

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP

Silvia Rebouças Pereira de Almeida

**Políticas Públicas para o Acesso aos Medicamentos no Brasil: O Caso da
Farmácia Popular**

DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

São Paulo

2015

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP

Silvia Rebouças Pereira de Almeida

**Políticas Públicas para o Acesso aos Medicamentos no Brasil: O Caso da
Farmácia Popular**

DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Tese submetida ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Maura Pardini Bicudo Veras

São Paulo

2015

BANCA EXAMINADORA

Dedico esta tese ao meu querido Marcio, familiares e amigos..

E, também, em memória aos meus pais, já falecidos, por terem dado “o melhor de si” e terem feito “o melhor por nós”..

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, pela oportunidade de contribuir para uma sociedade de maior bem-estar, com mais saúde às pessoas; ao querido Marcio Nowill, que esteve sempre ao meu lado, me apoiando e encorajando, inclusive na minha transição bem sucedida à carreira acadêmica, de modo integral. Aos familiares e amigos pelo apoio, nas alegrias e em tempos difíceis.

Dedico especial agradecimento à minha orientadora e amiga Profa. Dra. Maura Pardini Bicudo Veras, que me orientou com paciência e acompanhou, desde o processo seletivo ao Programa de Doutorado em Ciências Sociais, até a conclusão desta pesquisa, apontando caminhos e sugerindo até mesmo o seu foco no Programa Farmácia Popular; à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC-SP, que sempre “abriu as portas” para mim, desde o Programa de Mestrado em Administração e Planejamento. Meu agradecimento à Profa. Dra. Marta Campos, docente do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC-SP, nas sugestões de bibliografias sobre Políticas Públicas e Sociais na área de Saúde, à Profa. Dra. Regina Giffoni Marsiglia, docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo e do programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC-SP, nas sugestões e dicas sobre abordagens da pesquisa; agradeço a colaboração de acadêmicos da PUC-SP nesta pesquisa, especialmente o Prof. Dr. Luciano Prates Junqueira, da área de Administração da PUC-SP, com estudos desenvolvidos na área de saúde pública; à Profa. Dra. Maria Cristina Amorim, professora titular do Departamento de Economia e do programa de Pós-Graduação em Administração e coordenadora do grupo de pesquisa com estudos em saúde da PUC-SP; e, à Profa. Dra. Eliane Hojaij Gouveia do Departamento de Antropologia da faculdade de Ciências Sociais da PUC-SP; também sou grata ao Prof. Dr. Arnaldo Rabello de Aguiar Vallim Filho, Diretor da Faculdade de Computação e Informática do Instituto Presbiteriano Mackenzie e meus colegas, docentes no Mackenzie, em especial, o Prof. Dr. Edmir Ximenes, pesquisador na área de tecnologia em saúde, que sempre me apoiaram e encorajaram neste percurso desafiador.

Na fase de coleta de campo, meu especial agradecimento às entidades de classe que me apoiaram e colaboraram na pesquisa, “abrindo as portas” para as entrevistas e fornecendo informações e dados estatísticos importantes, sem os quais não teria conseguido obter uma compreensão mais profunda sobre o Programa Farmácia Popular. São elas: o Sindicato da

Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo – Sindusfarma, a Associação Brasileira de Rede de Farmácias e Drogarias – Abrafarma e a Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos, a Pró Genéricos. Meus agradecimentos ao Presidente Executivo do Sindusfarma, o Sr. Nelson Mussolini; ao Presidente Executivo da Abrafarma, o Sr. Sérgio Mena Barreto; e, ao Gerente Técnico Administrativo da Pró-Genéricos, o Sr. Luciano Lobo. Agradeço também aos responsáveis pelas decisões estratégicas e pela operação do Programa Farmácia Popular das redes de farmácias particulares e indústrias farmacêuticas fornecedoras de medicamentos no Programa entrevistadas, que muito colaboraram para esta pesquisa. Por fim, agradeço a colaboração do Sr. Marco Aurélio Pereira, Coordenador Geral de Gestão do Programa no Ministério da Saúde; do Departamento de Gerência Técnica da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz e da Pubenza Lopez Castellanos, Colaboradora no Departamento GV-Saúde da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo e Diretora do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, que coordenou o Programa nos anos de 2006 a 2007.

RESUMO

Em 2004, o governo federal brasileiro lançou o “Programa Farmácia Popular do Brasil” como alternativa de acesso aos medicamentos, com o objetivo de estender este acesso a mais pacientes e regiões, e também, proporcionar um alívio nas despesas familiares, especialmente as das classes populares, que são usuárias do sistema privado de saúde, mas têm dificuldades em adquirir os medicamentos no mercado regular. O Programa (1) tem como foco a distribuição de medicamentos essenciais de baixo custo, para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão, asma, colesterol e outras patologias. Ele está baseado no sistema de co-pagamento, em que o custo é parcialmente pago pelo governo, enquanto o consumidor paga a diferença no seu preço. Inicialmente, baseou-se na distribuição de medicamentos através das farmácias próprias do governo, e, a partir de 2005, este modelo foi ampliado através de parcerias com os estados e municípios. Em 2006, o governo inovou, através de uma estratégia de crescimento baseada numa parceria com as farmácias particulares, operando num sistema de ressarcimento pelo Ministério da Saúde. Em 2011, o governo estabeleceu a gratuidade na distribuição de medicamentos considerados prioritários, para as patologias de diabetes, hipertensão e asma. O presente estudo contribui para identificar a amplitude e limitações do Programa, como alternativa de acesso aos medicamentos no Brasil. Os dados foram obtidos através de pesquisa bibliográfica e documental, sendo complementados por pesquisa de campo junto aos seus atores-chave. Observou-se que o público-alvo também tem uma participação importante de usuários do sistema público de saúde, os quais deveriam estar utilizando a assistência farmacêutica pública convencional, que distribui medicamentos gratuitamente à população. Este comportamento revela deficiências no sistema público de assistência farmacêutica e vantagens do Programa, como eficiência logística, garantindo a disponibilidade de medicamentos aos pacientes, e facilidade de acesso às farmácias. Embora o Programa tenha sido considerado importante como alternativa, foram sugeridas melhorias operacionais e estratégicas para que o Programa se torne mais efetivo no acesso a medicamentos pela população brasileira.

Palavras-chave: Farmácia Popular, Políticas Públicas e Políticas Sociais.

ABSTRACT

In 2004, the Brazilian Federal Government introduced the “Brazilian Popular Pharmacy Program”, as an alternative means to facilitate access to medicines, aiming to extend this access to more patients and regions, and also, to reduce family expenditures, mainly for popular class families, who are users of the private health system, but have difficulties buying medicines in the regular market. The Program is focused on the distribution of low cost essential medicines, for the treatment of non-communicable chronic diseases, such as diabetes, hypertension, asthma, cholesterol and others. It is based on a copayment model, in which the cost of medicines is partially paid by the government, while the consumer pays the difference. At first, it was based on distribution by government pharmacies, and since 2005, this model has been extended through partnership, mainly with state and district authorities. In 2006, the government innovated towards a growth strategy, grounded on partnership with private retailers, operating through a reimbursement system by the Ministry of Health. In 2011, the government established the free of charge distribution of medicines with priority, for the pathologies of diabetes, hypertension and asthma. This analysis contributed to identifying the scope and limitations of the Program, as an alternative means of access to medicines in Brazil. Data were obtained by means of bibliographic and documentary research and were complemented by interviews with the stakeholders. It was observed that the program’s target audience also includes a significant percentage of public health system users, who should be making use of conventional public pharmaceutical assistance, which distributes medicines free of charge. This reveals inadequacies in the public pharmaceutical assistance, as well as the Program’s advantages as an efficient logistics system, which ensures medicine availability among the population and easy access to pharmacies. Although the Program was considered important as an alternative means, operational and strategic improvements are suggested, making this Program more efficient to facilitate the access of medicines to the Brazilian population.

Keywords: Popular Pharmacy, Public Policies and Social Policies.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução dos gastos do governo com o fornecimento de medicamentos através de ações judiciais.....	68
Gráfico 2: Evolução do número de Farmácias Populares do governo no Programa.....	115
Gráfico 3: Número de municípios atendidos pela rede própria do governo.....	115
Gráfico 4: Número de farmácias e drogarias particulares credenciadas no programa "Aqui tem Farmácia Popular".....	116
Gráfico 5: Número de municípios atendidos pelas farmácias e drogarias particulares credenciadas ao programa "Aqui tem Farmácia Popular".....	116
Gráfico 6: Percentual de municípios com pelo menos uma unidade do Programa Farmácia Popular – Sistema de copagamento, por região, em 2009.....	123
Gráfico 7: Percentual de unidades do Programa Farmácia Popular – Sistema de copagamento localizadas nas capitais, por região, em 2009.....	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Vendas nas farmácias por classe terapêutica – 1999.....	45
Tabela 2: Vendas do setor farmacêutico no Brasil – Canal Farmácia (US\$ Milhões).....	46
Tabela 3: As dez maiores indústrias farmacêuticas no Brasil.....	48
Tabela 4: Número de receitas por origem de atendimento médico de saúde particular & saúde pública nas farmácias do governo.....	95
Tabela 5: Satisfação do usuário do programa “Aqui tem Farmácia Popular”.....	103
Tabela 6: Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos.....	106
Tabela 7: Despesas com medicamentos por programa em 2015.....	106
Tabela 8: Valores de transferência direta do Ministério da Saúde para as farmácias e drogarias credenciadas ao programa "Aqui tem Farmácia Popular"	107
Tabela 9: Valores de “Transferência Fundo a Fundo” do Ministério da Saúde para as Farmácias Populares da rede própria do governo.....	107
Tabela 10: Valor bruto total gasto na assistência farmacêutica nas unidades básicas do SUS.....	108
Tabela 11: Gastos com saúde ao redor do mundo (em US\$).....	109
Tabela 12: Participação do “gasto público em saúde” no “total gasto com saúde”.	110
Tabela 13: Evolução do gasto público com saúde sobre o PIB em alguns países (em %).....	110
Tabela 14: Pacientes usuários do programa "Aqui tem Farmácia Popular" por UF	117
Tabela 15: Evolução no número de pacientes atendidos no programa “Aqui tem Farmácia Popular” no período anterior ao programa “Saúde Não Tem Preço.....	118
Tabela 16: Municípios do Plano Brasil sem Miséria atendidos pelo Programa Farmácia Popular.....	118
Tabela 17: Balanço geral do programa “Aqui tem Farmácia Popular” nos últimos anos.....	120
Tabela 18: Participação do Programa Farmácia Popular nas farmácias particulares.....	120
Tabela 19: Faturamento médio por categoria de ponto de venda e respectivo número de farmácias no Brasil.....	122
Tabela 20: Número de pacientes atendidos no Programa por patologia (setembro/2013).....	130

Tabela 21: Impostos sobre medicamentos nos países (carga tributária média em %)	139
Tabela 22: Brasil - Carga tributária no preço final de alguns bens no Brasil	139
Tabela 23: Comparativo do gasto total por unidade farmacotécnica da rede básica do SUS com os valores financiados pelo Ministério da Saúde para o programa “Aqui tem Farmácia Popular” (valores em R\$)	148
Tabela 24: Resultados totais da análise de custo-volume dos medicamentos do Programa “Aqui tem Farmácia Popular” – 2011	152
Tabela 25: Comparativo entre o valor de referência de medicamentos financiados pelo Programa Farmácia Popular no sistema de copagamento e o preço de aquisição direta pelas secretarias municipais de saúde	155
Tabela 26: Acesso global a medicamentos para doenças crônicas de acordo com o número de doenças crônicas referidas	173
Tabela 27: Acesso a medicamentos através dos serviços públicos e privados para a Hipertensão por hipertensos com indicação médica de tratamento medicamentoso por ABEP e região do país	174
Tabela 28: Acesso a medicamentos através dos serviços públicos e privados para a Diabetes por diabéticos com indicação médica de tratamento medicamentoso por ABEP e região do país	174
Tabela 29: Acesso a medicamentos através dos serviços públicos e privados para a Doença Respiratória Pulmonar Crônica por portadores de doença respiratória pulmonar crônica com indicação médica de tratamento medicamentoso por ABEP e região	174
Tabela 30: Medicamentos de uso crônico segundo aquisição	175
Tabela 31: Prevalência de utilização de medicamentos nos 15 dias anteriores a entrevista para tratamento da dor, febre, infecções, afecções respiratórias e gastrointestinais agudas, segundo características sociodemográficas	175
Tabela 32: Medicamentos de uso eventual utilizados nos 15 dias anteriores a entrevista para tratamento da dor, febre, infecções, afecções respiratórias agudas e gastrointestinais, segundo aquisição	175
Tabela 33: Proporção de medicamentos, utilizados por pessoas com 20 anos ou mais, segundo fonte de obtenção por doença especificada	176

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
O problema.....	14
Objetivo.....	20
Hipótese.....	21
Delimitação do estudo.....	24
Justificativa.....	25
Metodologia.....	25
Definição dos termos.....	29
1. POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE NO BRASIL.....	30
1.1 Histórico das políticas públicas de saúde no Brasil.....	30
1.2 O Estado Capitalista e as Políticas Sociais.....	35
1.3 O Complexo Farmacêutico e suas relações com o Estado.....	43
1.4 Programas do Governo para o acesso aos medicamentos.....	60
2. HISTÓRICO E ESTRATÉGIA DA FARMÁCIA POPULAR.....	75
2.1 Histórico e público-alvo do Programa.....	75
2.2 A questão da verba pública.....	105
2.3 Amplitude regional.....	113
2.4 Lista de medicamentos.....	125
2.5 Relações entre os atores-chave do Programa.....	131
3. ASPECTOS FINANCEIROS E OPERACIONAIS.....	137
3.1 Aspectos financeiros do Programa.....	137
3.2 Aspectos operacionais do Programa.....	158
4. MAPA DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS.....	170
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	177
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	183

APÊNDICE

A - Roteiros das entrevistas.....	192
B - Princípios ativos, na sua forma farmacêutica e apresentação, distribuídos nas unidades básicas de saúde do SUS, na atenção básica à saúde.....	198
C – Lista de medicamentos distribuídos no programa “Dose Certa”.....	204
D – Lista de medicamentos do programa “Aqui tem Farmácia Popular”.....	207
E – Lista de medicamentos da rede própria do Programa Farmácia Popular do Brasil..	209
F – Entrevista feita com Coordenação Geral de Gestão do Programa Farmácia Popular no Ministério da Saúde, Brasília.....	213

ANEXOS.....	219
--------------------	------------

INTRODUÇÃO

O problema

O presente estudo está baseado na premissa de que o Estado tem o dever de garantir à população brasileira o direito à saúde e o acesso aos medicamentos, sendo esta responsabilidade amparada pela Constituição Federal de 1988.

As políticas públicas voltadas a melhorar o acesso aos medicamentos no Brasil ainda necessitam ser aperfeiçoadas para garantir este direito de modo mais efetivo, principalmente às famílias da classe popular, que dependem do Estado para que a provisão dos medicamentos seja garantida aos tratamentos prescritos.

Dados da Pesquisa Mundial de Saúde – 2003, desenvolvida pela OMS em 71 países e coordenada no Brasil por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, realizada em 188 municípios de 25 estados do Brasil, ficando de fora apenas o Acre e Roraima, comprovam que 87%, de um total de 5.000 entrevistados, tiveram acesso a todos os medicamentos prescritos no último atendimento de saúde que precedeu a pesquisa, 5% conseguiram adquirir grande parte dos medicamentos e 8%, muito poucos ou nenhum. Na categoria de indivíduos de pior condição social, 10,2% não conseguiram adquirí-los. A falta de dinheiro foi o motivo mais alegado nesses casos (FIOCRUZ, 2004).

Estes resultados mostram, portanto, que são as camadas populares quem mais necessitam de programas do governo mais amplos e efetivos.

De acordo com o estudo Panorama Setorial da Indústria Farmacêutica (GAZETA MERCANTIL, 2000), estima-se que aproximadamente 40% da população brasileira não consegue obter os medicamentos no mercado regular e a única alternativa para essas pessoas é o fornecimento gratuito pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

O Programa Farmácia Popular foi lançado em 2004, no governo do então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, tendo sido idealizado na época, pelo Deputado Federal Eduardo Jorge, como mais uma alternativa para atender esta necessidade, ampliando a sua distribuição para mais pessoas e regiões brasileiras, ao mesmo tempo em que vem contribuir para aliviar o orçamento familiar, especialmente das famílias das camadas populares, que são usuárias do sistema privado de saúde, mas apresentam dificuldades para adquirir os remédios no mercado regular.

A área de saúde pública tem reconhecido internacionalmente, ao longo dos anos, que o acesso aos medicamentos é condição essencial para o direito à saúde e, em diversos encontros, a Organização Mundial da Saúde - OMS tem promovido uma reflexão sobre essa questão.

Em 1975, na Assembléia Mundial de Saúde, já era solicitado o apoio dos países membros para o estabelecimento de políticas farmacêuticas, incluindo as estratégias para a seleção e a aquisição correta de medicamentos essenciais de qualidade e de acordo com as necessidades sanitárias. A primeira lista de medicamentos essenciais foi publicada pela OMS em 1977 (WHO, 2001).

Em 1978, na Conferência Internacional de Atenção Primária convocada pela OMS e *United Nations Children's Fund* - UNICEF, o acesso aos medicamentos essenciais foi considerado parte necessária da atenção primária à saúde. Estes esforços levaram ao estabelecimento de programas da OMS para estes medicamentos, à realização de conferências sobre o uso racional dos medicamentos e ao apoio técnico para a adoção de políticas farmacêuticas nacionais por estes países (WHO, 2001).

De acordo com estimativas da OMS, com o estabelecimento dessas políticas internacionais, houve um aumento considerável no mundo da população com acesso aos medicamentos essenciais, passando de um total em torno de 2,1 bilhões em 1977, para aproximadamente 3,8 bilhões no ano de 1999. Entretanto, estima-se que pelo menos um terço da população mundial ainda não tenha acesso adequado a estes medicamentos e, em áreas mais pobres da África e Ásia, por exemplo, essa proporção pode chegar à metade.

Com isso, a OMS alerta para a necessidade de se buscar soluções para os sérios problemas que ainda persistem nessa área de saúde, sendo os principais deles: a falta de alcance aos medicamentos essenciais, devido ao seu custo, geralmente elevado, deixando as camadas populares sem obtê-los; ou a falta de medicamentos em razão, por exemplo, de não serem atrativos, em termos de retorno financeiro, para se investir em sua produção e distribuição no mercado pela indústria farmacêutica.

Outro problema apontado pela OMS é a questão da má qualidade dos medicamentos, devido a falta de controle e vigilância na linha de produção e comercialização de fármacos, resultando em produtos falsificados ou inadequados, trazendo riscos à saúde da população. Além disso, falhas nas operações logísticas, como manuseio, armazenagem e distribuição dos produtos, podem alterar a qualidade dos medicamentos, trazendo riscos à saúde da população e o desperdício de recursos públicos.

O uso irracional de remédios, com prescrições em desacordo com as reais necessidades dos pacientes, também foi apontado pela OMS como ponto de atenção, pois, também representa risco à saúde da população e o desperdício de recursos.

De acordo com a OMS, as razões destes problemas são complexas, necessitando de uma maior compreensão das características do mercado farmacêutico, e das relações entre governo, classe médica, que são os prescritores de medicamentos, indústria farmacêutica e pacientes, que são os seus consumidores (WHO, 2001).

Apesar de o século vinte ter apresentado avanços científicos revolucionários no desenvolvimento de novos tratamentos e na melhoria da saúde humana, no início do século vinte e um, a maioria dos medicamentos essenciais apresentava problemas de falta de disponibilidade e acesso pelo baixo poder de compra da população, falta de segurança em termos de qualidade ou uso inapropriado em vários lugares do mundo.

Esta crise na saúde têm diversas causas complexas, incluindo a pobreza, baixo investimento nos sistemas de saúde e a guerra. A corrupção é outra causa importante, que tem recebido maior atenção dos gestores públicos na área de saúde, uma vez que um número crescente de funcionários públicos nos Ministérios de Saúde e autoridades regulatórias nacionais de medicamentos estão reconhecendo a necessidade de suas instituições trabalharem num ambiente de maior transparência e responsabilidade (WHO, 2006).

Com o objetivo de refrear a corrupção no setor farmacêutico, a OMS teve a iniciativa de implementar um programa para a boa governança dos medicamentos, baseada no aumento da transparência e responsabilidade e na promoção de práticas éticas no setor. Este programa avalia seis funções básicas no setor farmacêutico, sendo estas: o registro de medicamentos, o controle das promoções, inspeção dos estabelecimentos, seleção de medicamentos essenciais, compras e sua distribuição. O licenciamento de estabelecimentos e o controle dos testes clínicos deveriam ser também posteriormente incluídos neste programa (WHO, 2007).

O Banco Mundial identifica a corrupção como o maior obstáculo ao desenvolvimento econômico e social. A corrupção é, geralmente, um problema de abrangência nacional, incluindo ambos setores: de saúde e farmacêutico. Por exemplo, estima-se que as fraudes e abusos no setor de saúde custem de US\$12 a US\$23 bilhões anualmente nos Estados Unidos; no Camboja 5% do orçamento em saúde é perdido com a corrupção; e, na Uganda, dois terços do suprimento de medicamentos são perdidos em corrupção e fraudes em hospitais.

Os envolvidos na questão da corrupção e práticas não éticas são numerosos, pertencendo a diversos segmentos do setor farmacêutico e com diferentes objetivos.

Estão incluídos os pesquisadores, indústrias farmacêuticas, atacadistas e distribuidores, varejistas, os médicos que prescrevem os medicamentos, representantes de vendas, reguladores e gestores públicos, que definem as políticas para o setor. A corrupção pode se manifestar de diversas formas na cadeia de distribuição de medicamentos. Por exemplo, na forma de suborno de um funcionário público para facilitar o processo de registro de um medicamento, favorecimento no recrutamento de novos funcionários ou membros de um comitê, fraudes nas compras ou roubos e desvios de recursos na sua cadeia de distribuição.

