20 - LOJA A	DROGARIA NOVA BENÇÃO DE DEUS DE CAMPO GRANDE LTDA -
CAMPO GRANDE	rua ARICURI 775 loja E	FARMÁCIA MAGALI LTDA - ME
CAMPO GRANDE	RUA BARCELOS DOMINGOS Nº29	DROGARIAS PACHECO SA
CAMPO GRANDE	RUA CAMPO GRANDE Nº 1084 LOJA A	DROGARIAS PACHECO SA
CAMPO GRANDE	RUA CEL. AGOSTINHO , 16	DROGARIAS PACHECO SA
CAMPO GRANDE	RUA CEL. AGOSTINHO, Nº 48	DROGARIAS PACHECO SA
CAMPO GRANDE	RUA CORONEL AGOSTINHO Nº131/133	DROGARIAS PACHECO SA
CAMPO GRANDE	RUA CORONEL AGOSTINHO, 12	DROGASIL SA
CAMPO GRANDE	RUA CORONEL AGOSTINHO, 153	DROGARIA GALANTI DE NOVA IGUAÇU LTDA
CAMPO GRANDE	RUA MAJOR DE ALMEIDA COSTA, LOJAS 1A-1A2	DROGARIA FRANCISCO BARBOSA LTDA
CAMPO GRANDE	RUA VIÚVA DANTAS Nº 60	DROGARIAS PACHECO SA
CAMPO GRANDE	RUA VIUVA DANTAS, 80, LOJA B	A NOSSA DROGARIA DE CAXIAS LTDA
CAMPO GRANDE	SB-BAIRRO, RUA IARAQUÃ, 615, LOJA B	FARMÁCIA ELIZABET EDERLI LTDA ME
CAMPO GRANDE	VIUVA DANTAS, 99, LOJAS A E B	DROGARIA SANTO AGOSTINHO LTDA
CASCADURA	AV DOM HELDER CAMARA 10380	DROGARIA FARMA DEZ DE CASCADURA LTDA - EPP
CASCADURA	AVENIDA ERNANI CARDOSO, 63	DROGARIA PRIMEIRA VIVA BEM DE CASCADURA LTDA - ME
CASCADURA	AVENIDA SUBURBANA Nº10354	DROGARIAS PACHECO SA
CASCADURA	DOM HELDER CAMARA, 10332	DROGARIAS PACHECO S/A
CASCADURA	RUA DOM HELDER CÂMARA Nº 10244	DROGARIAS PACHECO SA
CASTELO	RUA MEXICO, 116 - LOJA A	DROGARIA MÉXICO LIMITADA
CATETE	LARGO DO MACHADO Nº29 LOJA C	DROGARIAS PACHECO SA
CATETE	R. PEDRO AMÉRICO, Nº 116	DROGARIA MATINGA LTDA - EPP
CATETE	RUA DO CATETE 257 LOJA C	DROGARIA NOVA ZONA SUL LTDA
CATETE	RUA DO CATETE Nº 248	DROGARIAS PACHECO SA
CATETE	RUA DO CATETE Nº 250	DROGARIAS PACHECO SA
CATETE	RUA DO CATETE, Nº 300	DROGARIAS PACHECO SA
CAVALCANTE	RUA GRACA MELO, 296 - 296 A	FARMÁCIA CENTRAL DE CAVALCANTE LTDA - ME
CAVALCANTE	RUA SILVA VALE 145 LOJA A	DROGARIA WALMAN LTDA ME
CENTRO	22 DE MAIO, 5714	FARMÁCIA SÃO SEBASTIÃO LTDA
CENTRO	AV GOVERNADOR ROBERTO SILVEIRA Nº540	A NOSSA DROGARIA DE CAXIAS LTDA
CENTRO	AV. JOAQUIM LEITE Nº408/410	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	AVENIDA RIO BRANCO, 156 LJ D	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	AVENIDA RIO BRANCO, 45 - LOJA A	DROGARIA MONTANA LTDA
CENTRO	AVENIDA SETE DE SETEMBRO Nº484	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	DO ROSARIO, 131	DROGARIA FASOR LTDA
CENTRO	ESTACAO METROVIARIA DA CENTRAL, S/N, AVN PRESIDEN	FARMÁCIA JADEZANDA LTDA ME
CENTRO	MARECHAL FLORIANO, 98	DROGARIA RASOF LTDA
CENTRO	PRACA PAULO DE FRONTIN, 86 - LOJA	DROGARIA CENTRAL DA PRAÇA LTDA - ME
CENTRO	PRESIDENTE VARGAS, Nº 502A SOBRELOJA	DROGARIA SÃO PAULO S.A.
CENTRO	RODOVIA RIO SAO PAULO, 19, QUADRA 0005-LOTE 0019	FARMÁCIA ZAMPERLLINE LTDA - ME
CENTRO	RUA BARÃO DE SÃO FÉLIX	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	RUA BUENOS AIRES Nº165/167	VENÂNCIO PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA
CENTRO	RUA DA ASSEMBLEIA 56 LJ.A	RAIA DROGASIL S/A

CENTRO	RUA DA QUITANDA 89	VENANCIO PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA
CENTRO	RUA DO ACRE Nº 684	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	RUA DO OUVIDOR, Nº 132	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	RUA DO ROSARIO 147	DROGARIA PHIZER LTDA - EPP
CENTRO	RUA DOS ANDRADAS Nº 43/47	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	RUA MIGUEL COUTO Nº36,38	OFS RJ LTDA
CENTRO	RUA MONCORVO FILHO, 17, LOJA B PARTE	DROGARIA IRMAOS PINHO LTDA
CENTRO	RUA QUINTINO BOCAIUVA Nº 87	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	RUA SÃO JOSÉ, Nº 78	DROGARIAS PACHECO S A
CENTRO	RUA SENADOR DANTAS Nº5	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	RUA SENADOR DANTAS Nº 03 LOJA	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	RUA SENADOR DANTAS Nº118 LJ D	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	RUA SETE DE SETEMBRO Nº67	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	RUA SETE DE SETEMBRO Nº 126/128	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	RUA SETE DE SETEMBRO Nº61	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	RUA SETE DE SETEMBRO, 165	DROGARIA ASFRO LTDA
CENTRO	RUA TADEU KOSCIUSCO, 91 - LOJA A	FARMÁCIA COLOSSO LTDA - ME
CENTRO	RUA TREZE DE NOVEMBRO, 01	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A
CENTRO	RUA URUGUAIANA, 39, LOJA A, LOJA 201	DROGRARIA ROFAS
CENTRO	RUA URUGUAIANA, Nº 21	OFS RJ LTDA
CENTRO	RUA URUGUAIANA, Nº 27/29	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	SAO JOSE, Nº 36 LOJA E SUBSOLO	DROGARIA SÃO PAULO S.A.