O impacto da corrupção no setor farmacêutico não deve ser subestimado. Embora seja muito difícil de ser mensurado, a experiência tem mostrado que a corrupção no setor tem três desdobramentos importantes:

a) Impacto na saúde: desperdício de recursos públicos na compra de produtos excessivamente caros e desnecessários, reduzindo a capacidade do governo em prover o acesso aos medicamentos essenciais de boa qualidade. Igualmente, quando as agências de compras efetuam operações fraudulentas com fornecedores e compram produtos de má qualidade, e, neste caso, não apenas o dinheiro público é desperdiçado, mas também a própria saúde dos pacientes acaba sendo prejudicada. Pacientes tratados com medicamentos de má qualidade não são curados com a mesma rapidez, e podem acabar tendo o seu sofrimento prolongando, e, em alguns casos, até mesmo desenvolver resistência ao tratamento;

b) Impacto econômico: quando o orçamento das agências de compras do setor público é desperdiçado devido às compras de produtos excessivamente caros, ao invés de outras versões, também de boa qualidade, porém mais baratos, ou quando esses fundos são mal administrados; em ambas as situações, há desperdício de recursos. Tais práticas impactam negativamente os orçamentos dos governos na área de saúde pública, e contribuem para a falta de medicamentos disponíveis à população.

c) Impacto na imagem do governo e na sua confiança: ineficiência e falta de transparência reduzem a credibilidade das instituições públicas e deterioram a confiança pública na capacidade do governo em cumprir suas promessas (WHO, 2006).

Um aspecto importante a ser considerado neste estudo é que, os valores vultosos envolvidos nesse mercado o tornam vulnerável à corrupção e às práticas não éticas, tanto no setor público como no privado. O valor do mercado global de medicamentos é estimado pela OMS em mais de 600 bilhões de dólares anuais e seus gastos em países não desenvolvidos podem alcançar 50% do total gasto com saúde (WHO, 2006).

Especialistas estimam que um percentual de 10 a 25% do gasto global das compras públicas de medicamentos é perdido em corrupção. Reclamações internacionais por maior transparência afirmam que, em alguns países, até dois terços do suprimento nos hospitais são perdidos devido à corrupção e fraudes (WHO, 2007).

Países da *Organization for Economic Cooperation and Development* - OECD geralmente destinam US\$239,00 para os gastos anuais com medicamentos por pessoa, comparado a menos de US\$20,00 em países em desenvolvimento e US\$6,00 em países abaixo do Saara, na África (WHO, 2000).

Os gastos nos países em desenvolvimento representam entre 20% a 50% do total do gasto público com saúde, sendo uma média de 12% em países da OECD. Se os gastos com os salários de funcionários da área de saúde forem excluídos, então, os gastos com medicamentos geralmente representam a maior parte do orçamento público com saúde em países em desenvolvimento.

Uma proporção significativa dos gastos com medicamentos nos países em desenvolvimento é desperdiçada devido às ineficiências associadas à gestão de suprimentos, incluindo a seleção, compra, distribuição e uso.

Os medicamentos representam, portanto, a maior parte do gasto público com saúde, depois dos custos com pessoal, para a maioria dos países de maior concentração da classe popular, sendo também, geralmente, a maior despesa de saúde familiar nestes países (GOVINDARJ, R. & REICH, M.R. & COHEN, J.C., 2000).

De acordo com dados da OMS, no período de 1985 a 1999, o valor mundial de produção de medicamentos cresceu quatro vezes mais rapidamente que o produto interno bruto global e dois terços desta produção está concentrado em cinco países - Estados Unidos, Japão, Alemanha, França e Reino Unido – sendo dominada por um grupo pequeno de grandes multinacionais (WHO, 2004). Portanto este cenário de alta complexidade deve ser especialmente considerado por países que possuem sistemas universais de saúde como é o caso do Brasil, que inclui a garantia de acesso a medicamentos como parte da política de saúde (AMORIM & PERILLO, 2008).

Uma questão agravante neste caso é que existe uma tendência dos governos reduzirem os seus gastos devido aos escassos recursos disponíveis para a saúde, embora as necessidades em saúde estejam aumentando ao longo dos anos (WHO, 2001).

Em 2000, os gastos públicos no Brasil, com ações e serviços de saúde, por parte do Governo Federal, estados, Distrito Federal e municípios, foram estimados em R\$ 34 bilhões de reais, com uma participação em torno de 3,0% do PIB. Nesse ano, os gastos do Governo Federal com recursos próprios somaram R\$ 20,4 bilhões, ou seja, 60% do total, e os dos estados e municípios alcançaram R\$ 6,3 bilhões e R\$ 7,3 bilhões, representando 18,5% e 21,5% respectivamente (BRASIL/MS, 2003).

Em 1999, o gasto público federal com saúde *per capita* foi de R\$ 124,03 e, em 2000, R\$ 136,65. Em 1999, o gasto federal total em medicamentos, como percentagem do gasto em saúde, foi de 6,8%, e, em 2000, de 5,8% (LUIZA, 2002).

De acordo com dados da Federação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas - Febrafarma (2008), no ano de 2006, o gasto federal com medicamentos foi da ordem de R\$4,3 bilhões ou 10.6% do gasto federal em saúde. Se compararmos esta proporção com o percentual de 20 a 50% dos gastos em saúde nos países em desenvolvimento, o Brasil, deveria apresentar um gasto público com medicamentos de pelo menos 20% do gasto público na área de saúde, ou seja, o gasto federal representa apenas metade do que deveria ser, e os gastos das outras esferas de governo deveriam ser equivalentes.

Dados da OECD, em seu *Health Report 2000* (WHO, 2000), apontam um aumento nos gastos mundiais com saúde de 3% do PIB em 1948 para 7,9% em 1997. Esse crescimento considerável levou as sociedades de todo o mundo a buscarem mecanismos de financiamento que garantam que o acesso à saúde não lhes seja negado pela falta de condições financeiras para custearem os seus tratamentos.

Diante da complexidade envolvida nesta questão do acesso aos medicamentos, o presente estudo procura realizar uma análise crítica do alcance e limitações do Programa Farmácia Popular, sendo este um Programa de uma política social de saúde do Estado.

Embora este Programa tenha abrangência nacional, selecionamos a cidade de São Paulo, como locus privilegiado para o exame do assunto, sendo esta a maior cidade do país em termos populacionais e de maior expressão nacional em concentração de riqueza, com importante estrutura na área de saúde. Soma-se a estes fatores, uma maior facilidade de obter informações para este estudo na cidade de São Paulo.

Objetivo

O estudo pretendeu atingir os seguintes objetivos:

1.2.1. Realizar uma análise crítica do Programa Farmácia Popular do Brasil e sua retrospectiva histórica, desde a implementação em 2004, avaliando a sua contribuição enquanto política social na área de saúde pública, e, destacando as diferentes conjunturas políticas em que o Programa está inserido;

1.2.1.1. Realizar uma análise crítica das prioridades do governo para o Programa, comparando os tipos de medicamentos atendidos com as estatísticas endêmicas de saúde;

1.2.1.2. Pesquisar aspectos sócio-políticos envolvidos na engenharia institucional, no que tange aos fornecedores do Programa: avaliar os critérios utilizados para a seleção dos fornecedores dos medicamentos atendidos pelo Programa, podendo ser estes produtos de referência, genéricos e similares, desvendando as relações entre estes fornecedores e o Estado. Estes fornecedores são representados tanto pelas indústrias farmacêuticas nacionais como multinacionais;

1.2.1.3. Pesquisar aspectos sócio-políticos relacionados à engenharia institucional, no que tange à seleção das farmácias: avaliar os critérios utilizados para a seleção das farmácias particulares credenciadas ao Programa versus implantação de farmácias próprias do governo, desvendando as questões econômicas envolvidas na operação do Programa, como a sua atratividade em termos de retorno financeiro, mecanismos de ressarcimento, incentivos fiscais ao Programa, infra-estrutura tecnológica, gerenciamento das farmácias, critérios utilizados para o fornecimento de medicamentos no Programa aos pacientes, dentre outros aspectos. Analisar as relações das farmácias com o Estado, especialmente com o Ministério da Saúde, que é o gestor central do Programa, especialmente das farmácias populares particulares, mais representativas na distribuição de medicamentos no Programa;

1.2.1.4. Pesquisar aspectos sócio-políticos relacionados à engenharia financeira do Programa: avaliar a política de subsídios junto às farmácias para a distribuição de medicamentos aos pacientes, que são os usuários do Programa Farmácia Popular, e, também, as regras para a comercialização de medicamentos pelas indústrias farmacêuticas no Programa;

1.2.1.5. Analisar a gestão do Programa pelo governo federal, desvendando, além das questões mencionadas acima, aspectos como o monitoramento do desempenho do Programa, planejamento e a sua complementaridade com o SUS, na distribuição de medicamentos à população do Brasil.

Hipótese

A crescente concentração do setor nas indústrias farmacêuticas de grande porte, em sua maioria multinacionais, tem sido um entrave para um maior acesso da população aos medicamentos, pois estas têm o monopólio do mercado de medicamentos de referência por 20 anos, garantido pelo sistema de patentes que lhes proporciona maior poder na determinação dos preços, sendo estes geralmente onerosos às camadas populares.

Os elevados investimentos em Pesquisa & Desenvolvimento – P&D para a descoberta de novos medicamentos, e, principalmente os gastos vultosos em propaganda, que são em geral, maiores que os investimentos em P&D, acabam onerando os custos das indústrias farmacêuticas de medicamentos de marca, que por sua vez, são repassados aos consumidores nos preços dos produtos.

A política pública para a regulamentação dos medicamentos genéricos no Brasil, implementada no mandato do então Presidente Fernando Henrique Cardoso em 1999, foi uma tentativa do governo facilitar o acesso da população aos medicamentos, por apresentarem preços inferiores aos de referência. Entretanto, até mesmo as indústrias de medicamentos genéricos que, embora não tenham gastos com P&D, por serem produtos-cópia dos medicamentos de referência com patentes caducadas, apresentam também gastos elevados em propaganda e vendas para a comercialização de seus produtos no mercado, o que acaba também onerando os custos dos fabricantes de genéricos, que por sua vez são repassados nos preços aos consumidores.

Segundo a Febrapharma (2008), tanto o controle de preços pelo governo como a regulamentação dos medicamentos genéricos, que são mais baratos que os de referência, não garantem o seu pleno acesso, pois a população da classe popular de renda muito baixa não compra medicamentos, mesmo que estes sejam mais baratos.

Existe uma questão importante que dificulta o crescimento dos genéricos no Brasil, que é o fato dos médicos brasileiros não serem treinados para prescreverem as fórmulas dos

medicamentos, contendo os nomes e respectivas posologias dos princípios ativos, e estes profissionais geralmente não estão preocupados com o preço quando os prescrevem aos seus pacientes, mas apenas com a sua eficácia farmacêutica.

De acordo com estudo setorial sobre a Indústria Farmacêutica, realizado pela Gazeta Mercantil (2000), os governos, diante do crescimento dos gastos com saúde, incentivam através das agências regulatórias, o uso dos genéricos, simplificando as exigências para o seu registro. Por sua vez, nos países onde o paciente é quem paga o medicamento, este passa a pressionar o médico e farmacêutico para a indicação do genérico, pela vantagem do seu custo mais baixo que o medicamento de referência. O poder público e os serviços de gerenciamento de saúde nos Estados Unidos, por exemplo, pressionam médicos a prescreverem genéricos e estimulam farmacêuticos a substituírem produtos de referência por genéricos nas farmácias. De acordo com a estimativa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, publicada neste mesmo estudo, a diferença de preços entre os medicamentos de marca e os genéricos gira em torno de 40%, representando uma maior economia nos gastos para uma parcela da população, que tem renda suficiente para comprar seus medicamentos no mercado regular.

A introdução dos genéricos no mercado melhorou, portanto, a perspectiva da população obter os medicamentos, inclusive as camadas populares, que dependem do Estado como provedor dos medicamentos, uma vez que, sendo os preços dos genéricos mais baixos, permitem um melhor aproveitamento da verba pública destinada aos programas de governo para sua distribuição, como é o caso do Programa Farmácia Popular, e da provisão gratuita de medicamentos nas unidades básicas de saúde do SUS. Os genéricos contribuíram, portanto, para aliviar as despesas familiares nos gastos com remédios.

Um outro ponto crítico, que dificulta o pleno acesso aos medicamentos, é que sua distribuição gratuita nas unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS e outros programas do governo ainda é restrita em termos de lista de medicamentos atendidos, e as famílias, principalmente as da classe popular, ainda têm muita dificuldade para a obtenção daqueles excluídos destes programas, levando-as muitas vezes às vias judiciais para a cobertura dos custos de medicamentos pelo governo.

Além disso, a própria assistência farmacêutica do SUS apresenta falhas graves em seus controles e operações logísticas que acabam comprometendo a disponibilidade de medicamentos essenciais à população, o que faz com que muitos destes pacientes venham a recorrer ao Programa Farmácia Popular como um mecanismo utilizado para a cobertura das deficiências na assistência farmacêutica do sistema público de saúde do SUS.

O Programa Farmácia Popular do Governo Federal é importante, como alternativa para melhorar o acesso da população aos medicamentos, entretanto, para que este Programa se torne mais efetivo, será necessário efetuar alguns ajustes estratégicos e operacionais para uma abrangência ainda maior, em termos de lista de medicamentos atendidos pelo Programa e maior capilaridade geográfica das farmácias entre as regiões brasileiras.

O governo pode estabelecer através deste Programa, diferentemente do SUS que distribui gratuitamente todos os remédios, uma política de subsídios para o fornecimento de medicamentos à população no sistema de copagamento, com foco na ampliação do alcance a eles e não apenas em sua gratuidade, como acontece na assistência farmacêutica convencional do SUS.

Quanto à produção de medicamentos, o Estado tem participação direta pouco representativa no setor, comparando-se com a oferta total no Brasil. Hoje, o governo tem atuado diretamente na produção de medicamentos essenciais com abrangência regional, a exemplo da FURP, atendendo por exemplo, o programa “Dose Certa”, para a distribuição no estado de São Paulo. A produção destes medicamentos pelo Estado permitiu uma ampliação do elenco de medicamentos distribuídos, beneficiando principalmente os municípios pequenos, com menor poder de compra.

O fornecimento de medicamentos produzidos pelo Estado para o Programa Farmácia Popular limitou-se apenas à rede própria do governo, permitindo uma otimização da verba pública destinada ao Programa, uma vez que estes medicamentos são em geral mais baratos que os produzidos pelas indústrias farmacêuticas privadas.

Questões como a redução da carga tributária para a produção de medicamentos, que hoje onera as empresas privadas do setor com um percentual significativo, em torno de 33% do faturamento (SINDUSFARMA, 2014), poderá favorecer a redução nos preços dos medicamentos, que são bens essenciais à população, contribuindo para um maior acesso aos medicamentos adquiridos no mercado regular, reduzindo a sua dependência do Estado como financiador desses produtos.

Além da redução ou até mesmo a isenção nos impostos sobre remédios, como acontece em países como Estados Unidos, Canadá e países do Reino Unido, a concessão de incentivos fiscais às farmácias particulares participantes do Programa Farmácia Popular, por exemplo, também poderá contribuir para ampliar ainda mais o acesso aos medicamentos através deste Programa, tornando a sua participação mais atrativa financeiramente, assim

incentivando o credenciamento no Programa, principalmente pelas farmácias de médio e pequeno portes, que atendem os municípios menores no Brasil.

A questão da obrigatoriedade da prescrição do princípio ativo nas receitas médicas também é importante de ser avaliada pelo governo, pois a implantação dessa regulamentação poderá favorecer a substituição dos medicamentos de referência, que são mais caros, pelos genéricos e inclusive pela produção deles, com patentes já caducadas, por farmácias de manipulação, sendo ambos mais baratos e, portanto, mais acessíveis à população. Atualmente no Brasil, somente os postos de saúde do SUS e farmácias de manipulação têm a obrigatoriedade da prescrição das fórmulas dos medicamentos nas receitas médicas para a retirada gratuita no SUS e encomenda para a produção de medicamentos nessas farmácias, pois, nas farmácias e drogarias, os medicamentos de referência podem ser substituídos pelos respectivos genéricos, sem nenhuma restrição legal. No caso dos similares, estes devem ser também discriminados na receita, a não ser que tenham teste de equivalência comprovada para poderem substituir os de referência, do mesmo modo como acontece com os genéricos.

Delimitação do estudo

Este estudo estará aprofundando a investigação no programa de governo Farmácia Popular. Para tanto, será necessário avaliar o andamento deste Programa nas farmácias públicas e privadas, credenciadas ao Programa, desde a sua implantação em 2004, e a sua contribuição para o acesso aos medicamentos, principalmente pela população da classe popular no Brasil.

O estudo traz uma análise das relações entre os participantes da cadeia de distribuição de medicamentos nas Farmácias Populares, desde o Estado, como gestor do Programa, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, as indústrias farmacêuticas produtoras dos medicamentos, até os canais de distribuição, abrangendo a rede própria de farmácias e rede privada de farmácias e drogarias credenciadas ao Programa para o fornecimento dos medicamentos à população na cidade de São Paulo.

Justificativa

O acesso aos medicamentos pela população no Brasil é considerado um direito do cidadão, sendo este amparado pela Constituição de 1988, sendo portanto dever do Estado a garantia à saúde e o acesso aos medicamentos.

A proposta deste estudo é realizar uma análise crítica do programa do governo Farmácia Popular, procurando avaliar a sua importância como alternativa de acesso aos medicamentos pela população e aos participantes da cadeia de abastecimento, tendo em vista os seus aspectos:

- estratégicos, como a definição dos objetivos e a verba pública destinada ao Programa, estratégia de crescimento baseada na integração com a iniciativa privada, capilaridade geográfica e abrangência da lista de medicamentos atendidos no Programa;
- operacionais, como os critérios definidos pelo governo para a liberação do benefício aos pacientes nas farmácias, comunicação com o Ministério da Saúde, suporte em tecnologia de informação, controles e procedimentos para a liberação deste benefício aos pacientes, renovação e credenciamento de novas farmácias;
- financeiros, como a definição dos valores de referência utilizados no ressarcimento às farmácias, carga tributária e outros aspectos comerciais, como os prazos de pagamento para estes ressarcimentos.

Este estudo procura avaliar, portanto, o alcance e limitações do Programa Farmácia Popular no seu objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos no Brasil, procurando identificar as suas vantagens e oportunidades de melhoria para que este se torne ainda mais atrativo aos participantes do Programa e mais efetivo como alternativa de obter os medicamentos.

Metodologia

O estudo combinou procedimentos de compilação documental e de fontes secundárias para a obtenção de dados estatísticos em saúde, além de ampla pesquisa bibliográfica, abrangendo redes eletrônicas, teses, artigos de revistas especializadas e de

jornais, livros sobre o tema e outros documentos disponibilizados por universidades, empresas, entidades de classe e órgãos públicos como a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz e o Ministério da Saúde.

Numa segunda etapa, foi realizada uma pesquisa de campo, através de entrevistas em profundidade, junto aos principais segmentos do setor farmacêutico participantes do Programa Farmácia Popular, para a produção de informações complementares às fontes secundárias.

Foram realizadas entrevistas junto aos canais de distribuição dos medicamentos distribuídos no Programa, com foco nas redes de farmácias privadas credenciadas ao Programa, priorizando os funcionários com posições de liderança nestas farmácias, responsáveis pela sua gestão, regulamentação e operacionalização do Programa Farmácia Popular, como a Coordenação Técnica Farmacêutica, Gerência de Novos Negócios, Gerência de Assuntos Regulatórios e de outras áreas envolvidas no Programa, como a área Comercial, até a Presidência da empresa.

Foram feitas entrevistas junto a três redes de farmácias participantes do Programa, ambas com atuação na cidade de São Paulo, que é a região de maior foco da pesquisa.

Quanto às farmácias do governo, na entrevista feita com o Coordenador Geral de Gestão do Programa no Ministério da Saúde, foi solicitado que este levantamento fosse centralizado nele, porém, quando isto foi solicitado, pouco tempo depois da primeira entrevista, ele não mais se encontrava disponível para entrevistas. Com isso, pude obter alguma informação sobre este modelo de Farmácias Populares através de entrevistas feitas por telefone com o Departamento de Gerência Técnica da Fiocruz.

Foram entrevistadas três indústrias farmacêuticas privadas, ambas multinacionais, fornecedoras de medicamentos no Programa. Duas dessas indústrias fabricam medicamentos de referência, sendo uma delas fornecedora de insulinas para o tratamento de diabetes, e a outra, fornecedora de medicamentos para o tratamento de asma. Em ambas as empresas, foram entrevistadas as gerências responsáveis por assuntos relacionados ao governo, incluindo o Programa Farmácia Popular.

Foram entrevistados nestas empresas de medicamentos de referência, o Gerente Nacional de Acesso e o Gerente Institucional da Divisão Farmacêutica.

Algumas indústrias farmacêuticas, em geral multinacionais e de importância relevante na distribuição de medicamentos no Programa, se recusaram a colaborar com a pesquisa, alegando ser esta uma restrição definida pela política destas empresas, mesmo garantindo a discrição quanto à menção do seu nome no estudo.

As indústrias de medicamentos genéricos foram mais favoráveis a colaborarem com a pesquisa, mas não houve disponibilidade por parte de responsáveis pelos genéricos no Programa nestas empresas para as entrevistas, com exceção de uma delas, com participação importante no Programa e no mercado brasileiro, em que o Gerente de Marketing se dispôs a colaborar.

As entrevistas foram marcadas através de contato telefônico e por email, e, a maior parte dos entrevistados, solicitou que fosse enviado antecipadamente o roteiro da entrevista para uma melhor compreensão do escopo da pesquisa.

Em duas indústrias entrevistadas, em razão da dificuldade de disponibilidade do profissional e acesso devido a sua distância, estas foram feitas por telefone e os resultados foram muito bons. Uma destas empresas também colaborou nesta fase de coleta de campo, como facilitadora, informando os contatos dos responsáveis pelo Programa Farmácia Popular no Ministério da Saúde, em Brasília.

Em uma das redes de farmácia, com sede estabelecida fora de São Paulo, a entrevista também foi feita por telefone e por meio eletrônico, enviando e recebendo o roteiro de questões e respostas por email.

Nas demais entrevistas, sendo uma indústria multinacional e duas redes de farmácias, a pesquisa de campo foi presencial, pela facilidade de acesso na cidade de São Paulo.

Foi realizada entrevista junto ao órgão do Estado responsável pela gestão do Programa, o Ministério da Saúde – MS, em Brasília. A entrevista foi feita presencialmente com o Coordenador Geral de Gestão – CGG do Programa Farmácia Popular, sendo esta complementada em contatos por email e telefone e as informações estatísticas foram obtidas junto ao site do Ministério da Saúde.

Foi feita também uma entrevista presencial junto à Coordenadora do Programa nos anos de 2006 e 2007, quando este teve uma mudança estratégica importante para o seu crescimento baseado na integração do governo com a iniciativa privada.

Foi feita uma entrevista com especialista da área de Medicina Social da Santa Casa de São Paulo e duas entrevistas com especialistas da área de Administração, com estudos nas áreas de Saúde e Saúde Pública da Pontifícia Universidade de São Paulo.

Foram entrevistadas três entidades de classe, importantes na representação do setor como o Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo – Sindusfarma, a Associação Brasileira de Rede de Farmácias e Drogarias – Abrafarma e a Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos, a Pró Genéricos. No

Sindusfarma, foi entrevistado o Presidente Executivo do sindicato, na Abrafarma, por indicação do Sindusfarma, foi entrevistado também o Presidente Executivo e na Pró Genéricos, foi entrevistado o Gerente Técnico Administrativo. A Associação da Indústria Farmacêutica e de Pesquisa - Interfarma, que representa as indústrias nacionais e multinacionais de medicamentos de marca e genéricos no Brasil, não teve interesse em participar da pesquisa, e não explicitou os motivos da sua recusa.

Em razão da pesquisadora já ter atuado neste segmento farmacêutico, como consultora em indústrias farmacêuticas e rede de farmácias, a marcação das entrevistas acabou sendo facilitada por já possuir alguns contatos no setor, que foram “abrindo caminhos” para as entrevistas. Nas empresas em que não tinha nenhuma indicação de contato, o caminho foi localizar as suas informações pela internet e com o apoio da lista de medicamentos, com os respectivos nomes dos fabricantes dos princípios ativos distribuídos no Programa, através de folhetos promocionais distribuídos em farmácias credenciadas, e, solicitando, em alguns casos, o apoio da área de Assessoria de Imprensa nestas empresas, para a indicação da pessoa responsável pelo Programa para a realização das entrevistas.

As entrevistas presenciais se realizaram, em sua maioria, sem o apoio do gravador, com o intuito de promover maior conforto e segurança por parte dos entrevistados no relato das informações.

Foram observados os aspectos éticos para a inclusão das informações das entrevistas no estudo, buscando a sua autorização de uso pelos entrevistados. Em alguns casos, foi acordado que não seriam mencionados os nomes das empresas, mantendo a sua discrição nos relatos das entrevistas, e, mencionando apenas o seu segmento de atuação no mercado e respectivos cargos dos entrevistados. Os nomes foram mencionados apenas para as entidades de classe e órgãos públicos, e, nesse caso, os textos com as informações das entrevistas foram enviados para a sua validação por parte dos mesmos. Os profissionais acadêmicos entrevistados também autorizaram a inserção das informações das entrevistas, contendo o nome dos entrevistados, e validaram também o texto da tese preparado com base nas informações coletadas nas entrevistas.

Com a finalidade de se avaliar as principais razões pelas quais os usuários do SUS buscam o Programa Farmácia Popular para a provisão de medicamentos, foram realizadas três entrevistas presenciais junto a pessoas-chave da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, incluindo o Secretário Geral, a Coordenadora da Área Técnica de Assistência Farmacêutica e o Diretor da Divisão Técnica de Suprimentos. Tive a oportunidade de participar de duas

reuniões de Conselheiros de Saúde do município de São Paulo, que têm contato direto com os usuários do SUS e contribuíram com o seu feedback quanto à satisfação dos usuários com o Programa Farmácia Popular. Um dos Conselheiros de Saúde me recomendou que conversasse com a Gerência de uma unidade básica de Saúde do SUS, para contribuir com esse feedback.

O Secretário Geral foi o primeiro entrevistado, recomendando-me que mantivesse contato com a responsável pela Assistência Farmacêutica e esta, por sua vez, me sugeriu conversar também com o responsável pela Logística dos medicamentos no SUS, para que pudesse obter um maior detalhamento quanto às operações logísticas do sistema de distribuição de medicamentos nessas unidades de atendimento.

Foram realizadas duas entrevistas com os usuários do Programa Farmácia Popular para obter um feedback quanto a sua satisfação no Programa.

Os roteiros das entrevistas realizadas junto aos atores-chave do Programa estão apresentados no apêndice “A” – Roteiro das entrevistas.

Definição dos termos

Cadeia de distribuição de medicamentos - políticas públicas - políticas sociais – Programa Farmácia Popular – genéricos.

1. POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 Histórico das políticas públicas de saúde no Brasil

É importante discorrer sobre o histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, pois estas abrangem também as ações do Estado na assistência farmacêutica à população.

A seguir, Júnior, A. e Júnior, L. (2006) apresentam um histórico dessas políticas públicas na área de saúde, nas quais se inserem as políticas públicas no segmento de medicamentos no Brasil.

No período de 1897 a 1930 os assuntos relacionados à saúde eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, pela Diretoria Geral de Saúde Pública. As ações do Estado até a década de 1930 estavam restritas ao saneamento e combate às endemias. Nessa época surgiu o sanitarismo-campanhista, presente até a década de 1940. Essa política tinha como objetivo, apoiar o modelo econômico agrário-exportador, garantindo condições de saúde aos trabalhadores empregados na produção e na exportação e as campanhas estavam direcionadas ao combate a endemias como a peste, a cólera, varíola e outras. Gradativamente, o Estado vai aumentando a sua intervenção na saúde da população e, após a segunda guerra mundial, passa a assumir obrigações financeiras na assistência à saúde.

A previdência social no Brasil surgiu em 1923 com o Decreto Legislativo que criou as CAPS – Caixas de Aposentadoria e Pensão. Estas eram organizadas pelas empresas e ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões.

No período de 1923 a 1933 foram criadas 183 Caixas de Aposentadorias e Pensão. A partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP, entidades de grande porte abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades. Estes institutos foram o IAPTEC para trabalhadores em transportes e cargas, IAPC para comerciários, IAPI para industriários, IAPB para bancários, IAPM para marítimos e portuários e IPASE, para servidores públicos.

O modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuía para a Previdência, ou seja, aqueles que tinham vínculo de emprego.

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde. Em 1948, durante o mandato do General Eurico Gaspar Dutra, o governo federal formula o plano SALTE - Saúde,

Alimentação, Transporte e Energia. Em 1953, sob influência deste plano, foi criado o Ministério da Saúde - MS dedicado às atividades de caráter coletivo, como as campanhas de vigilância sanitária. Já se percebia a necessidade de garantir a manutenção e reprodução da força de trabalho, que se tornava cada vez mais urbana e fabril, tendo este ciclo sido iniciado em 1930.

A variedade de instituições previdenciárias e tratamentos levaram o governo à uniformização dos métodos com a criação da Lei Orgânica da Previdência Social em agosto de 1960. Com esta Lei, os direitos e deveres foram uniformizados, facilitando a fusão dos IAP no futuro.

Em 1966 originou-se o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social com a fusão dos IAP, uniformizando e centralizando a previdência social, que se tornou o principal órgão de financiamento dos serviços de saúde.

Com tendência já observada desde a década de 1950, nos anos de 1970, a política de saúde encontrava-se totalmente polarizada entre as ações de caráter coletivo como programas de vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, a cargo do Ministério da Saúde e a assistência médica individual centralizada no INPS, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, criado em 1974.

O processo de industrialização em crescimento, a partir do governo de Juscelino Kubitschek de Oliveira fortaleceu a economia dos centros urbanos e gerou uma força de trabalho a ser atendida pelo sistema de saúde. Com isso, aumentou a necessidade de o Estado atuar na saúde do trabalhador, mantendo e restaurando a sua capacidade produtiva.

No ano de 1972, deu-se início a uma ampliação da abrangência previdenciária, beneficiando empregadas domésticas e trabalhadores rurais com a cobertura de assistência médica pelo sistema de saúde, e em 1973, ampliou esse atendimento para os trabalhadores autônomos.

Em 1974 foi criado o PPA – Plano de Pronta Ação e o FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social para enfrentar a crescente demanda por cura. O PPA desburocratizou o atendimento de urgência ao segurado e permitiu o atendimento ambulatorial a toda a população nos casos de urgência. O PPA é importante referência por ter sido um marco para o início da universalização no atendimento.

A primeira tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde foi em 1975, com a Lei 6.229, de 17 de julho de 1975. Tratando da organização do Sistema Nacional de Saúde, continha em seu artigo primeiro, as competências do município:

1. Manutenção dos serviços de saúde, em especial os serviços de Prontos-Socorros;
2. Manter a vigilância epidemiológica;
3. Articular os planos locais de saúde com os estaduais e federais;
4. Integrar seus serviços no sistema nacional de saúde;

Em 1976 ocorre a experiência do programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste - PIASS, sendo importante para evidenciar a necessidade de atenção primária da saúde - APS. A ideia de APS foi desenvolvida no início para o Nordeste, mas alcançou mais tarde abrangência nacional.

Em 1977 o governo cria o SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social através da Lei 6.439/77. As seguintes instituições faziam parte do SINPAS:

1. Instituto Nacional da Previdência Social - INPS;
2. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS;
3. Fundação Legião Brasileira de Assistência – LBA;
4. Fundação Nacional do Bem Estar do Menor – FUNABEM;
5. Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV;
6. Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS;
7. A Central de Medicamentos – CEME.

Apesar da Lei 6.229/75 regulamentar o Sistema Nacional de Saúde, as ações de saúde eram desenvolvidas de maneira fragmentada e sem nenhuma integração. A saúde coletiva era considerada um direito de todos, e, a assistência médica hospitalar individualizada, somente direito dos trabalhadores contribuintes do Sistema Nacional de Previdência Social. Na época, era de responsabilidade do Ministério da Saúde a formulação das políticas e o desenvolvimento das ações coletivas; ao Ministério da Previdência e Assistência Social a realização da assistência médica através do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social; ao Ministério da Educação a formação de recursos humanos para a saúde e a prestação de serviços nos hospitais universitários; ao Ministério do Interior as ações de saneamento e ao Ministério do Trabalho cuidar da higiene e segurança do trabalho.

Em 1977, o Ministério da Saúde já reconhecia que o papel primordial da esfera municipal era o de estruturar uma rede de serviços básicos dentro dos princípios da atenção

primária. O primeiro encontro municipal na área de saúde, em maio de 1978, concluiu pela atenção primária à saúde como prioridade dos municípios, deixando os casos mais complexos para a União e os Estados.

Em maio de 1980, na VII Conferência Nacional de Saúde, surge o programa para racionalizar o INAMPS denominado PREVSAÚDE com a finalidade de generalizar o desempenho obtido com o programa PIASS voltado à assistência primária.

Em 1982 é criado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, conhecido como Plano do CONASP, criado para racionalizar as ações de saúde. Como consequência deste plano e buscando uma maior e melhor utilização da rede pública de serviços básicos, foram estabelecidos convênios envolvendo os Ministérios da Previdência Social, Saúde e Secretarias de Estado de Saúde, sendo posteriormente substituídos pelas Ações Integradas de Saúde – AIS, com o objetivo da universalização da acessibilidade da população aos serviços de saúde. Esta proposta abriu a possibilidade dos estados e, principalmente municípios, participarem da política nacional de saúde.

As discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde, em março de 1986, resultaram na formalização das propostas do MRSB, apontando mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. Esta Conferência já sinalizava a municipalização como forma de realizar a descentralização.

As bases do sistema atual, o SUS – Sistema Único de Saúde – foram dadas por esta conferência que envolveu mais de 5.000 participantes e desenvolveu um relatório que serviu de base para a Constituição Federal de 1988 na área de saúde.

A Constituição Federal de 1988 deu uma nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser um dever constitucional de todos os níveis governamentais, sendo que antes, este dever pertencia somente à União e restrito ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado para ser vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência passa a ser concebida de forma integral, ou seja, preventiva e curativa.

A gestão participativa, comando e fundos financeiros específicos para cada esfera de governo são características inovadoras e importantes para esse novo conceito.

As Leis 8.080/90 e 8.142/90 representam uma espécie de estatuto no Brasil. A Lei 8.080/90 consolida as orientações constitucionais do Sistema Único de Saúde - SUS. A Lei 8.142/90 trata do envolvimento da sociedade na condução das questões da saúde, criando as

conferências e conselhos de saúde em cada nível do governo. As conferências realizadas a cada quatro anos, contam com a participação dos vários segmentos sociais, e, nelas são definidas as diretrizes para a formulação da política de saúde nas respectivas esferas de governo. A Lei 8.142/90 também define as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios, como as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Estaduais e Municipais (JÚNIOR, A. e JUNIOR, L., 2006).

A Constituição Federal de 1988 direciona a atuação do Estado brasileiro para promover o bem-estar social e plena cidadania, instituindo determinados direitos sociais, dentre eles, o direito à saúde e direciona a atuação do Estado de maneira a garantir este direito à população.

O direito à saúde é positivado no ordenamento jurídico como um direito social, de acordo com o Artigo 6º da Constituição Federal. Os artigos 196 a 201 da Constituição Federal instituem uma estrutura política complexa e abrangente para o sistema de saúde brasileiro, com a organização do Sistema Único de Saúde - SUS que integra a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal. O artigo 196 estabelece expressamente que a saúde é "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação". O direito à assistência farmacêutica, como parte integrante do direito social à saúde, também é instituído como um direito social. De acordo com os artigos 6º e 7º da Lei Orgânica da Saúde, as assistências terapêuticas e farmacêuticas devem ser garantidas integralmente aos cidadãos brasileiros, de acordo com o princípio da integralidade de assistência.

Para que o Estado brasileiro possa atender a esses preceitos legais, é necessário que sejam implementadas políticas públicas e serviços públicos de saúde e assistência farmacêutica, em escala coletiva. Dessa forma, o sistema jurídico e o político participam ativamente na garantia do direito social à assistência farmacêutica. Constata-se, como consequência, a existência de uma série de atos administrativos emanados tanto do Ministério da Saúde do Brasil, quanto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, instituindo uma política pública de medicamentos em nível federal e estadual, com base nas diretrizes contidas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

A política pública implementada em matéria de medicamentos e assistência farmacêutica visa racionalizar a prestação coletiva. Dentre outros preceitos, essa política estabelece critérios justificados de inclusão e exclusão de medicamentos entre os ofertados

pelo SUS à população. Tais critérios são formalizados juridicamente por meio dos atos administrativos que compõem os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, emanados do Ministério da Saúde. A política assim implementada e os serviços públicos prestados possuem limitações quanto às necessidades terapêuticas de toda a população brasileira. A política é elaborada com base na tomada de decisões coletivas pelo sistema político, sob uma perspectiva coletiva e distributiva (Revista de Saúde Pública: v.41 - n.1, 2007).

Em 13 de setembro de 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional 29 para definir a forma de financiamento da política pública de saúde, sendo vinculada à receita tributária. Assim, o financiamento do SUS passou a ser garantido pela Constituição.

Para o cumprimento da EC 29 foi definido um período de transição até 2004. O governo Federal deve passar a corrigir anualmente o orçamento da saúde com base na variação do PIB – Produto Interno Bruto do ano anterior. Os estados deveriam até 2004 estar aplicando pelo menos 12% da base vinculável. A regra para municípios é semelhante, sendo os percentuais de pelo menos 15% da base vinculável a partir de 2004.

A viabilização do sistema de financiamento previsto na Constituição Federal de 1988 e na Emenda Constitucional 29 tem sido alvo de atenção dos estudiosos do setor. Tanto o Governo Federal e grande parte dos governos estaduais têm oferecido resistências à aplicação de recursos na saúde, no modo de vinculação prevista na EC 29/2000 e a questão do financiamento das políticas de saúde ainda é um problema a ser resolvido (JÚNIOR, A. e JUNIOR, L., 2006).

1.2 O Estado Capitalista e as Políticas Sociais

Neste estudo, é importante elucidar algumas reflexões sobre o papel do Estado na nossa sociedade, de regime capitalista.

Ianni (1979), em sua análise sobre o regime capitalista de produção, vai desenvolvendo a sua concepção de Estado a medida que estuda os desdobramentos sociais, políticos e econômicos das forças produtivas e das relações de produção.

O processo de produção de mais-valia e de mercantilização universal das relações, pessoas e coisas pode ser compreendido somente se essa análise abrange o Estado, como dimensão essencial do capitalismo.

Aponta para a questão de que as contradições fundamentais do capitalismo abrangem o Estado, como núcleo de expressão da sociedade civil.

O Estado é compreendido como inserido no “jogo” das relações entre as pessoas, grupos e classes sociais. Desde os seus primeiros escritos, está preocupado com as relações e determinações recíprocas entre o Estado e a sociedade, e, nesse processo crítico, aponta para que o Estado seja compreendido como uma “colossal superestrutura” do regime capitalista e como o “poder organizado de uma classe” social em sua relação com as outras.

Afirma que o Estado e a sociedade não são politicamente distintos e que “o Estado é a estrutura da sociedade”, mas este não é a expressão harmônica da sociedade, pelo contrário, se constitui como um produto das contradições políticas.

De acordo com Ianni (1979), a primeira e mais geral contradição na qual se funda o poder estatal está no fato de que o Estado se funda na contradição entre o público e a vida privada, entre o interesse geral e o particular.

“Como o Estado é a forma sob a qual os indivíduos de uma classe dominante fazem valer os seus interesses comuns, na qual se condensa toda a sociedade civil de uma época, segue-se disso que todas as instituições comuns têm como mediador o Estado e adquirem, através dele, uma forma política” (IANNI, 1979, p. 32).

Em seguida, Ianni aborda as dimensões políticas e econômicas do Estado, compreendendo o Estado burguês como uma expressão essencial das relações de produção específicas do capitalismo. Ao aprofundar a análise do capitalismo, mostra como o Estado é um órgão da classe dominante e o monopólio do Estado, diretamente ou através de grupos interpostos, é a condição básica do exercício da dominação. Com isso, o governo moderno passa a ser um “comitê administrativo dos negócios da classe burguesa”, ou seja, o poder político passa a ser o poder organizado de uma classe para a opressão de outras. A afirmação a seguir retrata bem a concepção Marxista de Estado:

“Esse poder executivo, com sua imensa organização burocrática e militar, com sua engenhosa máquina de Estado, abrangendo amplas camadas com um exército de funcionários totalizando meio milhão, além de mais de meio milhão de tropas regulares, esse tremendo corpo de parasitos, que envolve como uma teia o corpo da sociedade francesa e sufoca todos os seus poros, surgiu ao tempo da monarquia absoluta, com o declínio do sistema feudal, que contribuiu para apressar. Os privilégios senhoriais dos proprietários de terras e das cidades transformaram-se em outros tantos atributos do poder do Estado, os dignitários feudais em funcionários pagos e o variegado mapa dos poderes absolutos medievais em conflito entre si, no plano regular de um

poder estatal cuja tarefa está dividida e centralizada como em uma fábrica”. (IANNI, 1979, p. 33).

Na França, se instaura o bonapartismo através do golpe de Estado em 1852, em que a burguesia conservava o país em temor diante dos terrores da anarquia vermelha. A burguesia francesa dominante, atemorizada diante do aparecimento do proletariado como força política, destruiu a imprensa revolucionária, colocou as reuniões populares sob vigilância da polícia e reprimiu todos os movimentos da sociedade com o poder do Estado. O capitalismo francês, sob o Império de Luís Bonaparte, nos anos de 1852 a 1870, cresceu intensamente. A sociedade burguesa conseguiu um desenvolvimento que superou sua expectativa, sendo que a sua indústria e comércio alcançaram grandes proporções, como também a especulação financeira, enquanto a miséria das massas destacava-se sobre a ostentação de um luxo suntuoso da burguesia. O poder do Estado era, na verdade, o maior escândalo, comparado a um “viveiro de corrupção”.

Ianni (1979) comenta sobre a questão das classes serem representadas diferencialmente no Estado burguês. Como se forma e aperfeiçoa à medida que se desenvolvem as forças produtivas e as relações de produção, o Estado burguês está constitutivamente organizado e orientado pelas exigências da acumulação capitalista. Sendo assim, não se pode acrescentar a uma classe sem retirar da outra, da mesma forma que não se pode retirar tudo de uma classe sob o risco de extinguí-la. Assim, há ocasiões em que a burguesia monopoliza totalmente o aparelho estatal, como na ditadura e há ocasiões em que esse monopólio não pode exercer-se de modo exclusivo, como na democracia burguesa.

Nos primeiros momentos do capitalismo, a burguesia ascendente tende a usar todo o poder do Estado para acelerar a reprodução do capital e, ao mesmo tempo, destruir ou incorporar os remanescentes do feudalismo.