CENTRO	VINTE E DOIS DE MAIO, 5840, LOJA 03	DROGARIA DB LTDA
COELHO NETO	AV DOS ITALIANOS 1420 A	DROGARIA CARBONI LTDA - ME
COELHO NETO	AV PASTOR MARTIN LUTHER KING JR 10255 LOJA A	DROGARIA CLEAN FARMA LTDA - ME
COELHO NETO	DOS ITALIANOS, 1089, LOJA B	DROGARIA VILA SANTA TEREZA LIMITADA
COLEGIO	EST DO BARRO VERMELHO, 1391	FARMÁCIA SEMPRE ALERTA LTDA - ME
CONJT. VILA JOÃO	RUA 14, 339	DROGARIA CLASSE A LTDA ME
COPACABANA	AV NOSSA SENHORA DE COPACABA Nº1004 LOJA A	DROGARIAS PACHECO SA
COPACABANA	AV NOSSA SENHORA DE COPACABANA Nº602 LOJA A	DROGARIAS PACHECO SA
COPACABANA	AV NOSSA SENHORA DE COPACABANA Nº 534 LOJAS A E B	DROGARIAS PACHECO SA
COPACABANA	AV NOSSA SENHORA DE COPACABANA Nº115 A	DROGARIAS PACHECO SA
COPACABANA	AV NOSSA SENHORA DE COPACABANA, 202	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
COPACABANA	AV PRAO JUNIOR Nº237	FARMÁCIA DO LEME LTDA
COPACABANA	AV. NOSSA SENHORA DE COPACABANA	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
COPACABANA	AV. NOSSA SENHORA DE COPACABANA Nº 819 LOJA E SOB	DROGARIAS PACHECO SA
COPACABANA	AV. NOSSA SENHORA DE COPACABANA, 656, LOJA A E SOB	DROGARIA GALANTI DE NOVA IGUAÇU LTDA
COPACABANA	AV. NOSSA SENHORA DE COPACABANA Nº782 A	DROGARIAS PACHECO SA
COPACABANA	AV. PRADO JUNIOR, 135	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A
COPACABANA	AVENIDA NOSSA SENHORA DE COPACABANA 442	RAIA DROGASIL S/A
COPACABANA	AVENIDA NOSSA SENHORA DE COPACABANA 787 LJ.A	RAIA DROGASIL S/A
COPACABANA	AVENIDA NOSSA SENHORA DE COPACABANA Nº 777 LOJA	DROGARIAS PACHECO SA
COPACABANA	AVENIDA NOSSA SENHORA DE COPACABANA, Nº698 - LOJ	DROGARIAS PACHECO SA
COPACABANA	BARATA RIBEIRO, 646, LOJA B	DROGARIA ZSJJ LTDA EPP
COPACABANA	NOSSA SENHORA DE COPACABANA, 836	DROGARIAS PACHECO S/A
COPACABANA	NOSSA SENHORA DE COPACABANA, Nº 980	VENANCIO PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA.
COPACABANA	RODOLFO DANTAS, Nº 40	DROGARIAS PACHECO S/A
COPACABANA	RUA BARATA RIBEIRO, 739, LOJA E	FARMÁCIA PRONTOFARMA LTDA
COPACABANA	RUA FIGUEIREDO MAGALHAES, 615 - LOJAS B, C, E D	FARMÁCIA BAIRRO PEIXOTO LTDA
COPACABANA	RUA FIGUEIREDO MAGALHAES, Nº 741, LOJA: H	FARMÁCIA NOVA GALIA LTDA

COPACABANA	RUA JULIO DE CASTILHO Nº 23 A	DROGARIAS PACHECO SA
COPACABANA	RUA NOSSA SENHORA DE COPACABANA, 774	DROGARIA ONOFRE LTDA
COPACABANA	RUA POMPEU LOUREIRO, Nº 27, LOJA: C	DROGARIA POMPEU LOUREIRO LTDA
COPACABANA	RUA SIQUEIRA CAMPOS, Nº 40	DROGARIA JOSOL LTDA
CORDOVIL	RUA OLIVEIRA MELO, 713 Bai	FARMÁCIA PRINCIPAL DE CORDOVIL LTDA - ME
CURICICA	AVENIDA SALVADOR ALLENDE, 4720, LOJA C	FARMÁCIA REBECCA LTDA. EPP
DEL CASTILHO	AV DOM HELDER CAMARA 4370 LJ A B	DROGARIA ALBINO LTDA - ME
DEL CASTILHO	AVENIDA SUBURBANA, 4414 - LJ 101B QD5 BL 7	FARMÁCIA SAO BORJA LTDA - ME
ENGENHO DA RAINHA	EST. ADHEMAR BEBIANO, 3987, BLOCO A LOJA C	MIL FARMA DE INHAÚMA FARMÁCIA LTDA
ENGENHO DA RAINHA	ESTRADA ADHEMAR BEBIANO, 4063 - BLOCO D LOJAS C &	DROGARIA KAUAI LTDA.
ENGENHO DA RAINHA	RUA MARIO FERREIRA, 338	DROGARIA CENTRAL DO ENGENHO DA RAINHA LTDA - EPP
ESTACIO	RUA HADDOCK LOBO, 07 - GRP 7 B	DROGARIA BETEL DO ESTÁCIO LTDA - ME
FLAMENGO	r CORREIA DUTRA 59 LOJAS C/D	FARMÁCIA CORREIA DUTRA LTDA. EPP
FLAMENGO	RUA BARAO DO FLAMENGO, 35, LOJA P	FARMÁCIA ITACOLOMI LTDA. EPP
FLAMENGO	RUA MARQUES DE ABRANTES Nº144	DROGARIAS PACHECO SA
FLAMENGO	RUA SENADOR VERGUEIRO 73 LJ.A	RAIA DROGASIL S/A
FLAMENGO	RUA SENADOR VERGUEIRO, 23 - LOJA D	DROGARIA FARMA PAISSANDU DO FLAMENGO LTDA
FREGUESIA	ESTRADA DOS TRÊS RIOS Nº 74	DROGARIAS PACHECO SA
FREGUESIA	RUA TIROL 551	DROGARIA WWLM LTDA - EPP
FREGUESIA - ILHA DO GOVERNADOR	AV PARANAPUAN 162 LOJA B	FARMÁCIA PARANAPUAN DA ILHA LTDA - EPP
GARDENIA AZUL	RUA MONODORA 227 LOJA A	DROGARIA VIVA BEM DA GARDÊNIA LTDA - EPP
GAVEA	RUA MARQUES DE SÃO VICENTE Nº 67 A/B BLOCO 1	DROGARIAS PACHECO SA
GLORIA	RUA DA GLORIA N 167	DROGARIAS PACHECO SA
GRAJAU	AV. JULIO FURTADO, 108A, LOJA 2	FARMÁCIA MODELO DO GRAJAU LTDA - ME
GRAJAU	PRAÇA EDMUNDO REGO, 06 - LOJA B	FARMÁCIA LINDA DA PRAÇA LTDA - ME
GRAJAU	RUA BARÃO DE MESQUITA Nº1063	DROGARIAS PACHECO SA
GRAJAU	RUA BARAO DE MESQUITA,758	FARMÁCIA SÃO MOYSÉS LTDA - EPP
GUADALUPE	AVENIDA BRASIL, 22155, LOJA 113-26 - 1. PAVIMENTO	DROGARIA SAO PAULO S.A.