Na revolução burguesa, a burguesia nascente usava a força do Estado, para regular os salários, ou seja, para comprimi-lo dentro dos limites convenientes à produção da mais-valia, a fim de prolongar a jornada de trabalho e manter o trabalhador num grau adequado de dependência.

Ianni (1979) aponta para a questão da hegemonia burguesa, baseada na condição em que as classes subalternas, ou proletariado, sejam subjugadas mas não aniquiladas. Sendo assim, a alienação da mais-valia, como produto do trabalho expropriado ou não pago, somente pode exercer-se se ela se mantém em níveis suportáveis, física e socialmente pelo

proletariado. Esta é a razão de o Estado burguês exprimir, ainda que em grau mínimo, como reflexo da hegemonia burguesa, algum interesse do proletariado.

A conciliação de interesses desiguais e contraditórios, como os da burguesia, classe média e proletariado é uma condição para subjugar-los aos interesses da burguesia. Assim, essa conciliação propicia a continuidade e aceleração da produção de mais-valia e permite evitar o agravamento das contradições de classes além dos limites convenientes ao *status quo* do regime capitalista.

Conforme o grau de desenvolvimento das forças produtivas, das relações de produção e das forças políticas da sociedade, o Estado pode revelar-se mais ou menos diretamente vinculado aos interesses exclusivos da burguesia. Podem haver ocasiões em que o Estado venha a defender os interesses de uma facção da burguesia, ou politicamente capturado por setores da classe média ou por militares.

Faleiros (2009) traz uma boa reflexão sobre as políticas sociais no Estado capitalista, em que o Estado tem a responsabilidade de garantir a manutenção da força de trabalho para a produção da mais-valia na sociedade capitalista. Existem aqueles que consideram as políticas sociais como resultado de um maquiavelismo do capital e de sua acumulação. Reitera a afirmação de Marx, em que o capital age sem nenhum cuidado com a saúde e a duração da vida do trabalhador, onde ele, o capital, não é obrigado a tomar cuidado pela sociedade.

A análise da política social considera portanto o movimento do capital e também implica nos movimentos sociais que o obrigam a cuidar da saúde, da duração de vida do trabalhador, sua reprodução imediata e a longo prazo. Também é necessário considerar as conjunturas econômicas e os movimentos políticos que oferecem alternativas para a atuação do Estado neste contexto.

Sendo assim, as políticas sociais do Estado não são instrumentos de realização de um bem-estar abstrato e não são medidas boas em si mesmas, como apresentam representantes das classes dominantes e tecnocratas estatais, mas também não são medidas más em si mesmas, como algumas apologias de esquerda, afirmando que as políticas sociais são instrumentos de manipulação para a exploração da classe operária.

O Estado capitalista realiza os interesses gerais do capital, como uma instituição especial, colocando-o numa situação contraditória, levando-o a atender compromissos entre os grupos integrantes da burguesia, como por exemplo, o capital financeiro e industrial, entre as exigências do capital e as pressões dos trabalhadores e outras forças sociais. Sendo assim, o

Estado capitalista é uma garantia de manutenção das condições gerais de reprodução do capital e da acumulação capitalista.

O Estado assume desta forma, os investimentos não rentáveis do capital e que demandam recursos que superam a disponibilidade dos capitalistas, transformando com isso, os recursos públicos em meios de favorecer e estimular o capital, criando uma infra-estrutura necessária para os investimentos e circulação do capital, estabelecendo facilidades jurídicas e gerando moeda e crédito a favor da acumulação do capital, investindo em grandes empreendimentos e aplanando a concorrência intercapitalista.

Faleiros (2009) também aponta para o fato de que as políticas sociais devem ser vistas de forma contraditória, pois ao mesmo tempo que valorizam o capital, interferem na valorização e validação da força de trabalho, como mercadoria especial, produtora de mais-valia e como sujeito de direitos no pacto da cidadania democrática.

Przeworski (1995) também reforça esse aspecto contraditório das políticas sociais, observando que numa social-democracia, as políticas sociais, ao mesmo tempo que fortalecem a capacidade produtiva do capital, também combatem os seus efeitos de desigualdade social.

O Estado não é portanto um instrumento ilimitado de acumulação de capital, mas intervém, obrigado pela correlação de forças sociais.

A ordem pública, a paz social, a integração e não somente a reprodução da força de trabalho, mas a reprodução da aceitação da ordem social dominante são fundamentais para o sistema de acumulação a longo prazo, que não se realiza sem hegemonia e sem dominação, e, portanto, sem luta e consenso, concessão e imposição. Com isso, a política social é essencialmente política e a conservação do poder político, da hegemonia, da capacidade de direção, da manutenção de um pacto social aceito por parte das classes dominantes, é função do Estado e não instrumento do capitalista particularmente.

De acordo com Faleiros (2009), o objetivo estratégico deste tipo de Estado é a estabilização social, que por sua vez permita a inversão e a acumulação, e termine com as ameaças reais ou percebidas que as classes subalternas possam fazer aos investimentos estrangeiros e à burguesia. Com isso, os técnicos do governo criam inúmeros programas sociais que, sem as pressões sociais, passam a ser meios de manipulação popular.

Faleiros (2010) comenta que o capitalista, através do contrato de trabalho, assegura ao trabalhador o seu meio de subsistência, para mantê-lo em condições sociais nas quais possa reconstituir a sua energia e retomar seu trabalho. Esse contrato se faz com base em uma correlação de forças, lutas e formas diferentes de atuação do Estado.

O Estado tem portanto o papel de manter as condições gerais de produção e garantir a existência da classe trabalhadora enquanto objeto de exploração, garantida pela legislação social. A legislação social torna-se portanto, um instrumento de conservação da base econômica da exploração capitalista. Assim, a legislação social não é mais uma “proteção” aos trabalhadores, como proclamam discursos governamentais, mas a “regulação da exploração” trabalhadora.

Faleiros (2010) comenta ainda que o processo de acumulação de capital é contraditório, não somente devido à relação entre o desenvolvimento tecnológico e as formas sociais de propriedade e de apropriação, mas também devido às lutas entre capitalistas e trabalhadores e outras forças sociais.

As forças sociais não se definem por uma relação direta e unívoca entre classe e organização, mas por mediações complexas como os movimentos sociais, os *lobbies*, os partidos, os sindicatos, as frentes comuns, os blocos regionais, os “anéis”, as associações profissionais.

O Estado intervém nas condições gerais de acumulação que não poderiam ficar a cargo da burguesia, como é o caso dos grandes investimentos em eletricidade, siderurgia e transportes. O Estado corporativista introduz controles burocráticos “para colocar o trabalhador sob a proteção do Estado” e, assim, legitimar-se junto à população. O Estado apresenta-se como “protetor dos pobres” com a extensão de certos benefícios a categorias determinadas.

Refletindo sobre o papel do Estado, segundo a ótica dos social-democratas, de acordo com Przeworski (1995), a estrutura dos sistemas capitalistas instituídos pelos social-democratas foi a seguinte:

1. O Estado responsabiliza-se pelas atividades que não são lucrativas para as empresas privadas, mas que se fazem necessárias para a economia como um todo;
2. O governo regula, especialmente através de políticas anticíclicas, o funcionamento do setor privado;
3. O Estado, aplicando medidas baseadas na teoria do bem-estar, atenua os efeitos distributivos do funcionamento do mercado.

Com isso, a intervenção do Estado na economia deve basear-se em critérios de eficiência, os quais se distinguem da preocupação com a equidade.

A política social na social-democracia consiste, em sua maior parte, em abrandar os efeitos distributivos de alocações de recursos baseadas em critérios de eficiência e esta política não visa a transformação do sistema econômico, mas a correção dos efeitos do seu funcionamento.

Przeworski (1995) observa que o setor público é infelizmente reconhecido pela ineficiência segundo os critérios capitalistas e, as empresas que passaram para o controle público foram, em sua maioria, aquelas que por critérios capitalistas mostravam-se ineficientes e agora elas parecem ser ineficientes por serem públicas. Com isso, a principal preocupação dos governos passa a ser a redução de custos, o que significa que as estatais não podem ser utilizadas como instrumentos de políticas macroeconômicas, para a manutenção de preços baixos de produtos, por exemplo, a fim de reduzir as pressões inflacionárias.

A política social é considerada como um tipo de política pública, e, ambas as designações são *policies*, ou políticas de ação, que fazem parte do ramo de conhecimento denominado *policy science*, sendo que a política social é uma espécie do gênero política pública ou *public policy*. Fazem parte desse gênero, relativamente recente no campo dos estudos políticos, todas as políticas, incluindo a econômica, que requerem a participação ativa do Estado, sob o controle da sociedade, no planejamento e execução de procedimentos e metas voltados para a satisfação de necessidades sociais (PEREIRA, 2008).

De acordo com Pereira (2003), a política social cumpre um papel fundamental e estratégico de contribuir para a universalização das políticas públicas, em seu conjunto, em razão da sua particularidade interdisciplinar e intersetorial. Essa peculiaridade lhe confere possibilidades únicas de estabelecer integrações e coalizões com as demais políticas públicas – econômicas e sociais – seja no âmbito da legislação, dos planos governamentais, das instituições de bem-estar, ou no campo da execução de programas, projetos e serviços.

A política social pode constituir uma estratégia de redistribuição, e não mera distribuição de riquezas, desde que referenciada no princípio da universalidade com equidade.

Com a expansão do intervencionismo estatal, a partir da Segunda Guerra Mundial, as políticas públicas tornaram-se objeto de crescente interesse intelectual e político. O campo da política tornou-se mais complexo, pois deixou de se restringir a instituições e processos como voto, eleições, partidos e governo, para englobar aspectos que indicam ações coletivas, ou *policies*, com a participação tanto do Estado como da sociedade. Daí provém a estreita relação que se estabeleceu entre as políticas públicas, que consideram o envolvimento do Estado com

demandas, necessidades sociais e direitos de cidadania, conquistados por movimentos democráticos ao longo do século XX.

O princípio da universalidade é o que melhor contempla essa relação, considerando que a política social pública do segundo pós-guerra foi pensada para instrumentalizar a concretização desses direitos, especialmente nos campos da saúde e educação.

Foi nesse período que, nas democracias avançadas, o Estado capitalista passou a desempenhar papel regulador da economia e da sociedade, constituindo-se na principal fonte de provisão e financiamento do bem-estar social. Tal Estado apoiava-se nas recomendações de John Maynard Keynes, de que deveria intervir na economia para assegurar altos níveis de atividade econômica, de consumo e de emprego (BOSCHETTI & BEHRING & SANTOS & MIOTO, 2010).

A partir dos anos 1970, ocorreram mudanças no processo de intervenção pública, provocados por uma crise de grande impacto na economia capitalista mundial. No início dos anos 1980, ganharam forças teses neoliberais, cuja recomendação previa um conjunto de reformas dos sistemas de proteção social públicos, orientadas para a privatização, fragmentação, focalização da política social e criação de programas de emergência, dirigidos à população ou grupos “carentes” (STEIN, 2000).

Do ponto de vista operacional, verifica-se que, em alguns países, a substituição de programas universais por outros mais seletivos, tem reduzido a eficácia das políticas contra a pobreza. Entre os pontos críticos, destacam-se o problema da identificação correta das necessidades de cada grupo e hierarquização das situações, de acordo com os objetivos estabelecidos; o aumento considerável dos custos administrativos que supõe a necessária coleta de informações para identificar os destinatários potenciais dos programas e possíveis efeitos de segunda ordem, como o assistencialismo, podendo reforçar as cadeias de dependência em relação ao Estado, ou as chamadas “armadilhas da pobreza”.

As políticas sociais focalizadas propiciam o fato, historicamente conhecido, de que aos pobres são oferecidos benefícios e serviços de pior qualidade ou insuficientes, pois suas necessidades humanas acabam sendo rebaixadas ao nível da sobrevivência pelo próprio princípio da focalização. E, por trás desses procedimentos, está a concepção equivocada da política social como um paliativo e não como uma importante mediação para a ampliação da cidadania (BOSCHETTI & BEHRING & SANTOS & MIOTO, 2010).

Alcock (1996) e Baldock et all. (1999), *apud* Pereira (2008), esclarecem ainda que a política social é identificada como uma política de ação, que tem perfil, funções e objetivos

próprios e produz impactos no contexto em que atua. A política social não apenas se dispõe a conhecer e explicar o mundo real, mas também a agir neste mundo, visando mudanças. Alcock (1996), *apud* Pereira (2008), esclarece ainda que, enquanto a sociologia está mais interessada em explicar as circunstâncias sociais e individuais em que a política social é aplicada, esta política tem um propósito que ultrapassa essa explicação, pois busca desenvolver e implementar ações com vistas a influir nessas circunstâncias. De outro modo, enquanto a economia se interessa na influência da política social na produção de bens, riquezas e serviços, a política social se interessa em detectar a sua própria influência sobre o bem-estar dos cidadãos, traduzido no acesso à saúde, educação, moradia, emprego, segurança alimentar, entre outros.

1.3 O complexo farmacêutico e suas relações com o Estado

A história da indústria farmacêutica no século XX é elucidativa. Até a segunda guerra mundial, a indústria farmacêutica era constituída por empresas há longo tempo estabelecidas no mercado, além de existir uma considerável oferta de medicamentos produzidos por farmácias de manipulação, baseada em formulações prescritas pelos médicos familiares.

Com a introdução da penicilina e da estreptomicina, ainda que sem a proteção de patentes, seguiu-se um período no pós-guerra de aparecimento de novas empresas e uma competição acirrada através de preços. Nos Estados Unidos, por exemplo, o preço da pinicilina em 1943 era de US\$20,00 por cem mil unidades, tendo caído para US\$0,045, sete anos depois.

A guerra de preços facilitou a entrada no mercado de novas empresas, trazendo como consequência, uma queda nos lucros, requerendo um novo comportamento empresarial destinado a criar barreiras à entrada de novos concorrentes, adotando uma estratégia baseada na inovação de produtos.

Em outras palavras, a competição entre as indústrias farmacêuticas passou a ser não mais baseada em preços, mas na diferenciação de produtos. Como parte desta estratégia, ainda que os gastos em Pesquisa & Desenvolvimento – P&D sejam elevados, este volume de recursos é ainda inferior aos gastos em publicidade para conquistar a imagem de melhor qualidade do medicamento na percepção da classe médica e pacientes. Entretanto, muitas

vezes, existem outros produtos idênticos aos ditos como inovadores no mercado, fabricados com a mesma substância química, levando a crer que a competição entre as empresas do setor farmacêutico está muitas vezes baseada em lançamento de novas drogas ditas como inovadoras, quando na verdade não são.

De acordo com Picarelli (2001), os gastos com publicidade representam em torno de 30% do preço de mercado do medicamento, sendo portanto muito superiores aos gastos com P&D, que nos últimos anos se elevaram de uma faixa de 6% a 8% até alcançar 12% a 15% do seu preço final.

Essa característica estrutural da indústria farmacêutica trouxe, como consequência, graves problemas à saúde pública em geral. Nesse sentido, os países acabaram buscando procedimentos de regulação na indústria farmacêutica mais presentes e intervencionistas do que nos demais setores industriais.

No Brasil, o setor farmacêutico está entre os mais importantes do mundo. De acordo com dados da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica - Abifarma (2000), em 1999 o setor movimentou US\$ 7,61 bilhões. De acordo com a Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais – Alanac (2000), neste ano havia aproximadamente 350 laboratórios farmacêuticos concorrendo no mercado brasileiro, sendo 56 multinacionais. Apesar de estarem em menor número, as multinacionais são responsáveis por pouco mais de 70% do faturamento do setor. Assim como no mercado internacional, no Brasil, este setor também é concentrado, e, em 1999, as 40 maiores empresas, tanto nacionais como estrangeiras, somavam uma participação de 88% das vendas.

De acordo com dados publicados no Panorama Setorial da Indústria Farmacêutica (GAZETA MERCANTIL, 2000), o país tem consumo *per capita* de US\$ 50 por ano, entretanto, 48% dos medicamentos vendidos no mercado regular são adquiridos por 15% da população, com renda acima de 10 salários mínimos. Os que ganham menos de quatro salários mínimos consomem apenas 16% dos medicamentos vendidos no Brasil. Estima-se que aproximadamente 40% da população brasileira não consegue ter acesso aos medicamentos no mercado regular e a única alternativa para essas pessoas são os produtos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

As classes terapêuticas mais representativas em vendas nas farmácias são as voltadas para o cuidado alimentar e o metabolismo, doenças cardiovasculares, sistema nervoso central e aparelho respiratório, de acordo com os dados da *IMS Health* apresentados em tabela a seguir:

Tabela 1: Vendas nas farmácias por classe terapêutica – 1999

Classe terapêutica	Vendas (US\$ Milhões)	Participação (em %)
Alimentar e metabolismo	808	17
Cardiovasculares	733	15
Sistema nervoso central	640	13
Aparelho respiratório	492	10
Geniturinários	485	10
Anti-infecciosos	473	10
Aparelho locomotor	404	8
Dermatológico	352	7
Órgãos sensoriais	130	3
Hormônios	109	2
Agentes hematológicos	62	1
Parasitologia	59	1
Citostáticos	22	0
Provas diagnósticas	5	0
Soluções hospitalares	4	0
Outros	52	1
Total	4.830	100

Fonte: IMS Health e Panorama Setorial da Gazeta Mercantil (2000)

A parcela da população que consome medicamentos no Brasil apresenta um perfil semelhante ao observado nos mercados desenvolvidos e as tendências em produtos no mundo são incorporadas internamente. No mundo, as cinco classes de medicamentos mais importantes são cardiovasculares, trato alimentar, anti-infecciosos, sistema nervoso central e sistema respiratório.

O programa de governo Farmácia Popular reflete a prioridade do governo no atendimento a essas demandas populacionais, disponibilizando medicamentos para o tratamento de doenças prevalentes no Brasil, como diabetes, hipertensão, asma, doenças cardiovasculares e relacionadas ao sistema nervoso central e outras.

Um evento importante para o setor na década de 90 foi a entrada em vigor da Nova Lei de Propriedade Industrial no Brasil – Lei número 9.279, em 15 de maio de 1997, tendo sido sancionada no ano anterior pelo então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, em 14 de maio de 1996, quando o país passou a reconhecer a patente de medicamentos e produtos químicos, farmacêuticos e alimentícios. Tornou possível também patentear os processos para a obtenção ou modificação desses produtos. Até este momento, qualquer empresa poderia copiar o princípio ativo de um determinado medicamento de outra companhia. Com a nova legislação, o país passou a reconhecer a propriedade intelectual e a

conceder patentes, num prazo de até 20 anos. Outros eventos importantes no setor da indústria farmacêutica no Brasil foram a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa e a regulamentação dos genéricos no país.

Considerando que o perfil de consumo no Brasil mostra que mais de 50 milhões de pessoas têm dificuldades ou não tem acesso a nenhum medicamento, a introdução dos genéricos no mercado melhorou as possibilidades de consumo da população aos medicamentos, a exemplo dos mercados de países Europeus e nos Estados Unidos, em que a introdução dos genéricos possibilitou uma queda significativa nos preços dos remédios.

De acordo com dados publicados no estudo Panorama Setorial da Indústria Farmacêutica (GAZETA MERCANTIL, 2000), estimava-se que o mercado de genéricos deveria conquistar uma participação de mercado em torno de 20% do setor farmacêutico e a Anvisa previu uma redução em torno de 40% no preço médio dos medicamentos, com a oferta de genéricos de qualidade em médio prazo.

Seguem abaixo os dados de vendas em dólares da *IMS Health* para o setor farmacêutico no Brasil, disponibilizados pelo Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo – Sindusfarma, e de participação dos genéricos ao longo dos últimos anos, que atingiram um percentual de 24,65% do setor em 2014, com um faturamento total do setor de US\$28,09 bilhões no Canal Farmácia neste ano.

Tabela 2: Vendas do setor farmacêutico no Brasil – Canal Farmácia
(US\$ Milhões)

Ano	Vendas do setor	Vendas de genéricos	Participação %
2003	4.852,55	311,65	6,4
2004	5.903,24	448,76	7,6
2005	7.953,59	716,43	9,0
2006	9.868,15	1.059,33	10,7
2007	12.179,58	1.522,88	12,5
2008	14.648,70	2.025,80	13,8
2009	15.406,96	2.319,01	15,1
2010	20.632,41	3.552,41	17,2
2011	25.690,45	5.258,46	20,47
2012	25.396,04	5.703,31	22,46
2013	26.861,79	6.354,94	23,66
2014	28.097,77	6.926,57	24,65

Fonte: *IMS Health*; Elaboração: Sindusfarma/Gerência de Regulação de Mercados

A transformação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária em agência ganhou forma em meados de 1998, quando o Ministério da Saúde começou a elaborar um projeto para

tal. A proposta foi sendo detalhada até que resultou em um projeto no modelo do *Food and Drug Administration* – FDA, que controla as áreas de medicamentos e alimentos nos Estados Unidos. O novo órgão assumiu as atribuições da secretaria de vigilância, no trabalho de fiscalizar produtos, serviços, portos, aeroportos e fronteiras, além de regular e normatizar o setor.

O anteprojeto foi entregue pelo Ministro da Saúde, José Serra, ao presidente Fernando Henrique Cardoso em novembro de 1998, e, no dia 31 de dezembro, foi baixada a Medida Provisória – MP número 1.791, criando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Anvisa. O Congresso Nacional aprovou a MP em janeiro de 1999, resultando na Lei 9.782 criada no dia 26 de janeiro deste ano; em abril do mesmo ano, um decreto regulamentou o funcionamento da agência que, a partir de então, passou a ser implantada pelo Ministério da Saúde.