GUADALUPE	AVENIDA BRASIL, 23390 - LOJA 63	FARMATHEUS FARMÁCIA LTDA - ME
GUADALUPE	MARCOS DE MACEDO, 254, A	DROGARIA SERV BEM DE GUADALUPE LTDA
GUADALUPE	MARCOS DE MACEDO, Nº 464	DROGARIA ATRAÇÃO DE GUADALUPE LTDA EPP
GUADALUPE	RUA DR. HELIODORO BALBI, 517 - R. FCO. PORTELA ,269	DROGARIA DROGALUPE LTDA - ME
GUADALUPE	RUA LEOCADIO FIGUEIREDO 319	FARMAGDA FARMÁCIA DE VILA SANTO ANTONIO LTDA - ME
GUADALUPE	RUA LUIZ COUTINHO CAVALCANTI, 272 - LOJA B	DROGARIA PRINCESA DE GUADALUPE LTDA - ME
GUADALUPE	RUA MARCOS DE MACEDO, 120 - LOJA C	DROGARIA EXPRESSO DE GUADALUPE LTDA - ME
GUARATIBA	EST DO MAGARCA 5660 LJ A B	FARMÁCIA J M MAGARCA LTDA - ME
GUARATIBA	Estrada DA MATRIZ 2996	FARMÁCIA DIAS DE GUARATIBA LTDA - ME
GUARATIBA	Estrada DO MAGARCA 2795 Loja B	DROGARIA DIAS DO MAGARCA LTDA - ME
GUARATIBA	Estrada DO MAGARCA, 4141 - Av Pilar do Sul, Lote 3 ,Qdr 1	DROGARIA DIAS DO PILAR LTDA - ME
GUARATIBA	RUA LETICIA S/N LOTE 01 QUADRA 80	FARMÁCIA JM DO MARAVILHA LTDA - ME
GUARATIBA	Rua LETICIA, S/N - Lote 2 , Quadra 68	DROGARIA DIAS DO JARDIM MARAVILHA LTDA - ME
HIGIENOPOLIS	RUA TEN ABEL CUNHA, 14	FARMÁCIA HIGIENOPÓLIS LTDA
HIGIENOPOLIS	RUA TENENTE ABEL CUNHA, 145, LOJA B	SOCIEDADE FARMACÉUTICA EXPEDITO LTDA ME
HONORIO GURGEL	RUA MIRINDUBA 639 LOJA A	DROGARIA NOVA VIDA DE HONÓRIO LTDA - ME
ILHA	ESTRADA DO CACUIA Nº 231 LOJAS C E D	DROGARIAS PACHECO SA
ILHA DO GOVERNADOR	AVENIDA PARANAPUAM, 1080 - LOJA B	DROGARIA FREGUESIA DA ILHA LTDA - EPP
ILHA DO GOVERNADOR	CAMBAUBA, 1187	DROGARIAS PACHECO S/A
ILHA DO GOVERNADOR	EST DO DENDE, 494 - LOJA A	FARMÁCIA JOSEMARYRA DO DENDÊ LTDA - ME
ILHA DO GOVERNADOR	EST. DO DENDE, Nº 1151, LOJA: C	DROGARIA LÍDER DA ILHA LTDA

ILHA DO GOVERNADOR	ESTRADA DO GALEAO, 2791, LOJA A	DROGARIA OBELISCO DA ILHA LTDA
ILHA DO GOVERNADOR	loja DO GALEAO, 2877	DROGARIAS PACHECO S/A
ILHA DO GOVERNADOR	loja DO GALEAO, 646	DROGARIAS PACHECO S/A
ILHA DO GOVERNADOR	LOJA PARANAPUAN, Nº 1472	DROGARIAS PACHECO S/A
ILHA DO GOVERNADOR	R LUIS SA 275 LOJA A LOJA B	FARMA JÚNIOR DA ILHA DO GOVERNADOR LTDA - ME
ILHA DO GOVERNADOR	REPUBLICA ARABE DA SIRIA, Nº 455	DROGARIAS PACHECO S/A
ILHA DO GOVERNADOR	RUA CAMBAUBA 1404 LOJA B	FARMÁCIA ITUÁ LTDA
ILHA DO GOVERNADOR	RUA CAMBAUBA 832 LOJA B	FARMÁCIA SHALLON DA ILHA LTDA
ILHA DO GOVERNADOR	RUA CAPITÃO BARBOSA Nº 698 LOJA B	DROGARIAS PACHECO SA
IPANEMA	RUA VISCONDE DE PIRAJÁ Nº82 LOJA B	DROGARIAS PACHECO SA
IPANEMA	RUA VISCONDE DE PIRAJÁ 265 LOJA A	DROGARIAS PACHECO SA
IPANEMA	RUA VISCONDE DE PIRAJÁ Nº169 LOJA A	DROGARIAS PACHECO SA
IPANEMA	RUA VISCONDE DE PIRAJÁ Nº592 LOJA B	DROGARIAS PACHECO SA
IPANEMA	RUA VISCONDE DE PIRAJA Nº 455 LOJA A	DROGARIAS PACHECO SA
IPANEMA	RUA VISCONDE DE PIRAJA, 228	DROGARIA ONOFRE LTDA
IPANEMA	RUA VISCONDE DE PIRAJÁ, 592 LOJA A	DROGARIAS PACHECO SA
IPANEMA	VISCONDE DE PIRAJA, 234	DROGARIAS PACHECO S/A
IPANEMA	VISCONDE DE PIRAJA, 514	DROGARIAS PACHECO S/A
IRAJA	AV MONSENHOR FELIX, 865, LOJA A	FARMA JUNIOR DE IRAJÁ LTDA - ME
IRAJA	loja MONSENHOR FELIX, 506	DROGARIAS PACHECO S/A
IRAJA	NOSSA SENHORA DA APRESENTACAO, 223	DROGARIAS PACHECO S/A
IRAJA	PRACA FLORIANO RODRIGUES LOUREIRO, 23, LOJA C	DROGARIA PRAÇA MATO GROSSO LTDA
IRAJA	PRACA NOSSA SENHORA DA APRESENTACAO, 233	DROGARIA NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO LTDA. - ME
IRAJA	RUA HANNIBAL PORTO 650 A	FARMÁCIA MARCELLYANE LTDA - ME
IRAJA	RUA JOSE BORGES, 27 LOJAC	FARMÁCIA ESTER & SOL LTDA-ME
ITANHANGA	AV ENGENHEIRO SOUZA FILHO 82	FARMÁCIA AMERICANAS DO R.P LTDA - EPP
ITANHANGA	AV ENGENHEIRO SOUZA FILHO S/N AVENIDA AREINHA, 44	DROGARIA AMERICANA DA AREINHA LTDA - EPP
JACARÉ	AVENIDA GUANABARA 181	DROGARIA SETE ESTRELAS DO JACARÉ LTDA - ME
JACARÉ	RUA COMANDANTE GRACINDO DE SA, S/N - DARCY VARGA	DROGARIA NOVA BENÇÃO DE DEUS LTDA-ME
JACARÉ	RUA DOIS DE MAIO 735	FARMÁCIA FARMACELEM LTDA - ME
JACAREPAGUÁ	EDGARD WERNECK, 1570	FARMÁCIA VIMPAMAR LTDA ME
JACAREPAGUÁ	EST DE JACAREPAGUA, 6331, LOJA A	DROGARIA PREFERIDA LTDA ME
JACAREPAGUÁ	EST DE JACAREPAGUA, 7563, BOXES 8 E 9	DROGARIA SIX LTDA
JACAREPAGUÁ	EST DO GUERENGUE 800 LOJA A	DROGARIA MACEMBU LTDA - ME
JACAREPAGUÁ	EST DOS BANDEIRANTES 175 BOX 2	SENDAS DISTRIBUIDORA S/A
JACAREPAGUÁ	EST DOS BANDEIRANTES, 5450, LOJA G E H	JOSE PEREIRA PROMEDICAMENTO DROGARIA LTDA.ME
JACAREPAGUÁ	ESTRADA DE JACAREPAGUA, Nº 7880 LOJAS B,C,D	FARMAY FARMÁCIA & CONVENIÊNCIA LTDA
JACAREPAGUÁ	ETR DO BOIUNA, 160 - LOJA A	DROGARIA ZULIA LTDA - ME
JACAREPAGUÁ	PCA BARAO DA TAQUARA, 25, LOJAS B / C	DROGARIA ENZO DA PRAÇA SECA LTDA.
JACAREPAGUÁ	RUA CANDIDO BENICIO, 2935 - LOJA B BLOCO N	DROGARIA FREI BENTO LTDA.- ME
JACAREPAGUÁ	RUA GEMINIANO GOIS 59 LOJA B - FREGUESIA	FARMÁCIA NOVA DA CIDADE DE DEUS LTDA.
JACAREPAGUÁ	RUA ISRAEL, 81 - LOJA 3 E 4	DROGARIA E PERFUMARIA BUENO BARROS LTDA. - EPP
JACAREPAGUÁ	RUA SOLDADO SEBASTIAO MACHADO, S/N - LOJA	DROGARIA FELICIDADE RP LTDA. - ME
JACAREPAGUÁ	ESTRADA DOS BANDEIRANTES Nº 27	DROGARIAS PACHECO S.A.
JACAREZINHO	RUA VIUVA CLAUDIO, S/N	DROGARIA ATRATIVA DO JACAREZINHO LTDA-ME
JARDIM AMERICA	FRANZ LISZT, 546	DROGARIAS PACHECO S/A
JARDIM AMERICA	RUA FRANZ LISZT, 440 - LOJAS A/B	DROGARIA FORMOSA DO JARDIM AMÉRICA LTDA - EPP
JARDIM AMERICA	RUA FRANZ LISZT, 526, LOJA	FARMÁCIA MABELLE LTDA. ME
JARDIM AMERICA	RUA FRANZ LISZT, 583, LJS, B/C	FARMÁCIA DEUS ME ILUMINE LTDA.-ME

JARDIM AMERICA	RUA PROFESSOR COSTA RIBEIRO, 460, LOJA A	AMERICA SAUDE DROGARIA LTDA.-ME.
JARDIM BOTÂNICO	RUA CONDE DE AFONSO CELSO 15 LOJA A	FARMÁCIA PARQUE LAGE LTDA - EPP
JARDIM BOTÂNICO	RUA JARDIM BOTANICO 647 LJ.A	RAIA DROGASIL S/A
JARDIM BOTÂNICO	RUA JARDIM BOTÂNICO Nº700 LJ B	DROGARIAS PACHECO SA
JARDIM CARIOCA	ESTRADA DO GALEAO, 964 - LOJA A	DROGARIA PORTACO LTDA. EPP
LARANJEIRAS	PRAÇA SÃO SALVADOR, 01 - LOJA A	DROGARIA FUTURA SÃO SALVADOR LTDA
LARANJEIRAS	RUA DAS LARANJEIRAS, 211 - LJ.A	RAIA DROGASIL S/A
LEBLON	AV JOSE LINHARES, 245, PARTE II	SENDAS DISTRIBUIDORA S/A
LEBLON	AV. ATAUF DE PAIVA Nº 1151 LOJA A	DROGARIAS PACHECO SA
LEBLON	AV. ATAULFO DE PAIVA Nº528 LOJA E SOBRELOJA	DROGARIAS PACHECO SA
LEBLON	AVENIDA AFRANIO DE MELO FRANCO, 290 - LJ. 103A/103B	RAIA DROGASIL S/A
LEBLON	AVENIDA ATAUF DE PAIVA Nº 386 LOJA C	DROGARIAS PACHECO SA
LEBLON	loja ATAULFO DE PAIVA, 1241	DROGARIAS PACHECO S/A
LEBLON	LOJA BARTOLOMEU MITRE, 617	VENANCIO PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA.
LEBLON	RUA BARTOLOMEU MITRE, 310	DROGARIAS PACHECO SA
LEME	RUA GUSTAVO SAMPAIO Nº650 A	DROGARIAS PACHECO SA
LINS DE VASCONCELOS	RUA CABUCU, 144	FARMÁCIA VIP 2 LTDA - EPP
LINS DE VASCONCELOS	RUA VILELA TAVARES, 348 - LOJA	DROGARIA RÁPIDA DO LINS LTDA. - ME
MADUREIRA	AV MINISTRO EDGAR ROMERO, Nº 72	DROGARIA GALANTI DE NOVA IGUAÇU LTDA.