A Anvisa é uma autarquia de regime especial, com sede no Distrito Federal. Está ligada ao Ministério da Saúde por meio de um contrato de gestão, com independência administrativa, estabilidade dos dirigentes e autonomia financeira. Seus principais atributos são o controle de produtos, bens e serviços submetidos à vigilância sanitária, assim como processos, insumos e tecnologias a ela relacionados. A Anvisa fiscaliza medicamentos, alimentos, hemoterápicos, sangue e derivados, além de cosméticos, saneantes e agrotóxicos. Desde a sua criação, a Anvisa vem fiscalizando a veiculação de propagandas de produtos sujeitos a jurisdição, e, diversas propagandas de medicamentos acabaram sendo retidas pela agência.

Em novembro de 1999, a Câmara dos Deputados instalou uma Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI para investigar a indústria farmacêutica. A CPI foi criada após a obtenção de uma cópia da ata de uma reunião de gerentes de vendas de diversos laboratórios em julho de 1999, em que os representantes de vendas haviam combinado uma estratégia para boicotarem os distribuidores que comercializassem medicamentos conhecidos pela marca e seus genéricos.

Além da suspeita da formação de cartel, a CPI foi criada para investigar a falsificação de remédios e aumentos abusivos de preços. A partir de dezembro de 1999, diversos depoimentos foram prestados na CPI, por representantes das associações da indústria, distribuidores e pelo Ministro da Saúde. Nos meses seguintes, as movimentações da CPI e depoimentos prestados por várias pessoas relacionadas à área de saúde e do setor farmacêutico tiveram intensa repercussão na mídia.

O setor tem sido marcado internacionalmente, desde os anos 80, por constantes fusões e aquisições, e conseqüentemente uma crescente concentração do mercado nas grandes empresas, com impacto no Brasil. Com o objetivo de aumentar a sua rentabilidade e ter maior poder de investimentos, as companhias têm buscado comprar ou se fundir com outras grandes empresas. Assim, o porte dos laboratórios tem se tornado cada vez maior (GAZETA MERCANTIL, 2000).

De acordo com dados da Revista Exame Melhores & Maiores (2015), as 10 maiores empresas do setor de medicamentos no Brasil são, por ordem no *Ranking*, as seguintes empresas:

Tabela 3: As dez maiores indústrias farmacêuticas no Brasil

Empresa	Vendas Líquidas em US\$ Milhões
Hypermarcas (Brasileiro)	1.640,6
Pfizer (Americano)	1.430,5
Novartis (Suíço)	926,9
Roche (Suíço)	904,0
EMS (Brasileiro)	702,9
Eurofarma (Brasileiro)	671,0
Sanofi-Aventis (Francês)	653,4
Aché (Brasileiro)	540,1
DSM/Tortuga (Holandês)	491,3
Merck (Alemão)	400,1
Total das 10 maiores	8.360,8

Fonte: Revista Exame - Maiores & Melhores, 2015

De acordo com a Febrfarma (2008), este setor é um dos mais rentáveis no Brasil, embora esteja sob regulamentação do governo, que estabelece preços máximos aos consumidores. A alta taxaço dos medicamentos é considerada um contrassenso na questão do acesso, pois contribui para que os seus preços sejam muito elevados no Brasil, o que acaba dificultando o governo no seu dever de garantir o seu acesso pela população, conforme previsto na Constituição de 1988, limitando o governo na provisão de medicamentos através de programas mais amplos em termos de tratamentos, número de pacientes e regiões geográficas atendidas.

O governo brasileiro vem adotando, ao longo dos anos, uma política de regulamentação dos preços, com o objetivo de evitar aumentos abusivos no mercado farmacêutico. As normas vigentes de regulação do setor farmacêutico foram definidas pela Lei nº 10.742 de 06 de outubro de 2003, que também criou a Câmara de Regulação

Econômica do Mercado Farmacêutico – CMED, em substituição à Câmara de Medicamentos criada pela Lei nº 10.213 de 2001.

De acordo com as novas regras, a partir de março de 2004, os reajustes de preços só poderiam ocorrer a cada doze meses, devendo ser limitados a um teto de preços definidos pelo governo, levando em consideração o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, um fator de produtividade e um fator de ajuste de preços relativos intra-setor e entre setores (BRASIL/MS, 2003).

Do ponto de vista da regulação do mercado de medicamentos, o controle de preços foi o instrumento utilizado até meados de 1990. A partir de agosto deste ano o controle de preços foi suspenso, mas a elevação de preços generalizada levou a novo congelamento e reajustes negociados até que, a partir de maio de 1992, os preços foram totalmente liberados.

Essa situação prevaleceu até o início da implantação do Plano Real. A partir daí, os preços foram acompanhados pelo governo em um sistema de entendimento informal com a indústria que vigorou até o final de 1996, quando os preços voltam a ser totalmente liberados. A essa liberdade seguiram-se aumentos de preços, que por sua vez, levaram a novas ações de monitoramento nos preços (ROMANO & BERNARDO, 2001).

Os programas do governo no setor, abriram oportunidades para melhorar o acesso aos medicamentos pela população, mas não conseguiram alavancar a produção e o acesso efetivo aos medicamentos, através da ampliação da oferta e barateamento dos produtos tanto nas instituições públicas como nas privadas.

Nos últimos anos, com o desenvolvimento de novos fármacos, o avanço terapêutico tem trazido ganhos para o tratamento de muitas doenças, mas o próprio complexo industrial farmacêutico existente tem sido um grande entrave no acesso aos medicamentos. Este assunto é abordado por Angell (2007), ao tratar da atuação da indústria farmacêutica nos Estados Unidos, em que suas ações incluem a aplicação de elevados recursos em Marketing, patrocínios de grupos de defesa de pacientes, que são na verdade maneiras de promoverem os medicamentos das empresas, ações para influenciar os médicos através dos representantes de vendas, presentes, amostras grátis, financiamentos de encontros e congressos médicos, “informação educativa” dirigida para estimular o uso desnecessário de medicamentos “de imitação”, que são modificações de drogas já existentes e sem vantagens reais para o tratamento, ou novos medicamentos, bem mais caros, porém sem comprovação de superioridade, comparada aos medicamentos genéricos já utilizados, pagamentos de

“consultorias” para participação em “pesquisas médicas” relativas aos medicamentos dessas empresas, sem um adequado desenho científico ou controle ético dos resultados.

No Brasil, as indústrias farmacêuticas também realizam ações semelhantes. Essas empresas realizam intensas campanhas publicitárias junto aos médicos e às associações de pacientes com determinadas doenças, apresentando “novos e milagrosos” medicamentos, muitas vezes sem registro no país, induzindo a sua prescrição por estes profissionais, e resultando na exigência de seu fornecimento pelo Estado aos pacientes, e, utilizando para tanto, as vias judiciais. Muitas dessas novas formulações, embora possuam efeitos não comprovadamente superiores aos dos medicamentos já existentes no mercado, têm preços significativamente superiores, caracterizando uma relação de custo & efetividade extremamente prejudicial ao sistema de saúde.

Um exemplo desta aberração é dado por Angell (2007) que relata o ensaio clínico denominado ensaio de tratamento anti-hipertensivo e redutor de lipídios para evitar ataques cardíacos, realizado nos Estados Unidos pelo Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue, comparando quatro tipos de drogas para o tratamento da hipertensão arterial: um bloqueador de canais de cálcio, um bloqueador alfa-adrenérgico, um inibidor de enzima conversora de angiotensina e um diurético genérico, o mais antigo e barato medicamento entre esses quatro. Para a grande surpresa de todos, este último mostrou-se igualmente eficaz para reduzir a pressão e até mesmo melhor para evitar algumas complicações da doença.

Há diversos estudos que demonstram a desigualdade da propaganda de medicamentos realizada em diferentes países, não se respeitando as recomendações da Organização Mundial de Saúde, em especial em países como o Brasil, tanto nos anúncios para o público em geral, como os destinados aos médicos. Existe a omissão de informações importantes, referentes às contra-indicações, efeitos colaterais e reações adversas, além do uso de argumentos exagerados e imprecisos para promoverem as vantagens do produto (PIZZOL; SILVA; SCHENKEL; 1998. BARROS, 2000. BARROS; JOANY, 2002).

O papel dos médicos nessa questão é central, pois ao receberem forte influência das propagandas farmacêuticas sem crítica e de modo massificante, estes profissionais muitas vezes receitam os medicamentos de referência, mesmo com normas legais e orientações para que as prescrições dos medicamentos estejam baseadas nos seus princípios ativos, que são genéricos.

A influência do complexo industrial também atinge os pesquisadores médicos no Brasil, que ao receberem recursos das indústrias farmacêuticas para a realização de pesquisas,

algumas vezes, embora com lacunas no desenho metodológico, concluem apressadamente sobre a suposta superioridade de determinados medicamentos, por sua vez tornados “imprescindíveis” para a terapia de certas doenças, mesmo quando em países desenvolvidos e com grande tradição na área de pesquisas médicas, estes medicamentos ainda se encontrem em avaliação. Os pacientes também são vítimas desse processo, tendo a sua esperança de cura estimulada por propagandas enganosas, sem a contrapartida de uma avaliação médica mais criteriosa dos riscos e reais benefícios do tratamento, e, sem essa devida orientação médica, acabam buscando estes tratamentos, o que os leva muitas vezes a exigir o seu fornecimento pelo Estado pelas vias judiciais.

Na tentativa de limitar o abuso das indústrias farmacêuticas nas ações de Marketing, especificamente na propaganda junto à área de saúde, em 2 de julho de 1996, no governo do então Presidente Fernando Henrique Cardoso, foi criada a Lei nº 9.294 que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de medicamentos, entre outros produtos, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.

No Art. 7º, determina que a propaganda de medicamentos e terapias de qualquer tipo ou espécie poderá ser feita em publicações especializadas, dirigida direta e especificamente a profissionais e instituições de saúde. Estabelece, no § 1º, que os medicamentos anôdinos e de venda livre, assim classificados pelo órgão competente do Ministério da Saúde, poderão ser anunciados nos órgãos de comunicação social com as advertências, quanto ao seu abuso, conforme indicado pela autoridade classificatória. No § 2º, a propaganda dos medicamentos referidos neste artigo não poderá conter afirmações que não sejam passíveis de comprovação científica, nem poderá utilizar depoimentos de profissionais que não sejam legalmente qualificados para fazê-lo (MS-ANVISA, 2012).

Na busca por uma maior racionalização dos recursos públicos no fornecimento de medicamentos à população, do mesmo modo que a maioria dos governos em países desenvolvidos, o Brasil deveria estudar melhor a prática atual da propaganda dos produtos farmacêuticos para o público em geral e à classe médica, com o objetivo de aperfeiçoar a sua regulamentação e limitação quando necessário (AMORIM & PERILLO, 2008).

O uso indiscriminado de medicamentos não causa apenas problemas financeiros para as famílias e para o Estado, mas coloca em risco a saúde da população. Um exemplo disso foi o uso do medicamento com princípio ativo rofecoxibe, nome comercial *Vioxx*, utilizado para o tratamento de inflamações crônicas e artrites, tendo sido retirado das 55 mil farmácias do mercado brasileiro pelo próprio fabricante Merck Sharp Dohme, após comprovação de efeitos

cardiovasculares indesejáveis e graves em diversos pacientes. O Brasil consumia por mês 500 mil caixas de *Vioxx*, o terceiro remédio com prescrição médica mais vendido do país na época. No mundo, eram dois milhões de usuários em 80 países (FIOCRUZ, 2004).

A Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo iniciou um sistema de Farmacovigilância no estado com o objetivo de obter conhecimentos sobre os efeitos adversos dos medicamentos sobre a saúde da população e auxiliar na conscientização da necessidade do uso racional de medicamentos.

O Projeto Piloto Farmácias Notificadoras, com participação de 43 estabelecimentos farmacêuticos cadastrados, teve como objetivo sensibilizar os farmacêuticos sobre a importância do uso racional de medicamentos e, a partir daí, ampliar as fontes de notificação referentes às suspeitas de reações adversas e queixas técnicas de medicamentos, permitindo que as farmácias deixem de ser estabelecimentos simplesmente comerciais para se transformarem em locais de promoção da saúde e habilitados à prestação da verdadeira atenção farmacêutica.

No período de março de 2005 a fevereiro de 2006, os 168 estabelecimentos participantes enviaram ao Núcleo de Farmacovigilância do Centro de Vigilância Sanitária - CVS-SP um total de 228 notificações, sendo 27% referentes a reações adversas e 73% a desvios de qualidade. Cabe ressaltar que as 62 notificações de suspeitas de reações adversas totalizaram 115 reações distintas, classificadas em graves e não-graves (CVS, 2006).

É importante lembrar que medicamentos são drogas e, se estes são usados em doses inadequadas ou prescritos de maneira equivocada, podem produzir um efeito danoso e até mesmo fatal aos pacientes.

Amorim & Perillo (2008) atentam para a necessidade de os gestores de saúde do SUS estarem sempre observando essa realidade, não se deixando levar por pesquisas apressadas, interesses comerciais e de mercado, modismos sem fundamentação científica adequada, para garantir o objetivo maior da saúde pública de preservar e garantir a qualidade de vida da coletividade.

Em vários países desenvolvidos com sistemas universais de saúde, existe a preocupação com a metodologia de avaliação e comparação de novas tecnologias, inclusive medicamentos, abrangendo critérios como segurança, eficácia, possibilidade e indicação do uso, uso em saúde pública, custos e medidas de resultados, reflexos econômicos e éticos, entre outros.

Apesar de possuírem recursos para a área de saúde muito mais elevados do que o Brasil, nesses países desenvolvidos permanece a preocupação com a avaliação tecnológica e a incorporação de novas técnicas e medicamentos ao sistema. Prevalece a noção de inexistência da “bondade gratuita” no setor público destes países, em que a garantia de determinado benefício impedirá o acesso da população a outros. Com isso, o uso racional e o financiamento dos medicamentos não é uma questão apenas de interesse nacional, e o aumento exagerado dos custos de novas tecnologias na atenção médica, especialmente dos medicamentos, tem gerado discussões sobre o tema em países desenvolvidos ou em desenvolvimento.

A prática de registros limitados para novos medicamentos, enquanto estão sendo avaliados por centros universitários e científicos, tem sido utilizada por alguns países. Para se garantir o registro definitivo são exigidos estudos comprovando a eficácia dos medicamentos. Deve ficar clara a superioridade de um novo medicamento em relação ao utilizado anteriormente para obter a sua autorização para um novo registro, não sendo portanto suficiente que a nova droga apenas funcione para determinada doença.

A Secretaria do Estado da Saúde estabeleceu parceria em 2007 com a Associação Médica Brasileira – AMB e com a Associação Paulista de Medicina – APM para a criação de protocolos clínicos de conduta médica para diversas doenças, como diabetes, hipertensão arterial, patologias psiquiátricas e outras doenças que forem prioritárias para o SUS. O objetivo destes protocolos é reunir todas as informações essenciais sobre cada doença, baseadas em pesquisas e evidências clínicas, padronizando a tomada de decisão quanto à prescrição de medicamentos e a realização de exames de diagnóstico.

Para o consumo de medicamentos, é importante convencer todos os interessados, população, médicos e autoridades judiciais, da importância de desenvolver e respeitar os protocolos de utilização dos fármacos, elaborados pelo Ministério da Saúde, com a participação das associações médicas e centros universitários reconhecidos.

Com o uso destes protocolos, evitam-se desperdícios de recursos públicos decorrentes de prescrições inadequadas e sem embasamento médico-científico. A história da saúde pública no Brasil tem demonstrado a importância destes protocolos, como no caso da tuberculose, da AIDS, da malária e outras doenças.

A questão das sentenças judiciais para o fornecimento de medicamentos também deve ser motivo de reflexão. Alguns trabalhos sobre este tema têm apontado aspectos negativos no fornecimento de medicamentos pelas vias judiciais, tais como: desconsideração

da divisão de responsabilidade tripartite de organização do sistema, aquisição de medicamentos não registrados pela Agência de Vigilância Sanitária – Anvisa, do Ministério da Saúde – MS, despreocupação das instâncias julgadoras das ações com as questões relativas ao uso racional dos medicamentos e possíveis danos decorrentes da má indicação e do mau uso, descumprimento dos protocolos clínicos pelos médicos prescritores e prejuízo à equidade na distribuição de medicamentos, entre outros aspectos (MESSEDER; OSORIO DE CASTRO; LUIZA, 2005. VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Estas questões são importantes de serem apontadas com o objetivo de esclarecer as autoridades que buscam a aplicação justa da lei, os motivos para a aplicação de mecanismos de planejamento e avaliação para que os gestores da saúde possam fornecer os fármacos da maneira mais adequada, equitativa e segura à população. Sendo assim, os medicamentos fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde e outros órgãos do SUS, devem possuir obrigatoriamente registro na Anvisa-MS e devem ser distribuídos de acordo com indicações e protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (AMORIM & PERILLO, 2008).

De modo geral, as ações judiciais demandam a concessão de medicamentos que não constam na lista de medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde, tratando-se em geral, de prescrições de médicos ou serviços de saúde de medicamentos de referência, muitas vezes ainda não aprovados em outros países, e, alguns deles, ainda sem registro na Anvisa. Nesses casos, a secretaria procura avaliar a real necessidade do medicamento, as indicações clínicas, as alternativas com efeito semelhante e custo mais baixo. De acordo com a experiência, na maior parte dos casos, existe a possibilidade de se substituir o fármaco indicado por um outro medicamento padronizado.

Quando não existe medicamento equivalente padronizado, a secretaria entende existir a necessidade de receita ou avaliação de órgão público do SUS para a sua concessão. Nessas revisões técnicas e éticas, o profissional deve ter justificativas técnicas apropriadas para a decisão de não seguir os protocolos. Esses procedimentos são importantes para o uso racional dos recursos do sistema, permitindo a ampliação da cobertura e da variedade de medicamentos fornecidos para a população. É muito importante a discussão sobre o uso racional de medicamentos e o estabelecimento de mecanismos e acordos entre os gestores de saúde do SUS, o Ministério Público e o Poder Judiciário, para que as solicitações de medicamentos pelas vias judiciais possam ser previamente analisadas e avaliadas tecnicamente, por grupos técnicos respeitados pelas instâncias envolvidas, oferecendo subsídio adequado às decisões judiciais.

Como a experiência nacional e internacional tem demonstrado, garantir medicamentos para todos exige o estabelecimento de um rol de medicamentos essenciais e de alto custo, a definição das normas técnicas, ou protocolos, com embasamento científico para a utilização racional dos fármacos e a opção pelos medicamentos genéricos e mais baratos, sempre que não houver comprovação científica da superioridade de novos medicamentos de referência, que são muito mais dispendiosos para todo o sistema de saúde (AMORIM & PERILLO, 2008).

O complexo da indústria farmacêutica no Brasil e no mundo tem interesses antagônicos aos objetivos de maior acesso das sociedades aos medicamentos, cujo principal objetivo é a obtenção de lucro. Ora, no caso das indústrias farmacêuticas, os lucros são vultosos, sendo este segmento considerado um dos mais rentáveis do mercado em geral. Com isso, os medicamentos, que são considerados bens essenciais para a sociedade, podem estar acessíveis a somente uma pequena parcela da população de renda mais alta, que tem condições financeiras de adquirí-los no mercado regular. Essa realidade exclui o acesso por parte da população da classe popular aos medicamentos e à saúde.

Não somente a sociedade é prejudicada, mas o próprio governo acaba se tornando “refém” deste complexo farmacêutico, pois os preços altos dos medicamentos acabam inviabilizando programas de governo mais amplos e de melhor qualidade para o atendimento às necessidades da população.

No caso da Farmácia Popular, será importante avaliar as relações do Estado, especificamente do seu órgão competente pela gestão do Programa, o Ministério da Saúde e os “grupos de interesse” do setor, o que inclui as indústrias farmacêuticas de medicamentos de referência e genéricos, fornecedoras dos mesmos no Programa, os canais de distribuição de remédios que são as farmácias da rede própria do governo, gerida pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, as farmácias particulares credenciadas e a classe médica, prescritora dos medicamentos.

Em artigo publicado pelo jornal Folha de São Paulo (4 de abril de 2011), é relatada a dificuldade que o governo tem nas compras de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos e seus distribuidores, que de acordo com o governo de São Paulo, vêm boicotando o Estado nas licitações para a compra dos fármacos, por terem que conceder descontos especiais nos casos determinados pela lei federal. De acordo com a lei, laboratórios e distribuidores são obrigados a conceder descontos de 25% sobre remédios para o tratamento de doenças como o câncer, adquiridos pelo governo por ordem judicial.

Nessas situações, o Estado acaba tendo que comprar os medicamentos no varejo sem o desconto ou por um preço maior que o determinado pela tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED. O Ministério Público Federal em Baurú, estado de São Paulo, por exemplo, abriu inquérito para a apuração de indícios de ação premeditada, a partir de dossiê entregue pela regional da Secretaria da Saúde. Apontam que 66 laboratórios deixaram de vender 430 itens, que correspondem a 351 medicamentos, nas licitações abertas pela regional de Baurú em 2010. Nessa lista há drogas para câncer, *Parkinson*, hepatite, hipertensão, entre outras, fabricadas pelos maiores laboratórios do mundo como Abbot, AstraZeneca, Bayer, Merck, Medley e Roche. A secretaria não somente confirma a suposta irregularidade em Baurú como afirma que isso ocorre em várias outras regiões. O Ministério Público e a Controladoria Geral da União – CGU apontaram que o mesmo já ocorreu nos estados do Amazonas e no Distrito Federal.

Dada essa dificuldade e a existência de conflitos de interesses nas relações entre o Estado e as indústrias farmacêuticas privadas, a provisão de medicamentos pela indústria pública torna-se relevante para o suprimento desta necessidade populacional. A exemplo disso, a produção de medicamentos pelo Estado, como é o caso da FURP – Fundação do Remédio Popular, foi uma alternativa adotada pelo governo do estado de São Paulo para contornar essa questão dos preços altos dos medicamentos produzidos pelas indústrias farmacêuticas privadas.