MADUREIRA	AV MINISTRO EDGARD ROMERO , 94	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
MADUREIRA	AV MINISTRO EDGARD ROMERO Nº239 LOJAS C E D	DROGARIAS PACHECO SA
MADUREIRA	AVENIDA EDGARD ROMERO Nº62	DROGARIAS PACHECO SA
MADUREIRA	AVENIDA MINISTRO EDGARD ROMERO Nº 203/205	DROGARIAS PACHECO SA
MADUREIRA	AVENIDA MINISTRO EDGARD ROMERO Nº 09/11	DROGARIAS PACHECO SA
MADUREIRA	MINISTRO EDGAR ROMERO, 89	DROGARIAS PACHECO S/A
MADUREIRA	PRAÇA ARMANDO CRUZ, 120 - LOJA 11 A	FARMÁCIA HOMEOPÁTICA ANASTÁCIA LTDA ME
MADUREIRA	RUA CARVALHO DE SOUZA Nº257 LOJA	DROGARIAS PACHECO SA
MADUREIRA	RUA CARVALHO DE SOUZA, 326	RAIA DROGASIL S/A
MADUREIRA	RUA FRANCISCO BATISTA Nº85	DROGARIAS PACHECO SA
MAGALHAES BASTOS	Rua MARECHAL FONTENELLE, 4930	DROGARIA REAL DO MALLETT LTDA-ME
MAGALHAES BASTOS	rua PRINCESA LEOPOLDINA 8	FARMÁCIA CAROLINA DE MIRAI LTDA - ME
MANGUEIRA	RUA VISCONDE DE NITEROI, 522	DROGARIA PARENTE DA MANGUEIRA LTDA
MANGUINHOS	Rua URANOS, 1047	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A
MARECHAL HERMES	RUA AURELIO VALPORTO 15 LOJA A	DROGARIA LÍDER DE MARECHAL HERMES LTDA
MARECHAL HERMES	RUA GENERAL SAVAGET, 80 LOJA A	DROGARIA SAÚDE E PROGRESSO LTDA - ME
MARIA DA GRACA	RUA CARNEIRO RIBEIRO, 25 - A	DROGARIA EXPRESSA DE DEL CASTILHO LTDA - ME
MÉIER	AV DIAS DA CRUZ, 371, PARTE II	SENDAS DISTRIBUIDORA S/A
MÉIER	RUA CAROLINA MEIER, Nº 12 A	DROGARIAS PACHECO SA
MÉIER	RUA CONSTANCIA BARBOSA, 135, LOJA D	DROGARIA GRANZEL LTDA. EPP
MÉIER	RUA DIAS DA CRUZ Nº13/15 LOJA	DROGARIAS PACHECO SA
MÉIER	RUA DIAS DA CRUZ Nº303 LOJA A	DROGARIAS PACHECO SA
MÉIER	RUA DIAS DA CRUZ, 224	RAIA DROGASIL S/A
MÉIER	RUA DIAS DA CRUZ, 297	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
MÉIER	RUA DIAS DA CRUZ, 47	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
MÉIER	Rua DIAS DA CRUZ, 491	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A
MÉIER	RUA PEDRO DE CARVALHO, 01 - LOJA A	DROGARIA ATRAÇÃO DO MÉIER LTDA.
MÉIER	RUA SALVADOR PIRES, 240 - LOJA C	FARMÁCIA GETÚLIO LTDA.- ME
MÉIER	RUA SILVA RABELO Nº14	DROGARIAS PACHECO S.A.
MÉIER	RUA SILVA RABELO, 27 - LOJAS C D E	DROGARIA PRISMA DO MÉIER LTDA - EPP
MÉIER	RUA TORRES SOBRINHO 02 A LOJA E4	FARMÁCIA LUCRO CERTO LTDA - ME
MÉIER	RUA DIAS DA CRUZ Nº 147 LOJA A	DROGARIAS PACHECO SA
MÉIER	RUA DIAS DA CRUZ Nº 380	DROGARIAS PACHECO SA

OLARIA	ANDRE AZEVEDO, Nº 150	DROGARIAS PACHECO S/A
OLARIA	DELFIN CARLOS 350 LOJA DE	DROGARIA PAJEU LTDA
OLARIA	RUA CARLINA, 190	DROGARIA FAMÍLIA DE OLARIA LTDA ME
OLARIA	RUA DOUTOR ALFREDO BARCELOS 584	FARMÁCIA ANNA CAROLINA LTDA - ME
OSWALDO CRUZ	RUA CAROLINA MACHADO, 1012	DROGARIA PIONEIRA DE OSWALDO CRUZ LTDA-EPP
OSWALDO CRUZ	R. ANDRADE ARAUJO, 536, LOJA A	FARMÁCIA ANDRADE ARAÚJO 553 DE OSWALDO CRUZ LTDA EP
OSWALDO CRUZ	RUA CARLOS XAVIER, 202 - LOJA A	FARMÁCIA PIUMA LTDA - ME
OSWALDO CRUZ	RUA CAROLINA MACHADO, 1002	DROGARIA ALIANÇA DE OSWALDO CRUZ LTDA - EPP
PACIENCIA	EST SANTA EUGENIA 171 LOJA A	DROGARIA COSTA 888 LTDA - ME
PACIENCIA	ESTRADA SANTA EUGENIA 844 LOJA A	M.J. DE PACIÊNCIA FARMÁCIA LTDA - ME
PADRE MIGUEL	ESTRADA DE REALENGO 1441 LOJA A	FARMÁCIA MAJESTOSA DE REALENGO LTDA - ME
PADRE MIGUEL	RUA FRANCISCO REAL, 763	FARMÁCIA JADEZANDA LTDA ME
PADRE MIGUEL	RUA LOMAS VALENTINAS 124, LOJA A E LOJA 01	DROGARIA TRADIÇÃO DA VILA LTDA - EPP
PAQUETA	R FURQUIM WERNECK, 31 - LOJA B	FARMÁCIA COTIDIANA LTDA
PAVUNA	AV PROFESSOR BERNARDINO DA ROCHA, 113 - LOJA B	MARI FARMA DROGARIA LTDA - ME
PAVUNA	AVENIDA PASTOR MARTIN LUTHER KING JR, 14212	DROGARIA E PERFUMARIA PAVUNENSE LTDA - EPP
PAVUNA	AVENIDA SARGENTO DE MILÍCIAS, 71 - LOJAS C / D	DROGARIA DROGALIM LTDA - EPP
PAVUNA	RODOVIA PRESIDENTE DUTRA	JAMYR VASCONCELLOS S.A.