Vale lembrar que este tipo de intervenção direta do Estado na produção de medicamentos diverge das características de uma social-democracia, em que o Estado deve responsabilizar-se apenas pelas atividades que não são lucrativas para as empresas privadas, mas que se fazem necessárias para a economia como um todo (PRZEWORSKI, 1995). A produção de medicamentos essenciais pelo Estado, como é o caso da FURP, pode ser uma alternativa importante a ser considerada, para melhorar o acesso aos medicamentos, ainda que tenha capacidade de atender apenas algumas regiões do Brasil.

De acordo com a Febrifarma (2008), a indústria pública tem demonstrado ser mais ineficiente e somente consegue colocar no mercado algumas *commodities* mais baratas, pois consegue se isentar dos elevados impostos que ainda oneram de modo expressivo a indústria privada. Acredita-se numa indústria pública estratégica, mas que preze pela eficiência, economia de escala e geradora de sinergias no mercado.

Faz-se necessário que a indústria pública busque maior competitividade, em termos de eficiência na sua gestão para prover medicamentos de qualidade, com a agilidade e

disponibilidade esperadas para o suprimento das necessidades de medicamentos da população através dos programas do governo, com custos e preços mais acessíveis, sendo esta economia de custos a principal vantagem da indústria pública sobre a indústria farmacêutica privada.

O crescimento do mercado de medicamentos genéricos também representa uma alternativa importante para um maior acesso da população aos tratamentos prescritos, por estes terem preços mais acessíveis de aquisição no mercado regular, e mais acessíveis também ao Estado, como financiador de programas de acesso aos medicamentos, como é o caso da Farmácia Popular.

Existe um conflito importante entre as indústrias de medicamentos genéricos e os laboratórios farmacêuticos de medicamentos de referência, desde a entrada em vigor da Lei de Genéricos 9.787 no Brasil em 10 de fevereiro de 1999. Este conflito acaba envolvendo o Estado, dada a sua importância como regulador deste mercado.

Um exemplo disso é que, de acordo com dados publicados no estudo Panorama Setorial da Indústria Farmacêutica (GAZETA MERCANTIL, 2000), após a entrada em vigor da Lei, a Abifarma enviou carta aos médicos responsabilizando-os por qualquer consequência à saúde dos pacientes devido à troca do medicamento de marca pelo seu genérico. Em consequência disso, a Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro e o Sindicato dos Médicos do Estado, por exemplo, acusaram a entidade de pressionar os médicos de todo o país para que não indicassem medicamentos pelo seu nome genérico. A Assessoria de Imprensa da Abifarma confirmou o envio destas cartas, porém afirmou que se tratava apenas de um esclarecimento sobre a interpretação correta da Lei dos Genéricos, pois alguns laboratórios e farmácias estavam informando que estavam comercializando medicamentos genéricos, quando a lei só previa a entrada desses medicamentos no ano 2000.

Em São Paulo, o laboratório Eli Lilly, em correspondência enviada aos médicos, explicava que o farmacêutico não poderia, em nenhuma circunstância, substituir prescrições, sob pena de crime hediondo. A empresa informou que a intenção da carta seria apenas de esclarecimento à classe médica. A Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais – Alanac considerou a carta “ameaçadora” e o Conselho Federal de Farmácia também criticou a iniciativa da empresa.

De acordo com o presidente da Abifarma, um laboratório fabricante de genéricos, o Teuto, chegou a oferecer prêmios a balconistas de farmácias para estimular as vendas de seus produtos. O presidente também fez uma crítica ao Ministro da Saúde, afirmando que somente decidiu realizar uma campanha de esclarecimento sobre o tema devido à inércia do governo.

A Federação Brasileira de Hospitais enviou nessa ocasião, uma carta ao Ministro da Saúde José Serra, manifestando a sua preocupação com o modo como a Abifarma estaria alertando a população e profissionais da saúde sobre o risco do uso de genéricos e similares, deixando os médicos e farmacêuticos dos hospitais “confusos e inseguros quanto à qualidade dos medicamentos”. Para a Abifarma, a confusão entre o medicamento genérico e o similar é que representava uma ameaça aos genéricos. De fato, foi constatado que algumas farmácias estavam vendendo produtos similares como sendo genéricos.

O acontecimento que gerou maior repercussão durante este período de acusações mútuas foi uma reunião entre gerentes de vendas de 20 grandes empresas do setor. O encontro ocorreu numa sala da Fundação Getúlio Vargas, em São Paulo. O Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal acusou os laboratórios de promoverem um boicote aos distribuidores de medicamentos que trabalhavam com genéricos. Após comprovar a veracidade da ata, os laboratórios foram acusados de formação de cartel.

A Secretaria de Direito Econômico – SDE, do Ministério da Justiça, acabou baixando uma medida preventiva proibindo 20 laboratórios nacionais e multinacionais de excluírem ou boicotarem distribuidores de remédios, inclusive aqueles que comercializavam genéricos e similares, e, de concederem descontos em massa para planos de saúde.

Alguns laboratórios entraram com recurso junto ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica – Cade, argumentando que a SDE os prejudicou ao determinar a proibição de qualquer ato de mercado que discrimine a atuação de distribuidores que vendem genéricos no país. Os laboratórios negaram a prática anticoncorrencial e argumentaram que a medida da SDE causava danos à imagem. O Cade acabou não acatando o recurso destes laboratórios e a determinação da SDE foi mantida. De acordo com a relatora do processo, a determinação da SDE não prejudicou nenhum laboratório e “apenas garante o correto funcionamento do mercado”.

Os laboratórios que participaram da reunião acabaram sendo indiciados pela Polícia Federal. A reunião teve também uma consequência, com grande impacto na mídia, que foi a instauração de uma Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI na Câmara dos Deputados. Criada em novembro de 1999, o seu objetivo era não somente o de investigar a suspeita de formação de cartel dentro da indústria, mas também abordar a questão da falsificação de remédios e dos aumentos abusivos de preços (GAZETA MERCANTIL, 2000).

O conflito entre laboratórios farmacêuticos de medicamentos de referência e fabricantes de genéricos ainda se mantém. Recentemente, os laboratórios farmacêuticos, que

são os grandes investidores em Pesquisa & Desenvolvimento de novos medicamentos, têm aberto ações judiciais para tentarem dificultar ao máximo a autorização para a produção de produtos-cópia, pois com essas ações, procuram estender ao máximo o prazo das patentes, dificultando portanto o avanço dos genéricos. Entretanto, a justiça brasileira tem se mostrado contrária a isso, defendendo o que consta na lei, que são 20 anos, a contar da data da primeira patente (Diário do Comércio Indústria & Serviços, 22 de dezembro de 2011).

Foi publicada pela Associação Brasileira de Defesa ao Consumidor, uma pesquisa que revela que 46% dos médicos ainda têm dúvidas sobre a eficácia e a segurança dos genéricos, porém, entre os consumidores, 83% deles disseram confiar neste tipo de droga. Entre o mês de abril e junho de 2011 foram entrevistados 690 adultos e 119 médicos. Para quase metade destes profissionais, o processo de avaliação e controle da qualidade dos genéricos é menos exigente que o do medicamento de marca. Para 44% destes profissionais, estes medicamentos sofrem mais falsificações. Especialistas atribuem o receio à desinformação, e, para uma especialista da Faculdade de Saúde Pública da USP, é fundamental que entidades médicas e a Anvisa realizem campanhas para melhorar a imagem dos genéricos. Aponta também para o fato de as indústrias de medicamentos de referência terem um marketing agressivo e que normalmente tem sucesso ao tentar criar uma relação de desconfiança com relação aos genéricos.

Médicos ainda não têm segurança ao prescrever genéricos e avaliam que a desconfiança está muitas vezes relacionada à matéria-prima inferior destes produtos, porém a Anvisa afirma que este receio não tem fundamento, pois a qualidade do genérico é avaliada no momento do registro, e, a cada dois anos, a Anvisa realiza inspeções nas fábricas para renovar o certificado de boas práticas de fabricação. A Anvisa afirma também existir um programa para monitorar a qualidade dos medicamentos genéricos que já está sendo dispensado nas farmácias (Jornal Estado de São Paulo, 24 de agosto de 2011, pg A18).

Conclui-se que mesmo tendo a garantia da qualidade do medicamento genérico, através da realização dos testes de equivalência comprovando a mesma eficácia do tratamento feito com o medicamento correlato de referência, para a sua autorização pela Anvisa, a classe médica ainda não tem total segurança para a sua prescrição aos pacientes, pelo risco que ainda representa para o tratamento eficaz e saúde dos pacientes.

1.4 Programas do Governo para o acesso aos medicamentos

Antes da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1988, a assistência farmacêutica para a população brasileira não fazia parte das responsabilidades do Estado, entretanto, ocorreram iniciativas importantes para o fornecimento de medicamentos, sendo estas destacadas a seguir:

- Em 1964, antes de a primeira lista de medicamentos essenciais da OMS ser publicada, foi preparada no Brasil uma lista básica de medicamentos biológicos e de matérias-primas de uso farmacêutico para orientar as compras federais destes produtos (BRASIL/MS, 2003);
- Em 1971, foi criada a Central de Medicamentos – CEME, com o objetivo principal de fornecer medicamentos a preços mais acessíveis à população com menor poder aquisitivo, que não tinha condições financeiras de obter os medicamentos no mercado regular para o seu tratamento (BRASIL/MS, 2002);
- Em 1975 foi homologada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, contemplando os princípios da lista de medicamentos essenciais da OMS (BRASIL/MS, 2002);

A CEME realizou programas para o atendimento de demandas da saúde pública, mas o fornecimento de medicamentos foi irregular, com problemas de faltas de produtos e desperdícios no seu fornecimento o que levou ao interrompimento deste programa em 1997 (BRASIL/MS, 2002).

Em documento de 1993, o Ministério da Saúde já identificava problemas na atuação da CEME, com denúncias de corrupção, falta de compromisso por parte da direção com os objetivos do órgão, desmantelamento da estrutura técnico-organizacional, desarticulação com as estruturas estaduais e municipais do sistema, perdas estimadas em 40% por deficiência da rede de distribuição e má gestão administrativa, com, por exemplo, demanda superestimada para compensar discontinuidades no abastecimento dos medicamentos (Bermudez, 1995).

Não faltam exemplos dessas deficiências e práticas duvidosas. Um exemplo disso é que foram enviadas 2.600 caixas de espermicida à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, enquanto que a quantidade do pedido de compra havia sido de apenas 50 caixas. A quantidade desse espermicida fornecida seria suficiente para atender o programa de planejamento familiar

por 15 anos, mas felizmente parte do lote pôde ser trocada por outros itens como antibióticos e antiparasitários, ao final de 1997.

Pílulas anticoncepcionais distribuídas em 1995 e 1996 tiveram sua entrega suspensa por terem sua eficácia questionada (BRASIL/MS, 2002).

Em 1999, no Amazonas, foram perdidos cerca de um milhão de comprimidos de Furozemina, e foram distribuídos às pressas, perto de cinco milhões de comprimidos de sulfato ferroso, fornecidos pela CEME em 1995, pela eminência de perda do prazo de validade dos produtos. Em abril do mesmo ano, três toneladas de medicamentos com validade vencida foram incinerados no Paraná (Jornal Folha de São Paulo, 22 de julho de 1999).

Apesar das dificuldades, os medicamentos eram garantidos à população pela saúde pública para algumas doenças endêmicas e epidêmicas, requerendo um controle epidemiológico do Ministério da Saúde, como acontecia com a tuberculose, hanseníase, malária e outras doenças. Os medicamentos dispensados pelo Ministério da Saúde, para o controle destas doenças, trouxeram conhecimentos fundamentais aos gestores públicos, contribuindo para o desenvolvimento de um programa de assistência farmacêutica mais amplo nos dias de hoje (AMORIM & PERILLO, 2008).

Até a criação do SUS, em 1988, não existia o fornecimento regular de medicamentos para as demais doenças, e a aquisição dos medicamentos ficava, em sua maior parte, por conta dos pacientes. Esta questão trouxe, como reflexo, uma situação de iniquidade, em que apenas os que podiam custear os seus próprios medicamentos conseguiam tratar adequadamente as suas doenças.

A implantação do SUS resultou, portanto, de um processo histórico e social para mudar esse quadro. Entre os princípios deste sistema estão a universalidade, integralidade e a equidade na assistência à saúde, expressando os valores estabelecidos por nossa sociedade na Constituição de 1988, sendo estes ideais para a área de saúde.

Entende-se por integralidade da assistência, o conjunto de ações de promoção, prevenção, proteção específica, diagnóstico, tratamento, incluindo os medicamentos e a reabilitação da saúde.

Atualmente, a assistência farmacêutica representa um dos grandes desafios à consolidação do SUS, considerando que o acesso da população a medicamentos de qualidade e no momento apropriado são fundamentais para a garantia de bons resultados nos atendimentos realizados, além de promover a sua integralidade.

Os princípios de universalidade, integralidade e a equidade na assistência à saúde são objetivos a serem atingidos de maneira gradual, principalmente na área de assistência farmacêutica. Tratam-se de direitos a serem garantidos pelo poder público, através de uma adequada estruturação de programas e práticas que permitam o acesso universal da população aos medicamentos que necessitam, com segurança e equidade (AMORIM & PERILLO, 2008).

O financiamento da assistência farmacêutica, assim como as demais ações e serviços do SUS, deve ser garantido com recursos das três esferas de governo federal, estadual e municipal, conforme previsto na Constituição federal de 1988, parágrafo único do artigo 198, e nas normas subsequentes do Ministério da Saúde (CONASS, 2007).

As políticas definidas pelo Ministério da Saúde estabelecem a divisão de responsabilidades entre as esferas de governo para a aquisição e distribuição, com competências complementares para garantir os medicamentos para todos. Como resultado das políticas desenvolvidas pelo SUS para este setor, temos atualmente em todo o país um acesso à assistência farmacêutica muito mais amplo e regular do que o que já existiu no passado recente do setor público de saúde (AMORIM & PERILLO, 2008).

A Febrafarma (2008), com base na análise de documentos e do orçamento de 2006, apresenta a seguinte classificação para os programas do governo brasileiro na assistência farmacêutica pública, sendo estes particularmente da esfera federal:

a) Sangue e hemoderivados: distribuição de fator VIII, fator IX, gamaglobulinas e outros hemoderivados, fazem parte do grupo dos medicamentos estratégicos, sendo comprados pelo governo federal e distribuídos aos portadores de hemofilia. Trata-se de uma das áreas mais atrasadas do país, produzindo uma grande quantidade de plasma de boa qualidade, porém não possui uma planta para processamento, devido em grande parte à incompetência do Estado e falta de visão deste para um trabalho em parceria com o setor privado.

Em 2006, o país importou estes produtos totalizando um gasto da ordem de R\$78,1 milhões;

b) Vacinas: compras realizadas, em sua maior parte, junto às plantas de produção públicas como o Instituto Butantã, Biomanguinhos, Funed, Instituto Aatullo de Paiva e Tecpar. Embora seja considerado um dos grandes êxitos do Estado brasileiro, o programa de autossuficiência em vacinas tem tido sucesso, em grande parte, pelo apoio dos órgãos

privados aos dois maiores produtores. A Fundação Butantã e a FIOTEC têm sido de grande importância para garantir a agilidade do sistema e alcançar este sucesso. Além disso, a colaboração e sinergia entre os agentes nesse setor é fundamental para o sucesso do programa.

Os gastos em 2006 com estes produtos foram da ordem de R\$764,4 milhões e também fazem parte do grupo de medicamentos estratégicos;

c) Medicamentos Excepcionais: são medicamentos adquiridos em parte pelo governo federal e em parte pelos estados e são voltados para patologias complexas e de alto custo de tratamento. Geralmente sofrem forte pressão por parte da indústria farmacêutica para o lançamento de novos produtos. Em 2006, essa lista continha 104 medicamentos em 242 apresentações; os gastos na esfera federal em 2006 foram da ordem de R\$1.308,3 milhões;

d) Farmácia Básica: esta modalidade busca financiar os medicamentos destinados à atenção primária à saúde, formado por dois tipos de repasses federais, condicionados a investimentos estaduais e municipais como contrapartida:

- a. Parte fixa – federal: R\$1,65/hab/ano;
- b. Estadual: R\$1,00/hab/ano;
- c. Municipal: R\$1,00/hab/ano;
- d. Parte variável – federal: R\$1,15/hab/ano para hipertensão e diabetes;
- e. Federal: R\$0,95/hab/ano para asma e rinites;

Os gastos federais em 2006 foram da ordem de R\$296,5 milhões e a participação dos estados e municípios foi de aproximadamente R\$360,0 milhões para este grupo de medicamentos; questões como a falta de medicamentos e ineficiência logística, com perdas dos produtos por prazos de validade vencidos, são constantes para este grupo de produtos; para que a população seja atendida de maneira satisfatória nesses medicamentos básicos, é necessária uma gestão pública eficiente, hoje inexistente, e recursos financeiros suficientes para atender às necessidades da população;

e) Medicamentos Estratégicos: estes medicamentos, da mesma maneira que os hemoderivados e vacinas, são voltados para enfrentar as endemias como a tuberculose, hanseníase, leishmaniose, malária, chagas e AIDS. Os gastos com estes produtos, além dos já

mencionados, foram de R\$1.801,3 milhões, sendo que para a AIDS o total foi de R\$959,9 milhões em 2006. Parte destes gastos foram direcionados a laboratórios estatais;

f) Farmácia Popular: o programa de governo teve início em 2004, com a distribuição de medicamentos essenciais de baixo custo através de farmácias próprias do governo, e, a partir de 2005, através de farmácias do governo estabelecidas em parceria com os estados e municípios. A partir de 2006, o governo passou a adotar uma estratégia de crescimento baseada na integração com a rede privada de farmácias para ampliar a distribuição de medicamentos a mais pessoas e regiões no Brasil. O Programa tem como prioridade a distribuição de medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis, tendo adotado inicialmente o sistema de copagamento nas compras de medicamentos nas farmácias, porém, a partir de 2011, foi estabelecida a gratuidade para os medicamentos de diabetes, hipertensão, e, em seguida, para asma.

A opinião da Febrafarma, quanto às Farmácias Populares é a seguinte: *“Se elas derem certo, tudo o mais estará errado”* (Febrafarma, 2008, p. 16).

Este Programa, em seu estágio inicial, tinha pouca representatividade em termos de solução para a assistência farmacêutica no Brasil, no entanto, a sua ampliação para o atendimento de outros tratamentos com sucesso comprovado na distribuição de medicamentos à população, poderá superar os demais modelos para a distribuição de medicamentos no Brasil (FEBRAFARMA, 2008).

O Programa Farmácia Popular, sendo o foco desta pesquisa, está melhor detalhado nos capítulos 2 e 3 do presente estudo, trazendo uma reflexão sobre a amplitude e limitações do Programa no acesso aos medicamentos no Brasil.

No SUS, a assistência farmacêutica desenvolve-se em três grandes segmentos: na atenção básica à saúde, com medicamentos essenciais, nos programas estratégicos de saúde, para o controle de doenças, e, nos medicamentos excepcionais de alto custo, para doenças específicas (CONASS, 2007).

a) Assistência básica à saúde (medicamentos essenciais):

A garantia de acesso dos cidadãos aos medicamentos essenciais para a assistência básica em saúde e a reordenação das práticas assistenciais são fatores-chave para uma maior eficácia no nível primário de saúde. No apêndice “B” estão listados os princípios ativos distribuídos nas unidades básicas de saúde do SUS, na atenção básica à saúde.

Algumas iniciativas do governo são importantes e demonstram o avanço alcançado neste segmento de assistência à saúde; em 1995 teve início, no estado de São Paulo, o programa Estadual de Assistência Farmacêutica Básica “Dose Certa”. Este programa garante o fornecimento de medicamentos prescritos para mais de 80% das doenças crônicas e agudas mais frequentes da população, atendidas pela rede de farmácias das unidades básicas de saúde municipais do SUS em todo o estado.

A partir de 1999, com a criação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, pela Portaria do Ministério da Saúde, número 176/1999 (CONASS, 2007), foi garantido o financiamento federal para a Assistência Farmacêutica Básica, prevendo também a contrapartida estadual e municipal a estes recursos federais. O programa “Dose Certa” é financiado pelas três esferas de governo, e recebeu no estado de São Paulo recursos superiores a R\$170 milhões em 2007.

Inicialmente, o programa forneceu um total de 40 medicamentos essenciais, sendo possível ampliar este programa para 67 tipos no final de 2007, com uma estimativa de distribuição anual de mais de 1,86 bilhões de unidades farmacêuticas, definidas como comprimidos, cápsulas, frascos, bisnagas e frasco-ampolas, ou seja, aproximadamente 45 unidades farmacêuticas por habitante no ano (AMORIM & PERILLO, 2008).

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde do governo do estado de São Paulo (2015), a finalidade deste programa é aperfeiçoar o acesso da população aos medicamentos no âmbito da atenção básica, por meio da manutenção do fornecimento de medicamentos, para municípios com população inferior a 250 mil habitantes, que podem apresentar maiores dificuldades para sua aquisição.

Um dos fatores críticos de sucesso deste programa no estado de São Paulo foi o investimento e a recuperação da Fundação do Remédio Popular – FURP, laboratório farmacêutico estadual público produtor de medicamentos, o que permitiu uma ampliação do número de medicamentos distribuídos no programa, beneficiando principalmente os municípios pequenos, com menor poder de compra de medicamentos no mercado (AMORIM & PERILLO, 2008).

Atualmente, integram o elenco do programa “Dose Certa” 69 medicamentos, entre eles:

- Medicamentos para o tratamento de agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, como verminoses, febre, dor, infecções, inflamações, hipertensão e diabetes;

- Medicamentos do programa de Saúde Mental;
- Medicamentos do programa de Saúde da Mulher;
- Métodos contraceptivos;
- Medicamentos da Linha de Cuidado à Gestante e Puérperas;

No apêndice “C” está apresentada a lista completa de medicamentos do programa “Dose Certa”.

Um outro programa do governo, também importante de ser destacado como um caso de sucesso no acesso a medicamentos no estado de São Paulo, é o programa de Insumos para Diabetes, iniciado em 2005, como uma iniciativa do estado e municípios, em que a Secretaria de Estado da Saúde garante o financiamento de 75% do valor dos insumos utilizados no controle da diabetes, como seringas, tiras, lancetas e monitores, enquanto as Secretarias Municipais de Saúde se responsabilizam pelos 25% restantes, e pelo atendimento, acompanhamento e cadastro dos pacientes em sistema informatizado criado pelo estado. Até o ano de 2007 foram cadastrados 196 mil pacientes, recebendo mensalmente e com regularidade das unidades municipais de saúde, os insumos e medicamentos necessários ao controle de sua doença (AMORIM & PERILLO, 2008).

Estes programas são bons exemplos da ação cooperada e sinérgica dos gestores públicos na garantia do direito ao acesso aos medicamentos para problemas de saúde essenciais da população (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

b) Os programas Estratégicos de saúde:

Os programas estratégicos do Ministério da Saúde são destinados ao controle das epidemias e endemias, que são aqueles programas de maior tradição na saúde pública, para tratamentos de doenças como cólera, endemias focais e outras doenças já mencionadas anteriormente.

Estes medicamentos são financiados pelo Ministério da Saúde e distribuídos pelas unidades de referência em cada região, sob a gestão municipal. Está sob a responsabilidade das secretarias estaduais de saúde o levantamento das necessidades, encaminhamento destas para o Ministério da Saúde e a avaliação dos programas desenvolvidos nos estados.

Existe uma padronização dos medicamentos oferecidos pelo SUS que é feita por especialistas do Ministério, universidades e consultores de organismos internacionais, como a

Organização Pan-americana de Saúde – OPAS e a Organização Mundial de Saúde - OMS, permitindo que o sistema venha a oferecer o medicamento mais adequado para as necessidades dos pacientes (AMORIM & PERILLO, 2008).

O programa de Assistência Farmacêutica aos portadores de HIV recebeu em 2003 o Prêmio Gates de Saúde Global, oferecido pela *Bill & Melinda Gates*, por ter sido considerado um modelo de programa para tratamento da AIDS em países em desenvolvimento, combinando medidas preventivas com o livre acesso a medicamentos antirretrovirais (GATES, 2003), sendo também considerado pela OMS o mais avançado programa de tratamento da AIDS realizado em países em desenvolvimento no mundo (WHO, 2004).

O Brasil recebeu atenção internacional em 1996, quando foi garantido a todos os cidadãos livre acesso aos medicamentos antirretrovirais. O governo conseguiu obter uma considerável redução nos custos destes tratamentos, negociando preços mais baixos destes produtos com as indústrias farmacêuticas e também atuando na fabricação de genéricos para alguns destes medicamentos.

Estima-se que desde 1996 o programa de combate à AIDS reduziu a taxa de mortalidade proveniente desta infecção em aproximadamente 50% e, através de ações preventivas, reduziu o número de infecções oportunistas com o vírus HIV em aproximadamente 60% a 80% (GATES, 2003).

c) O programa de Medicamentos de Alto Custo:

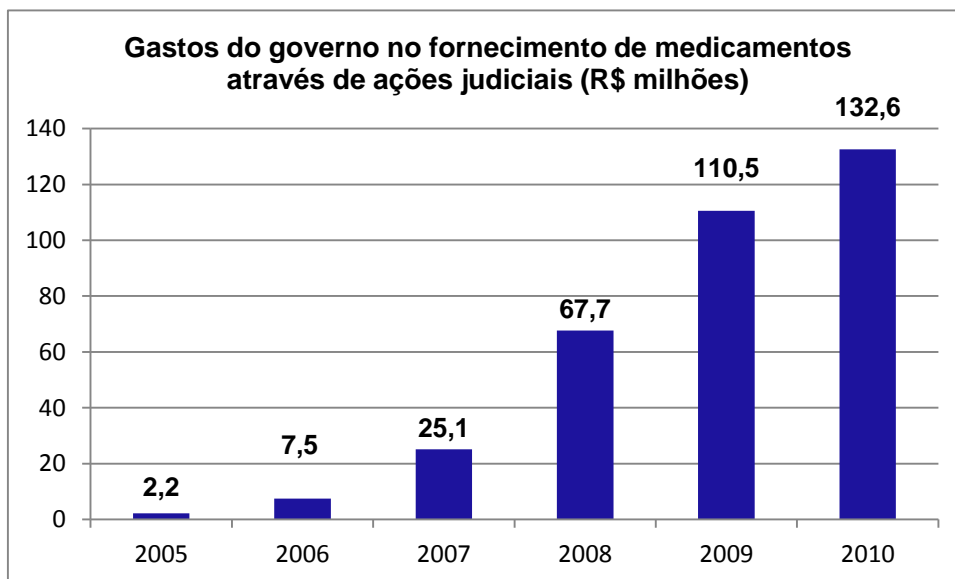
O programa de Medicamentos de Alto Custo atende as doenças consideradas de caráter individual, requerendo tratamentos de longo prazo ou permanentes, com medicamentos de custos geralmente elevados, e que por esta razão não podem ser adquiridos pelos pacientes com recursos próprios.

Este programa garante o fornecimento de mais de 250 tipos de medicamentos para doenças como a esclerose múltipla, a doença de Gaucher, doença de *Parkinson*, fibrose cística, artrite reumatóide e outras doenças. Em 2003 o programa atendia em torno de 55 mil pacientes cadastrados no estado de São Paulo, ampliando em 2006 para 380 mil pacientes, com gastos estimados de aproximadamente R\$840 milhões, divididos entre o governo federal e estadual, representando um custo de aproximadamente R\$2.200,00 por paciente no ano. A dispensação destes medicamentos obedece a protocolos técnicos, definidos e padronizados pelo Ministério da Saúde, sendo válidos em todo o território nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Além dos programas governamentais para atendimento da população nas necessidades por medicamentos, considerando que é dever do Estado a garantia do direito à saúde da população, com respaldo na Constituição de 1988, o Estado tem sido acionado através de milhares de ações judiciais para a dispensação de medicamentos receitados por médicos públicos ou privados. Entende-se que o acesso aos medicamentos não pode ser negado pelo poder público aos pacientes que dele necessitam, mas que não tem condições financeiras de adquiri-los com recursos próprios (ISHIKAWA, 2008).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, os gastos anuais do governo federal para o fornecimento de medicamentos de alto custo através de decisões judiciais têm crescido significativamente ao longo dos anos, passando de um patamar de R\$2,24 milhões em 2005 para R\$132,58 milhões em 2010 (O Estado de São Paulo, 28 de abril de 2011, p. A22).

Gráfico 1: Evolução dos gastos do governo com o fornecimento de medicamentos através de ações judiciais



Fonte: Ministério da Saúde, 2011

A maior parte dessas ações judiciais são solicitações de fornecimento de medicamentos de alto custo usados para tratamento oncológico ou de doenças raras. A questão é que estes medicamentos não constam na lista do SUS e a população não teria acesso a estes tratamentos caso tivessem que custeá-los por conta própria. Para especialistas nessas ações judiciais, a judicialização da saúde se deve à ausência de medicamentos de ponta na

lista de medicamentos do SUS, destacando que se estes estivessem contidos nessa lista, o custo do Estado seria menor, pois seria possível efetuar compras em quantidades maiores, conseguindo negociar vantagens, como descontos nos preços dos medicamentos.

De acordo com o Ministério da Saúde, a lista de medicamentos do SUS é atualizada a cada dois anos e contempla vários medicamentos que possuem ações similares aos medicamentos solicitados judicialmente.

No estado de São Paulo, os gastos da Secretaria de Estado da Saúde com a compra de medicamentos e produtos diversos exigidos por determinação judicial somaram R\$400 milhões em 2007, aumentando para R\$700 milhões em 2010. Os itens mais solicitados foram medicamentos para o tratamento de diabetes, nos itens não fornecidos pelo SUS, e medicamentos de alto custo, em geral para o tratamento de câncer, como drogas para a quimioterapia oral, ou para doenças raras (O Estado de São Paulo, 3 de dezembro de 2011, p. A24).

De acordo com o Secretário de Estado da Saúde, a judicialização da saúde é uma distorção do conceito de universalidade, lembrando que em nenhum país do mundo existe a distribuição da totalidade de medicamentos existentes no mercado, sendo esta uma questão que necessita de maior entendimento no Brasil, pois não é possível para o Estado fornecer todos os tipos de medicamentos para toda a população. Aponta para a questão do conflito de interesses entre a indústria farmacêutica e a saúde pública, tomando como exemplo, um produto novo lançado no mercado pela indústria farmacêutica não ter necessariamente qualidade superior a um outro similar já existente, e mais barato (O Estado de São Paulo, 3 de dezembro de 2011, p. A24).

Uma outra iniciativa importante do governo para melhorar o acesso da população brasileira aos medicamentos foi a regulamentação para a produção de medicamentos genéricos, implementada no Brasil com o objetivo de melhorar o acesso da população aos medicamentos por terem preços mais acessíveis.

No Brasil, a discussão sobre o medicamento genérico teve início em 1991, pelo *Projeto de Lei 2.022* apresentado à Câmara dos Deputados pelo então Deputado Federal Eduardo Jorge, na época pelo Partido dos Trabalhadores, São Paulo (Diário Oficial da União, 1999).

De acordo com a Pró Genéricos (2014), até o ano de 1996 não existiam medicamentos no regime de patentes no Brasil e a fabricação de medicamentos era feita por indústrias nacionais fabricantes de medicamentos similares, sendo estes, em muitos casos,

cópias dos medicamentos de referência fabricados no exterior sob o regime de patentes. No ano de 1996, foi regulamentada a Lei de patentes 9.279, incentivando a entrada de indústrias farmacêuticas multinacionais no Brasil. Nesse momento ainda não existia uma agência reguladora no setor, mas apenas o Serviço de Vigilância Sanitária.

A concorrência no setor estava muito baseada em preços competitivos, o que levou muitas indústrias farmacêuticas a reduzirem a qualidade de seus produtos para a obtenção de melhores preços. Em razão da má qualidade dos medicamentos, foi criada a CPI dos medicamentos no país e deu-se, a partir desse momento, a discussão em torno dos genéricos, sendo esta questão encabeçada pelo então Ministro da Saúde José Serra, no governo do então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso. O projeto foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República, transformando-se na *Lei 9.787* de 10 de fevereiro de 1999, sendo conhecida como "*Lei dos Genéricos*", instituindo o medicamento genérico no Brasil (Diário Oficial da União, 1999).

Os genéricos são cópias de medicamentos já existentes cuja patente expirou, mas têm o mesmo efeito terapêutico desses medicamentos. Existem os genéricos comercializados com marca e os genéricos conhecidos como *commodities*, vendidos sem a marca do fabricante.

Os medicamentos genéricos têm preços mais baixos que os de marca por terem custos mais baixos para a sua produção. Os medicamentos inovadores têm embutido em seu preço, os gastos elevados em Pesquisa & Desenvolvimento, além dos gastos com Marketing (GAZETA MERCANTIL, 2000).

De acordo com a Lei dos genéricos, o seu preço máximo ao consumidor deve ser pelo menos 35% mais barato que o medicamento de referência correlato. De acordo com estudos da *IMS Health*, os genéricos são em média, 60% mais baratos que os medicamentos de referência.

Existe uma questão importante que dificulta o crescimento dos genéricos no Brasil, que é o fato de os médicos brasileiros não serem treinados para prescreverem produtos pela sua denominação química, ou seja os nomes dos princípios ativos, e estes profissionais geralmente não estão preocupados com o preço dos medicamentos quando prescrevem aos seus pacientes, mas apenas com a eficácia farmacêutica. Outra dificuldade, é a inexistência de farmacêuticos nas farmácias e a tendência de os balconistas "receitarem" medicamentos (GAZETA MERCANTIL, 2000). Entretanto, é muito comum os balconistas das farmácias sugerirem medicamentos genéricos em substituição aos produtos de referência.

De acordo com a Febrapharma (2008), embora os preços dos genéricos sejam inferiores, tendo contribuído para reduzir efetivamente os preços de outros medicamentos com os quais concorrem, não contribuíram para aumentar a sua demanda no mercado regular.

Este patamar de preço mínimo para o preço inicial acabou sendo adotado como referência para os novos entrantes no mercado e mesmo com a redução inicial nos preços dos genéricos, os laboratórios mantiveram altas margens de rentabilidade. Estas altas margens permitiam aos novos entrantes ampliarem os seus departamentos de vendas para aumentarem o seu faturamento. Com isso, ao invés de competirem em preços, as margens foram utilizadas para intensificar o processo tradicional de competição no setor, onde os médicos interferem na escolha dos medicamentos através das receitas médicas e os laboratórios buscam influenciar esta decisão através de vários instrumentos de Marketing.

Nos genéricos, como não existem marcas para a identificação dos produtos, o esforço de persuasão sobre os médicos ocorre através da identificação do laboratório produtor; sendo assim, a “marca” do genérico passa a ser o laboratório que o produz e esta passa a ser o elemento prioritário na influência sobre a receita médica.

De acordo com a Pró Genéricos (2014), os principais fabricantes de genéricos no Brasil são a EMS, Medley, originalmente nacional, comprada pela Sanofi, Hipermarcas, Eurofarma, Biosintética, comprada pela Aché, Sandoz, pertencente ao grupo Novartis, Teuto, originalmente nacional e comprada pela Pfizer e a Multilab, originalmente nacional, comprada pela Takeda, de origem japonesa.

De outro modo, como a substituição do genérico indicado na receita é legal, a farmácia pode substituí-lo por outro medicamento genérico com o mesmo princípio ativo. A farmácia passa então a ter poder de influenciar na escolha do medicamento. Esta decisão irá depender portanto do interesse econômico da farmácia que irá se basear na margem que obtém na comercialização dos diferentes fabricantes do medicamento genérico. Com isso, a farmácia oferecerá os produtos cujos laboratórios ela tem a melhor margem, e não são estes necessariamente os de menor preço e de interesse dos pacientes (FEBRAFARMA, 2008).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa tem editado uma série de normas, resoluções e portarias, a fim de viabilizar o registro, a produção, a prescrição e a dispensação do medicamento genérico, norteadando todo o processo de implementação da política desses medicamentos no Brasil.

De acordo com a Pró Genéricos (2014), existe uma prioridade dada pela Anvisa para a aprovação de medicamentos genéricos inéditos, com base na RDT 28 de 2007, entretanto,

não há nenhum tipo de incentivo fiscal do governo para impulsionar os genéricos no Brasil. A reintrodução do medicamento genérico na pauta governamental teve início com o lançamento do programa de Aceleração do Crescimento da Saúde – PAC Saúde pelo Ministro José Gomes Temporão em 5 de dezembro de 2007.

A política de genéricos tem como objetivo uma maior racionalidade no uso de medicamentos, assim como estimular a concorrência com produtos substitutos de diferentes preços, respeitando-se a decisão do não intercâmbio do profissional prescritor. Existe uma tendência de que esta competição proporcione uma redução nos preços dos medicamentos, trazendo com isso benefícios a todos os segmentos envolvidos na cadeia de produção, controle, comercialização e, especialmente, aos consumidores dos medicamentos (Caderno de Saúde Pública: v.21 – n.1, 2005).

Como a patente significa monopólio sobre a droga descoberta e conseqüentemente liberdade absoluta para arbitrar o seu preço, os governos, diante do crescimento dos gastos com saúde, passaram a incentivar, através das agências regulatórias, o uso de genéricos, simplificando as exigências para o seu registro. Por sua vez, nos países onde o paciente é quem paga o medicamento, este passa a pressionar o médico e farmacêutico para a indicação do genérico, pela vantagem do baixo custo. O poder público e os serviços de gerenciamento de saúde nos Estados Unidos, por exemplo, pressionam médicos a prescreverem genéricos e estimulam farmacêuticos a substituírem medicamentos de marca pelos genéricos (GAZETA MERCANTIL, 2000).

A Organização Mundial de Saúde publicou em 1992 um relatório técnico, de número 825, no qual recomendava aos estados-membros a utilização dos nomes genéricos dos produtos farmacêuticos juntamente com o nome fantasia. Atualmente, mais de cem países já introduziram os genéricos em seus mercados.

A primeira experiência de genéricos ocorreu na Inglaterra, na década de 40. Com a significativa queda na renda da população após a Segunda Guerra Mundial, o governo optou pela suspensão da propriedade industrial dos medicamentos e as indústrias farmacêuticas puderam iniciar a sua produção com fórmulas já existentes a um custo bem inferior, garantindo maior acesso da população aos remédios.

Estima-se que nos países onde os genéricos tiveram avanço, este tipo de medicamento corresponde em média a 50% das prescrições médicas realizadas. Atualmente, os genéricos têm participação em volume de 56% na Inglaterra, 51% na Alemanha e pouco mais de 40% nos Estados Unidos.

De acordo com a *IMS Health*, as vendas de genéricos em farmácias nos dez maiores mercados do mundo chegaram a US\$14,3 bilhões no segmento varejista em 1997 (GAZETA MERCANTIL, 2000).

A questão da não ampliação do acesso pelos mecanismos de mercado regular passa pela dimensão estrutural da sociedade brasileira que é o seu “nível de renda”.

De acordo com a Febrafarma (2008), existem diferentes perfis de consumo de medicamentos por nível de renda no Brasil, segundo critérios de classificação econômica no Brasil, definidos pela Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP).

As famílias que compõem o segmento A, de renda mais elevada, preferem os medicamentos de última geração e as participações relativas nas despesas são relativamente baixas. Para este segmento, a política de genéricos teve pouca repercussão e efetividade. O programa de genéricos teve grande repercussão sobre o segmento B, pois apesar da sua renda relativamente alta, porém mais baixa que o segmento A, os medicamentos têm uma participação relativamente maior nas suas despesas, e portanto, o preço menor proporciona uma redução significativa em tais despesas. Um bom exemplo deste segmento seriam os aposentados (FEBRAFARMA, 2008).

O segmento C tem acesso ao mercado regular eventualmente, principalmente a medicamentos mais baratos ou em situações emergenciais, quando a oferta do SUS encontra-se com problemas crônicos de suprimento. Para este segmento, o programa teve uma repercussão positiva menor do que no grupo anterior, pois é atendido parcialmente pelo mercado regular e depende do SUS para complementar a sua necessidade de medicamentos. Este segmento poderia ser mais beneficiado pelos genéricos, caso as suas reduções em seus preços fossem mais substanciais. Quanto aos segmentos D e E das classes populares, segundo os mesmos critérios econômicos anteriores, a repercussão dos genéricos foi baixa porque estes têm pouco acesso ao mercado regular e dependem essencialmente do SUS para conseguirem os seus medicamentos necessários. Nesses segmentos, o aumento do acesso está mais associado ao nível de renda das famílias do que ao preço dos medicamentos. Uma redução significativa nos preços dos medicamentos poderia alterar essa situação estrutural para parte dessas famílias, porém, as famílias de mais baixa renda ainda dependem do Estado para a garantia deste acesso através de programas de distribuição gratuita dos medicamentos (FEBRAFARMA, 2008).

É importante atentar para a questão de que o papel do Estado no acesso aos medicamentos no mercado regular, até a criação da Farmácia Popular, era somente

regulatório, ou seja, através de mudanças legislativas para regular a oferta e a demanda destes produtos. Quanto maior a população com acesso a medicamentos através do mercado regular, menor a necessidade de intervenção direta do Estado como produtor, distribuidor e financiador dos medicamentos, tornando por sua vez, essa ação direta do Estado mais viável economicamente (FEBRAFARMA, 2008).

2 HISTÓRICO E ESTRATÉGIA DA FARMÁCIA POPULAR

2.1 Histórico e público-alvo do Programa

O Programa Farmácia Popular foi implantado pelo governo federal em 13 de abril de 2004, através da Lei no 10.858, no mandato do então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, com o objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos, para algumas das doenças mais comuns entre os cidadãos.

Este Programa vem estender o benefício de aquisição dos medicamentos e insumos essenciais a baixo custo, com descontos especiais, ou gratuitamente a mais lugares e a mais pessoas, aproveitando a dinâmica de toda a cadeia farmacêutica, desde o produtor e distribuidor até o varejo. O custo mais baixo dos medicamentos contribui para aliviar os gastos das famílias, especialmente as das classes populares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

De acordo com o Coordenador Geral de Gestão do Programa no Ministério da Saúde (2013), a proposta para o Programa é a de ser uma alternativa de acesso aos medicamentos, sendo este complementar ao atendimento feito pelas unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, que representa o principal canal de acesso do governo aos medicamentos pela população brasileira, desde a Constituição de 1988, na criação do SUS, quando a assistência farmacêutica passou a ser responsabilidade do setor público de saúde.

Outro objetivo do Programa é qualificar a assistência farmacêutica, oferecendo à população, além dos medicamentos, o atendimento pelos farmacêuticos nos estabelecimentos públicos e privados credenciadas, participantes do Programa.

Inicialmente, contou-se com uma rede própria de Farmácias Populares implementadas pelo governo federal, sob a gestão da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, e, a partir de 2004, o Programa foi estendido para as Farmácias Populares implementadas em parceria com os estados e municípios.

De acordo com a Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica - Febrarma (2008), o Programa Farmácia Popular foi concebido inicialmente como uma ação direta do governo federal na escolha, produção, distribuição e venda subsidiada de medicamentos. A escolha inicial de medicamentos foi feita com prioridade aos tratamentos de diabetes e hipertensão. Os laboratórios estatais produziram os medicamentos e os distribuíram às

farmácias da rede própria do governo federal e às farmácias populares estabelecidas em parceria com os estados e municípios.