PAVUNA	RUA SARGENTO DE MILÍCIAS, 158	LUPEFARMA DROGARIA LTDA EPP
PECHINCHA	ESTRADA DO PAU FERRO, 261, LOJA B	DROGARIA SAO MARCOS MA LTDA-ME
PECHINCHA	ESTRADA PAU FERRO Nº1	DROGARIAS PACHECO SA
PECHINCHA	RUA PROFESSOR HENRIQUE COSTA, 730	FARMÁCIA FARMALARSEN LTDA
PEDRA DE GUARATIBA	DA MATRIZ, 450, 1 LOJA	A F DE CASTRO DROGARIA
PEDRA DE GUARATIBA	RUA VILA NELITA 5 LOJA B	FARMÁCIA PEDRA DE GUARATIBA LTDA ME
PENHA	AVENIDA BRAZ DE PINA Nº150	DROGARIAS PACHECO SA
PENHA	estradaJOSE RUCAS1040	DROGARIA HM DA PENHA LTDA
PENHA	R. CONDE DE AGROLONGO, Nº 1034 - LOJA A	FARMÁCIA UNIDOS DA PENHA LTDA - ME
PENHA	RUA DOS ROMEIROS 111 E 119	A NOSSA DROGARIA DE CAXIAS LTDA
PENHA	RUA MONTEVIDEO, 1133, LOJA A	DROGARIA FAMÍLIA DA PENHA LTDA - ME
PENHA	RUA NICARÁGUA Nº250	DROGARIAS PACHECO SA
PENHA	RUA PANAMA, 36 - LOJA A	DROGARIA MILENA LTDA - ME
PENHA	RUA PLIMIO DE OLIVEIRA, 2	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A
PENHA CIRCULAR	AV. BRÁS DE PINA Nº874 LJ B	DROGARIAS PACHECO SA
PENHA CIRCULAR	AVENIDA VICENTE DE CARVALHO Nº 1236 - LOJA A PRAÇA	FARMÁCIA JUREMA LTDA - EPP
PENHA CIRCULAR	AVENIDA VICENTE DE CARVALHO, 1585 - B	DROGARIA DROGAÉTICA DA PENHA LTDA - EPP
PIEIDADE	AV DOM HELDER CAMARA 8644	DROGARIA VENCESLAU PEREIRA LTDA - ME
PIEIDADE	AVENIDA DOM HELDER CAMARA, 8701	DROGARIA ATRAÇÃO DA SUBURBANA LTDA - ME
PILARES	AV JOAO RIBEIRO 64	DROGARIA TRIBO DE JUDÁ LTDA - ME
PILARES	R. ALVARO MIRANDA, 241, LOJA B,	DROGARIA DROGAGEBE LTDA
PILARES	RUA DOM HELDER CAMARA Nº 5614	DROGARIAS PACHECO SA
PILARES	RUA JOAO RIBEIRO, 79	DROGARIA SANTA ADÉLIA LTDA
PORTUGUESA	RUA REPUBLICA ARABE DA SIRIA, 383	RAIA DROGASIL S/A
PORTUGUESA	RUA REPUBLICA ARABE DA SIRIA, 445	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A
PRAÇA DA BANDEIRA	RUA DO MATOSO Nº 100	DROGARIAS PACHECO SA
PRAÇA DO CAMPO	AVENIDA VICENTE DE CARVALHO Nº 1604	DROGARIA ITAOCARA DO CARMO LTDA
PRACA SECA	RUA BARAO 483 LOJA	DROGARIA BARÃO DA PRAÇA SECA LTDA - EPP
PRACA SECA	RUA BARAO 957 LOJA PRACA SECA	DROGARIA FAMÍLIA DA PRACA SECA LTDA - ME
PRACA SECA	RUA DA CHACARA, 430 - LOJAS A E B	FARMÁCIA TRADIÇÃO DA CHACARA LTDA - EPP
QUINTINO	AV DOM HELDER CAMARA 9540A LOJA	FARMÁCIA RENASCER DE QUINTINO LTDA - ME
QUINTINO	AVENIDA DOM HELDER CAMARA, 9324 - LOJA	DROGARIA ATRATIVA DE QUINTINO LTDA - ME
QUINTINO	RUA CLARIMUNDO DE MELO, 796	DROGARIA FAMILIA DE QUINTINO LTDA - ME

QUINTINO	Rua CLARIMUNDO DE MELO, 823	DROGARIA REAL DE QUINTINO LTDA-ME
RAMOS	Rua BARREIROS, 614	DROGARIA VITORIA BIA LTDA-ME
RAMOS	Rua EUCLIDES FARIA, 51, Loja A	DROGANEW DE RAMOS DROGARIA LTDA-EPP
RAMOS	RUA JOAQUIM DE QUEIROZ 46 LOJA A	DANIFARMA PRODUTOS DE FARMÁCIA E PERFUMARIA LTDA -
RAMOS	RUA URANOS 1037	DROGARIA BRASIL DE RAMOS LTDA
RAMOS	URANOS, 1029	DROGARIAS PACHECO S/A
REALENGO	AV. SANTA CRUZ Nº1108	DROGARIAS PACHECO SA
REALENGO	R LIMITES, 1370	DROGARIA DESTAQUE DA LIMITES LTDA - EPP
REALENGO	RUA CAPITAO TEIXEIRA, 15	FARMÁCIA SAO PEDRO DE REALENGO LTDA - ME
REALENGO	RUA LIMITES 1250 LOJA C	FARMÁCIA RAINHA DA LIMITES LTDA - ME
REALENGO	RUA MAL. SOARES ANDRÉA Nº290 LJ A/B	DROGARIAS PACHECO SA
RECREIO DOS BANDEIRANTES	AV GILKA MACHADO, 2 - LOJA B	NEW DROGAVIDA LTDA - EPP
RECREIO DOS BANDEIRANTES	AVENIDA DAS AMERICAS Nº 16757	DROGARIAS PACHECO SA
RECREIO DOS BANDEIRANTES	DAS AMERICAS, 13331	DROGARIAS PACHECO S/A
RECREIO DOS BANDEIRANTES	ESTRADA BENVINDO DE NOVAES, 1900	DROGARIAS PACHECO SA
RIACHUELO	RUA ANA NERI, 2078 - LOJA A	DROGARIA CENTRAL DO RIACHUELO LTDA - ME
RICARDO DE ALBUQUERQUE	RUA JAPOARA, 174 - LOJA A	DROGARIA FABRIS LTDA - EPP
RICARDO DE ALBUQUERQUE	RUA PEREIRA DA ROCHA 71	DROGARIA EXATA DE RICARDO LTDA - ME
RIO COMPRIDO	RUA ARISTIDES LOBO Nº244	DROGARIAS PACHECO SA
RIO DAS PEDRAS	AV ENGENHEIRO SOUZA FILHO 42	FARMÁCIA ATRATIVA DO RIO DAS PEDRAS LTDA - ME
RIO DAS PEDRAS	AVENIDA ENGENHIRO SOUZA FILHO Nº 22	DROGARIAS PACHECO SA
ENGENHO DE DENTRO	RUA DR.PADILHA, 485 - B	FARMÁCIA MONSENHOR HORTA LTDA - ME
ROCHA	AV PRES HUMBERTO DE A. CASTELO BRANCO, 3382	NOVA DROGARIA TAMOIO LTDA
ROCHA MIRANDA	AV DOS ITALIANOS, 780, LJ A ESQ C/ RUA VIEIRA DO COUT	DROGARIA EXPRESSO DE ROCHA MIRANDA LTDA - ME
ROCHA MIRANDA	ESTRADA DO BARRO VERMELHO 995 LOJA A	FARMÁCIA PRIMOS DE ROCHA MIRANDA LTDA - ME
ROCHA MIRANDA	ESTRADA DO BARRO VERMELHO, 1470- LOJA A	DROGARIA FARMADINA DE COLEGIO LTDA - ME
ROCHA MIRANDA	PRAÇA OITO DE MAIO Nº 64	DROGARIAS PACHECO SA
ROCINHA	RUA VIA APIA Nº 40	DROGARIAS PACHECO SA
SANTA CRUZ	ESTRADA DA PEDRA, 97	DROGARIA VILLEGARMA LTDA.
SANTA CRUZ	FELIPE CARDOSO N/105	A NOSSA DROGARIA DE CAXIAS LTDA
SANTA CRUZ	RUA FELIPE CARDOSO Nº 267 LOJA A	DROGARIAS PACHECO SA
SANTA CRUZ	RUA FELIPE CARDOSO Nº 47	DROGARIAS PACHECO SA
SANTA CRUZ	RUA FELIPE CARDOSO, 89/91	A NOSSA DROGARIA DE CAXIAS LTDA
SANTA CRUZ	RUA SENADOR CÂMARA Nº 61	DROGARIAS PACHECO SA
SANTISSIMO	ESTRADA DA POSSE 604 LOJA D/E	FARMÁCIA EXPRESSA DE CAMPO GRANDE LTDA - ME
SANTO CRISTO	RUA SANTO CRISTO, 217	DROGARIA FUTURA DO SANTO CRISTO LTDA
SÃO CRISTOVÃO	rua RICARDO MACHADO 560	DROGARIA ROUXINOL LTDA.
SÃO CRISTOVÃO	RUA SÃO LUIZ GONZAGA Nº126	DROGARIAS PACHECO SA
SÃO CRISTOVÃO	RUA SÃO LUIZ GONZAGA Nº204	DROGARIAS PACHECO SA
SENADOR CAMARA	AV DE SANTA CRUZ 6899	DROGARIA TRADICAO DE SENADOR CAMARA LTDA - ME
SENADOR CAMARA	AVENIDA DE SANTA CRUZ, 6846 - A	DROGARIA INOVE SAUDE LTDA - EPP
SENADOR CAMARA	ESTRADA DO TAQUARAL, 1125, LOJA B	FARMÁCIA PINHO ' S DE CAMARA LTDA.
SENADOR CAMARA	RUA CORONEL TAMARINDO 4124 LOJA A	FARMÁCIA VIEIRA DE SENADOR CAMARA LTDA - ME
SEPETIBA	RUA PEDRO LEITAO, S/N - Lote 18 , quadra A	DOS IRMAOS DO PIAI LTDA - ME
TANQUE	AVENIDA GEREMARIO DANTAS, 12 - LOJA	FARMÁCIA SENSACAO DE JACAREPAGUA LTDA - ME
TANQUE	AVENIDA GEREMARIO DANTAS, 160	DROGARIA REAL DE JACAREPAGUA LTDA-ME
TANQUE	AVENIDA GEREMARIO DANTAS, 308 - LOJA	DROGARIA ESSENCIAL SAUDE E BELEZA LTDA - ME
TAQUARA	COMERCIAL ESTRADA DOS BANDEIRANTES, 316, LOJA	VENANCIO PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA.

TAQUARA	RUA JOSE PERIGAULT 115 LOJA C	A SUA FARMÁCIA DA TAQUARA LTDA - EPP
TAUA	RUA DOMINGOS MONDIM 05 LOJA C	FARMÁCIA LEO DE JUDA LTDA - EPP
TIJUCA	AVENIDA PROFESSOR MANOEL DE ABREU, Nº 761	VENANCIO PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA
TIJUCA	CONDE DE BONFIM, 1140, LOJA B	FARMÁCIA 1.140 LTDA
TIJUCA	JOJA CONDE DE BONFIM, 40	VENANCIO PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA.
TIJUCA	MAJOR AVILA, 126	DROGARIAS PACHECO S/A
TIJUCA	PRAÇA SAENS PEÑA 55	VENANCIO PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA
TIJUCA	PRAÇA SEANS PENA Nº 31	VENÂNCIO PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA
TIJUCA	R CONDE DE BONFIM, Nº208, LOJA A	VENANCIO PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA
TIJUCA	R. CONDE DE BONFIM	EMPREENDEMENTOS PAGUE MENOS S.A.
TIJUCA	RUA CARUSO 5 LOJA A	DROGARIA MOOREA LTDA - EPP
TIJUCA	RUA CONDE BONFIM, Nº 396 LOJA B	DROGARIAS PACHECO SA
TIJUCA	RUA CONDE DE BONFIM	EMPREENDEMENTOS PAGUE MENOS S.A.
TIJUCA	RUA CONDE DE BONFIM 340	VENANCIO PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA
TIJUCA	RUA CONDE DE BONFIM 375	VENANCIO PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA
TIJUCA	RUA CONDE DE BONFIM Nº 681 LOJA B	DROGARIAS PACHECO SA
TIJUCA	Rua CONDE DE BONFIM, 429 - Loja A	EMPREENDEMENTOS PAGUE MENOS S/A
TIJUCA	RUA CONDE DE BONFIM, 733 - LOJA D	DROGARIA DROGA III LTDA - ME
TIJUCA	RUA CONDE DE BONFIM, Nº 436 LOJA SOBRADO	DROGARIAS PACHECO SA
TIJUCA	Rua GENERAL ROCA 818 Loja A TIJUCA	DROGARIA SAO PAULO S.A.
TIJUCA	RUA GENERAL ROCA 836	VENANCIO PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA
TIJUCA	RUA HADDOCK LOBO	DROGARIAS PACHECO SA
TIJUCA	RUA HADDOCK LOBO 382A	RAIA DROGASIL S/A
TIJUCA	RUA PINTO DE FIGUEIREDO Nº 32	DROGARIA ONOFRE LTDA.
TIJUCA	RUA SANTO AFONSO 356 356	RAIA DROGASIL S/A
TIJUCA	RUA URUGUAI, 329	SENDAS DISTRIBUIDORA S/A
TIJUCA	RUA URUGUAI, 380 - LOJA 16	FARMÁCIA URUGUAI PRIME LTDA - EPP
TODOS OS SANTOS	RUA JOSE BONIFACIO 412	DROGARIA BONIFACIO LTDA - EPP
TODOS OS SANTOS	RUA JOSE BONIFACIO, 658	DROGARIA ATRATIVA DO MEIER LTDA - ME
URCA	bairro JOAO LUIZ ALVES 56 LOJA C	FARMÁCIA ATLANTE LTDA. EPP
URCA	MARECHAL CANTUARIA, Nº 8 LOJA A	DROGARIA NOSSA SENHORA DO BRASIL LTDA
VAZ LOBO	AVENIDA MONSENHOR FELIX, 10 - LOJA A	DROGARIA CENTRAL DE VAZ LOBO LTDA - ME
VAZ LOBO	AVENIDA MONSENHOR FELIX, 28 - LOJA B	DROGARIA CARVALHO DE SOUZA LTDA - EPP
VAZ LOBO	AVENIDA MONSENHOR FELIX, 306	DROGARIA MONSENHOR LTDA.ME
VICENTE DE CARVALHO	AV . VICENTE DE CARVALHO 1127 LJ B	DROGA COSMO LTDA
VICENTE DE CARVALHO	R GUARAUNA 3 LOJA A	DROGARIA DEZESSETE DE MARCO LTDA - ME
VIGARIO GERAL	CORREA DIAS, 276	DROGARIAS PACHECO S/A
VIGARIO GERAL	ESTRADA DO VIGARIO GERAL 1034 LOJA C	DROGARIA DIAS DE VIGARIO GERAL LTDA - ME
VILA DA PENHA	AV BRAS DE PINA 1915 LOJA B	DROGARIA ESPERANCA DA VILA LTDA
VILA DA PENHA	AV BRAS DE PINA, Nº 950 LOJA A	FARMÁCIA VALERIA LTDA
VILA DA PENHA	AVENIDA MERITI, 2260 - LOJA A	DROGARIA PRINCIPAL DO BICAO LTDA - EPP
VILA DA PENHA	TOMAZ LOPES, 881	DROGARIAS PACHECO S/A
VILA ISABEL	AV 28 DE SETEMBRO, 226, LOJAS D/E	FARMA BENY LTDA-ME
VILA ISABEL	av VINTE E OITO DE SETEMBRO 182	DROGARIA NOVA BOLONHA LTDA
VILA ISABEL	BOULERVARD 28 DE SETEMBRO Nº296	DROGARIAS PACHECO SA
VILA ISABEL	HIPOLITO DA COSTA, 37	DROGARIAS PACHECO S/A
VILA ISABEL	R. PEREIRA NUNES, 221, LOJA C	FARMÁCIA M R SIMAS LTDA. EPP
VILA ISABEL	RUA BOULEVARD 28 SETEMBRO Nº 439	DROGARIAS PACHECO SA
VILA ISABEL	RUA RIBEIRO GUIMARÃES 454	VENANCIO PRODUTOS FARMACÊUTICA LTDA
VILA ISABEL	RUA TEODORO DA SILVA, 774 - LOJA A	DROGARIA NOVA FARMA DE VILA IZABEL LTDA - ME
VILA ISABEL	RUA VINTE E OITO DE SETEMBRO 214	RAIA DROGASIL S/A
VILA VALQUEIRE	LOJA, ETR INTENDENTE MAGALHAES, 1229, LOJA C	DROGARIA INTENDENTE LTDA

VILA VALQUEIRE	PROFESSOR CARDOSO FONTES, 54	FARMÁCIA POPULAR DO VALQUEIRE LTDA
VILA VALQUEIRE	RUA DAS ROSAS Nº 37 LOJA F	DROGARIA ROSAS DE VALQUEIRE LTDA
VILA VALQUEIRE	RUA LUIZ BELTRAO, 46 - LOJA B	DROGARIA ELIMAR DO VALQUEIRE LTDA - EPP
VISTA ALEGRE	BRAZ DE PINA, 2047, LOJA A	FARMÁCIA HELENA LTDA
VISTA ALEGRE	DA AGUA GRANDE, 1158	DROGARIAS PACHECO S/A
VISTA ALEGRE	EST. DA AGUA GRANDE, Nº 781	DROGARIAS PACHECO S/A
VISTA ALEGRE	RUA PARATINGA, 271	FARMÁCIA KARIM DE VISTA ALEGRE LTDA - ME
BARRA DO PIRAI	PRAÇA NILO PEÇANHA Nº114	DROGARIAS PACHECO SA
BELFORD ROXO	RUA ROCHA CARVALHO Nº1397	DROGARIAS PACHECO SA
CABO FRIO	ASSUNCAO, Nº 860	DROGARIAS PACHECO S/A
CAMPOS ELISEOS	av ACTURA 03 LT 9 LOJAS 548 E 558	DROGARIA RAINHA DE CAMPOS ELISEOS LTDA - ME
CENTRO	AV MARECHAL FLORIANO PEIXOTO	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS
CENTRO	Av QUINZE DE NOVEMBRO, 21	LARGO DO PACO DROGARIA LTDA - ME
CENTRO	ROD. AMARAL PEIXOTO, 4911	EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A
CENTRO	RUA DR. OTAVIO TARQUINO , 150	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	RUA XV DE NOVEMBRO Nº 97 ANTIGOS 37/37A	DROGARIAS PACHECO SA
CENTRO	SAO JOAO, 47	DROGARIA SÃO PAULO S.A.
COMENDADOR SOARES	THOMAZ FONSECA, 90	DROGARIAS PACHECO S/A
COSMORAMA	RUA COSMORAMA, 934	PHFARMA LTDA ME
ICARAI	RUA TAVARES DE MACEDO 117 LOJA 103 e 104	FARMÁCIA LOPES & FERREIRA LTDA - EPP
ILHA DA CONCEICAO	R MARIO NEVES, 245 - FRENTE	DROGARIA A SANTIAGO LTDA - ME
ITABORAI	MAIO 5550, LJ E SS	DROGARIAS PACHECO S/A
ITAIPU	FRANCISCO DA CRUZ NUNES, 1230, LJ 106	FARMA GENERICO DROGARIA E PERFUMARIA LTDA.- ME.
ITAIPU	FRANCISCO DA CRUZ NUNES, 1604, LJ 106 B. DE ITAIPU	D'OCEANIC DE ITAIPU DROGARIA LTDA
RANCHO NOVO	UBALDINO RIBEIRO DOS SANTOS, 75	FARMÁCIA PREFERIDA DE NOVA IGUAÇU LTDA
SANTA CRUZ DA SERRA	AUTOMOVEL CLUBE, Nº 48	DROGARIAS PACHECO S/A
SAO FRANCISCO	QUINTINO BOCAIUVA, 343, LOJA 02	DROGARIA PRAIANA DE CHARITAS LTDA
SARAPUI	AVENIDA REPUBLICA DO PARAGUAI, 914 - LOJA A E B	DROGARIA FAMILIA DE CAXIAS LTDA - ME
SOTER - SERRA GRANDE	RUA EWERTON XAVIER 1186 LJ 101 QD 47 LT 20	DROGARIA CENTRAL DE ITAIPU LTDA - ME

Nota: Linhas marcadas exemplificam unidades do Programa MS/Aqui Tem Farmácia Popular fora do âmbito do município do Rio de Janeiro.