Quanto aos subsídios, o Programa foi inicialmente planejado para que os preços de venda aos consumidores dos medicamentos pudessem atingir, através dos subsídios do governo, valores muito baixos, chegando em alguns casos ao preço de R\$1,00 e até a valores menores. A experiência de fornecimento de medicamentos a baixo custo do Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco - LAFEPE desde 2001, pioneiro na distribuição de medicamentos no sistema de copagamento, passou a servir de modelo para a nova iniciativa do governo federal (Ciência & Saúde Coletiva, 2011).

Além desta iniciativa, houve outras experiências de compartilhamento dos custos dos medicamentos com os usuários, como o programa “Farmácia de Todos”, do governo do Rio Grande do Norte, e a “Farmácia Popular Vital Brasil”, do governo do Rio de Janeiro, sendo esta última, incorporada pelo Programa Farmácia Popular no início de 2008. O Programa Farmácia Popular inovou por ser o primeiro desse tipo no âmbito nacional, executado pelo governo federal (DU BOCAGE, 2014). O Programa, portanto, veio adotar portanto este instrumento de ação na política de medicamentos que é o copagamento, e, neste conceito, o paciente recebe o medicamento com um subsídio governamental, mas também paga pelo medicamento.

Este modelo de copagamento difere do modelo adotado pelo SUS, que distribui gratuitamente todos os medicamentos da sua lista à população. Antes deste Programa, o paciente tinha a possibilidade de adquirir o medicamento no mercado regular, pagando o seu preço de mercado, ou receber gratuitamente no SUS.

A maior capilaridade geográfica do atendimento feito pelas Farmácias Populares pode conferir uma vantagem ao Programa, pois esta questão é considerada como sendo uma das mais críticas no acesso aos medicamentos através do SUS, pois os estoques de medicamentos para a sua distribuição aos pacientes estão localizados em postos e hospitais específicos, de acesso limitado. Essa questão acaba sendo agravada nas grandes cidades, onde os pontos de distribuição são muitas vezes localizados em regiões mais distantes, implicando num custo extra de transporte que pode ser significativo para a população das camadas populares.

Ao criar uma rede pública com farmácias próprias do governo e em parceria com estados e municípios, a princípio, pretendia-se atingir maior capilaridade geográfica, facilitando o acesso da população a essas farmácias, porém, estas modalidades de atendimento

mostraram-se limitadas para um crescimento mais expressivo do Programa pelas regiões geográficas do país, devido, principalmente, aos custos elevados de implantação e manutenção destas farmácias.

De acordo com a Febrafarma (2008), a meta inicial do governo federal de criar 1.000 farmácias no primeiro mandato do governo do então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva mostrou-se inviável, e, no final de 2006, o governo lançou uma nova modalidade para a distribuição de medicamentos no Programa, abrindo a possibilidade de credenciamento da rede privada de farmácias, no programa “Aqui tem Farmácia Popular”. A abertura para o cadastramento das farmácias privadas foi um sucesso e, após pouco mais de um ano, cerca de 3.500 farmácias particulares já estavam cadastradas para operarem no Programa, enquanto as farmácias criadas pelo governo totalizavam em torno de 350 estabelecimentos, após três anos de implantação do Programa.

Uma outra importante vantagem deste novo modelo de distribuição é que a integração com as farmácias privadas trouxe uma mudança estrutural no Programa, pois na rede pública de farmácias, o Programa opera com custos fixos e operacionais altos, além do subsídio aos medicamentos implícitos nos preços, enquanto que, no novo modelo de integração com as farmácias privadas, estes custos passam a não mais existir, pois toda a operação é absorvida pela operação regular da farmácia, utilizando as suas instalações, o seu pessoal e a sua gestão empresarial, de estoques e logística. Nesse novo modelo, os medicamentos do Programa Farmácia Popular passam a ser apenas alguns medicamentos adicionais entre os normalmente comercializados pelas farmácias.

Além disso, outros aspectos, importantes para o sucesso do Programa, são melhor gerenciados nas farmácias privadas, como a gestão estratégica e operacional das mesmas, incluindo o planejamento de demanda e suprimentos, com compras centralizadas para o reabastecimento das lojas para uma distribuição descentralizada; melhor gestão de estoques e transportes, minimizando-se problemas como a falta de disponibilidade de medicamentos aos consumidores e desperdícios decorrentes de perdas de medicamentos por prazos de validade vencidos, devendo ser encaminhados à destruição, armazenamento inapropriado dos produtos e uso ineficiente dos recursos, como volume de compras de medicamentos superior à real demanda da população em determinado período e ineficiências na gestão da tecnologia da informação e dos recursos humanos. Essas questões já fazem parte da gestão das farmácias privadas que respondem rapidamente às oscilações da demanda e mantêm uma operação logística eficiente, de modo a evitar as faltas e excessos de produtos nos estoques.

Portanto, este novo modelo permite que os recursos orçamentários sejam melhor direcionados ao financiamento dos medicamentos, representando uma maior efetividade do Programa, ou seja, podendo representar uma oferta potencial maior em termos de unidades de medicamentos disponíveis, podendo atingir uma parcela maior da população com o mesmo orçamento.

No programa “Aqui tem Farmácia Popular” o beneficiado pode comprar medicamentos com até 90% de desconto nos seus preços, sendo este desconto subsidiado pelo Estado (FEBRAFARMA, 2008).

A lista de medicamentos das farmácias próprias do governo é composta por 112 itens, além do preservativo masculino, somando 77 medicamentos de diferentes classes terapêuticas, como analgésicos, anti-inflamatórios, anti-infectantes, medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central e periférico, anti-hipertensivos, antidiabéticos, entre outros. Na rede privada de farmácias, o programa “Aqui tem Farmácia Popular” disponibiliza dez fármacos em diferentes apresentações, somando 14 itens para anticoncepção, dislipidemia, doença de Parkinson, glaucoma, osteoporose e rinite, além dos medicamentos para o tratamento de diabetes, hipertensão e asma, sendo estes últimos disponibilizados à população desde o início do Programa. Estes medicamentos passaram a integrar, posteriormente, a partir de fevereiro 2011, o elenco da iniciativa de governo denominada “Saúde Não Tem Preço” (DU BOCAGE, 2014).

O programa “Saúde Não Tem Preço” estabelece a gratuidade aos remédios distribuídos no Programa para as patologias de diabetes e hipertensão, e, a partir de junho de 2012, para o tratamento de asma. Neste Programa, as farmácias são ressarcidas pelo Ministério da Saúde no valor integral dos medicamentos, de acordo com o valor de referência estabelecido pelo governo federal.

De acordo com o Coordenador Geral de Gestão do Programa no Ministério da Saúde (2013), o governo definiu uma meta de alcançarem 600 unidades de farmácias do governo no país. Para que os medicamentos sejam distribuídos, basta terem registro na Anvisa, e o Ministério da Saúde apenas define os princípios ativos a serem incluídos na lista de medicamentos do Programa, ficando a escolha dos fornecedores a critério das farmácias.

Foi dada prioridade aos medicamentos genéricos em razão do seu custo ser inferior aos de referência, e, pela lei, se o paciente tem uma receita para o medicamento de marca, este pode ser substituído na farmácia pelo genérico. Para os produtos similares, o medicamento deve ser prescrito pela própria denominação do princípio ativo.

Recentemente, houve uma alteração na lei dos similares, que obriga que estes fabricantes também realizem o teste de equivalência ao produto de referência, para a comprovação de sua eficácia no tratamento para a obtenção de sua autorização pela Anvisa.

Com relação à indústria farmacêutica pública, como é o caso da Fundação do Remédio Popular – FURP, esta apenas atende a demanda de medicamentos adquiridos pelo governo, e, esse fornecimento não se estende às redes privadas de farmácias, e a sua participação neste segmento de mercado não faz parte do seu objetivo estratégico. Esta limitação de fornecimento das indústrias públicas de medicamentos para as redes privadas de farmácias faz com que o programa “Aqui tem Farmácia Popular” conte essencialmente com o fornecimento de medicamentos feito pelas indústrias farmacêuticas privadas e distribuidores dos medicamentos.

O Programa, embora focado nas camadas populares, é universal, atendendo toda a população, independente de sua renda ou origem da receita, podendo ser esta proveniente tanto da rede privada como da rede pública de saúde.

A prioridade é dada à população das classes populares apenas no processo de credenciamento de novas farmácias, em que o período de cadastramento é estendido para todo o ano, priorizando os municípios que fazem parte dos “bolsões de pobreza”. A própria situação de pobreza acaba impactando negativamente na saúde da população, com maior ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, que são a prioridade do Programa Farmácia Popular. O sistema de credenciamento de farmácias particulares no Programa prioriza também os municípios que ainda não possuem farmácias para o atendimento à população.

Com base na pesquisa bibliográfica realizada, o Programa Farmácia Popular tem se mostrado uma iniciativa do governo federal importante para a melhoria do acesso da população aos medicamentos no Brasil, sendo este complementar à assistência farmacêutica oferecida pelas unidades básicas de saúde do SUS, tendo ambos, como principal público-alvo, as famílias das classes menos favorecidas, que ora contam com o governo para subsidiar os medicamentos integralmente em toda a lista do SUS e em medicamentos de diabetes, hipertensão e asma nas farmácias populares, ou, parcialmente no sistema de copagamento, nesses estabelecimentos.

O Programa Farmácia Popular foi idealizado para uma faixa populacional específica, formada por pessoas que não utilizam os serviços do SUS, que possuem planos de saúde de baixa cobertura e rendimento familiar de quatro a dez salários mínimos (BOCAGE, 2014).

Estas pessoas muitas vezes não conseguem adquirir e/ou completar o tratamento com medicamentos devido ao peso que estes representam no orçamento familiar, e, por não utilizarem o SUS, não recebem medicamentos de forma gratuita (BRASIL, 2004).

O Programa Farmácia Popular foi, portanto, idealizado para atender as classes de baixa renda, deixando a cargo de outras estratégias de governo, o atendimento às demais faixas populacionais, como a classe de muito baixa renda, que se beneficiaria da melhoria na gestão e provisão gratuita de medicamentos nas unidades do SUS; a população de renda intermediária se beneficiaria de iniciativas como a política de genéricos ou a inclusão da assistência farmacêutica na saúde suplementar; e finalmente, a faixa de alta renda, para a qual somente o acesso a medicamentos de alto custo estaria comprometido (BOCAGE, 2014).

De acordo com as entrevistas feitas junto aos atores-chave do Programa, este foi considerado importante tanto como alternativa de acesso aos medicamentos, como também para as empresas participantes.

De acordo com o Presidente Executivo do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo - Sindusfarma (2013), que representa as indústrias farmacêuticas do estado de São Paulo, o Programa Farmácia Popular é bom e importante para as indústrias e ao acesso da população aos medicamentos, porém, necessita ser aperfeiçoado para que este seja mais efetivo no acesso e atrativo financeiramente ao segmento industrial da iniciativa privada.

Primeiramente, os valores de referência estabelecidos pelo governo para o ressarcimento das farmácias particulares necessitam, pelo menos, cobrir os custos de produção dos medicamentos, pois nenhuma indústria tem ou terá interesse na venda de produtos com prejuízo financeiro.

Para a indústria farmacêutica, também não é interessante que seus produtos faltem nas farmácias credenciadas ao Programa, pois se a classe médica prescreve o produto e os pacientes não o encontram disponível nas farmácias, no Programa ou fora deste, provavelmente este médico irá, numa próxima vez, prescrever outra marca do medicamento aos pacientes.

Um produto distribuído no Programa, pode também ser vendido na farmácia sem o subsídio do governo, ou seja, no mercado regular, caso o paciente não tenha interesse em aproveitar os benefícios oferecidos, tendo que apresentar a documentação exigida e aguardar a autorização do Ministério da Saúde para a solicitação de retirada dos medicamentos nas

farmácias. A farmácia somente saberá, para cada medicamento da lista, qual o percentual distribuído dentro ou fora do Programa, depois de realizada a venda.

Na opinião do Presidente Executivo do Sindusfarma (2013), para que o Programa não seja descontinuado, será necessário que o governo estabeleça uma real parceria com a iniciativa privada, ou seja, com as indústrias, distribuidores e farmácias, de modo que esta parceria seja financeiramente atrativa para todos. Sugere que seja avaliada a concessão de incentivo fiscal às indústrias farmacêuticas participantes do Programa, oferecendo isenção de ICMS nas vendas de medicamentos, do mesmo modo que acontece nas vendas diretas ao governo, via licitação.

Acredita que o modelo de copagamento deveria ser adotado para todos os medicamentos no Programa, a exemplo de outros países, como a Espanha. Lembra que este modelo de copagamento gera um conflito com profissionais do SUS, que não concordam com este modelo, em razão de o sistema de saúde pública ser considerado universal, princípio baseado na Constituição de 1988, apontando para o Estado o dever de garantir a saúde integral à população, o que inclui a provisão de medicamentos com gratuidade, além destes profissionais também serem avessos ao sistema de saúde privada.

O valor de referência deve ser definido e corrigido, de modo que este seja atrativo financeiramente para a participação das indústrias no Programa. O governo estabeleceu uma média para estes preços, e, desde o início do Programa, estes preços não foram reajustados. Comenta que a gratuidade em alguns medicamentos no Programa somente foi alcançada graças a maiores descontos concedidos pelas indústrias. Lembra que, se os valores de referência ressarcidos ficam defasados, os produtos começam a desaparecer do mercado, pois a indústria não tem condições de vender medicamentos com prejuízo.

Sugere ainda que seja priorizado o atendimento à classe menos favorecida no Programa, para que este seja mais efetivo no acesso da população aos medicamentos. Argumenta que o Brasil não está no mesmo patamar de desenvolvimento econômico e social de países desenvolvidos, onde a assistência farmacêutica é universal, como é o caso da Inglaterra, que é referência em saúde pública. Poderia ser dada prioridade, por exemplo, às receitas médicas provenientes do SUS.

De acordo com o Presidente Executivo da Associação Brasileira de Redes e Farmácias e Drogarias - Abrafarma (2014), o Programa Farmácia Popular é importante para o segmento das farmácias no Brasil, entretanto o governo federal necessita rever a tributação sobre os medicamentos, que representa em torno de 36% do seu preço ao consumidor,

sugerindo que seja concedida, ao menos, a isenção do imposto estadual ICMS às farmácias participantes do Programa.

Estes impostos incidem sobre o preço máximo ao consumidor, porém, os medicamentos distribuídos no Programa, com o benefício da gratuidade, têm valor de venda ressarcido pelo governo inferior a este preço, sendo este valor próximo ao preço de fábrica. Ocorre que, anualmente, este preço máximo ao consumidor é reajustado, acompanhando os índices inflacionários, e, como consequência disso, os valores dos impostos a serem recolhidos acabam aumentando também, o que obriga os varejistas a negociarem descontos junto aos fornecedores cada vez maiores, a fim de não terem prejuízo. Essa situação acaba levando a uma situação de insustentabilidade, uma vez que os valores de referência ressarcidos pelo governo não são corrigidos. Comentou ainda que houve uma tentativa do governo reduzir estes valores ressarcidos às farmácias.

De acordo com a Abrafarma (2014), o governador do estado de São Paulo, Geraldo Alckmin, criou o decreto Nº 57.816, em 27 de fevereiro de 2012, para atrelar a incidência dos impostos sobre o valor de referência dos medicamentos distribuídos no Programa, ao invés de incidir sobre o preço máximo ao consumidor, o que acabou aliviando as farmácias e fornecedores nas despesas com impostos, favorecendo a disponibilidade de medicamentos e seu acesso pela população no estado de São Paulo.

Considera que o Programa atende ao objetivo de melhorar o acesso da população aos medicamentos, porém apresenta limitações de atendimento nos municípios menores, em que estão presentes, em sua maioria, as farmácias de pequeno porte que não têm poder de barganha junto aos fornecedores para a negociação de melhores descontos nas suas compras, dado o baixo volume comercializado nos pontos de vendas, o que acaba enfraquecendo a participação deste importante canal de acesso no Programa. Além do baixo volume comercializado e maior dificuldade nas negociações de descontos, as farmácias de pequeno porte apresentam também limitações, em termos de capital de giro para investimentos em estoques, e estes fatores acabam impactando negativamente na falta de disponibilidade de medicamentos à população neste canal de acesso. Apresentam também baixa capacidade de investimentos em tecnologia da informação, sendo esta necessária para a comunicação entre a farmácia e o Ministério da Saúde para a aprovação do benefício aos clientes, e, estas questões acabam, muitas vezes, inviabilizando a sua participação.

As redes de farmácias, geralmente localizadas nas grandes cidades, têm maior poder de barganha e conseguem negociar melhores descontos junto aos seus fornecedores,

viabilizando a comercialização dos medicamentos, especialmente aqueles oferecidos com gratuidade. Estas redes também possuem uma maior capacidade para investimentos em tecnologia da informação para uma gestão logística eficiente e viabilizando a comunicação com o Ministério da Saúde.

Esta situação acaba representando um paradoxo, pois o Brasil tem um maior número de farmácias de pequeno porte que apresentam maior dificuldade para participarem, afetando principalmente os municípios menores, que não contam geralmente com a presença das grandes redes de varejo para a distribuição dos medicamentos. Esta situação acaba expondo a população destes municípios a problemas de falta de disponibilidade e acesso aos medicamentos.

O Presidente Executivo da Abrafarma (2014) apontou como vantagem do Programa, em relação a outros do governo em assistência farmacêutica, a sua capilaridade geográfica, com uma ampliação da disponibilidade de medicamentos através da integração com as redes privadas de farmácias, que têm em geral longos anos de experiência em gestão empresarial e logística para a distribuição de medicamentos.

Como fatores críticos de sucesso, apontou a necessidade de revisão do imposto sobre medicamentos para oferecer isenção, ao menos do ICMS, aos participantes do Programa e também a necessidade de uma gestão eficiente dos estoques para uma maior disponibilidade dos produtos aos pacientes nas unidades básicas de saúde do SUS. Concordou com a necessidade de melhoria da atratividade financeira aos participantes, com a revisão dos valores de referência ressarcidos pelo governo às farmácias. Apontou também para a necessidade do governo ampliar a verba destinada ao Programa.

De acordo com uma rede de farmácias participante, com atuação na cidade de São Paulo, este é considerado importante como uma política pública de acesso aos medicamentos, e, aponta que os respectivos custos, parcialmente ou integralmente pagos pelo governo, beneficiam principalmente as classes populares.

O Programa é considerado muito importante para as farmácias particulares, que o consideram extremamente bem sucedido, pois possibilita ao consumidor uma forma fácil e prática de adquirir seus remédios. Como resultado desta política existe uma maior adesão aos tratamentos pelos pacientes, o que resulta, por sua vez, na diminuição dos casos de internações hospitalares.

Com relação ao público consumidor dos medicamentos no Programa, afirma que estes são utilizados por todas as classes sociais, que estão cientes de seus direitos, portanto,

atende à população como um todo e não somente os mais carentes, confirmando-se, portanto, o seu caráter universal.

Uma outra rede de varejo, também com atuação na cidade de São Paulo, considera o Programa Farmácia Popular importante como alternativa de acesso aos medicamentos, pois aumenta a aderência aos tratamentos e reduz as necessidades de internações, com economia nos gastos em saúde pública. O Programa também é considerado importante para a empresa, pois aumenta o fluxo de consumidores nas lojas, que vão retirar os medicamentos no Programa e acabam comprando outros produtos. Portanto, o Programa é atrativo para a empresa como uma estratégia de marketing para o crescimento nas vendas e como diferencial competitivo frente à concorrência.

A Farmácia Popular traz às farmácias um novo segmento de mercado, constituído pela população das classes populares, que passou a ser consumidora das farmácias particulares através do Programa, entretanto, acredita que o ideal é que ele continue sendo direcionado a todas as classes sociais, ou seja, continue seguindo o princípio da universalidade, conforme previsto na Constituição de 1988.

Em termos de rentabilidade financeira, o Programa não foi considerado interessante, especialmente para os produtos distribuídos na gratuidade, mas apenas para os medicamentos distribuídos no sistema de copagamento, em que os clientes pagam o valor complementar no preço final. Comenta que não existe nenhum incentivo fiscal para as farmácias particulares participarem do Programa.

Na opinião da Profa. Dra. Regina Giffoni Marsiglia, docente do Depto de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo e do programa de Estudos pós Graduados em Serviço Social da PUCSP, o Programa Farmácia Popular representa mais uma ação do governo federal para tentar cobrir uma deficiência no atendimento da assistência farmacêutica nas unidades básicas de saúde do SUS, que devem fornecer medicamentos gratuitamente à população.

Acredita que o Programa foi criado com o objetivo de dar maior visibilidade ao governo frente à população e que a imagem de Programa inovador não reflete a realidade: antes dele, o governo já distribuía uma lista de medicamentos essenciais, baseada na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), gratuitamente à população através das unidades básicas de saúde do SUS; e, mesmo antes da aprovação do SUS na Constituição Federal de 1988, já havia a Central de Medicamentos – CEME no Ministério da Saúde: criada em 1971 com o objetivo de melhorar o acesso aos medicamentos através do sistema público

de saúde, vários desses medicamentos eram produzidos pela FURP (Fundação para o Remédio popular). Em São Paulo, um outro exemplo, em 1995, a Secretaria de Estado da Saúde ampliou o número de medicamentos a serem distribuídos, através do programa “Dose Certa”.

Apontou como vantagem do Programa, a facilidade da distribuição de medicamentos nas farmácias particulares, alcançando inclusive municípios menores e mais remotos do Brasil, já que a rede de farmácias particulares no país é bem mais extensa e descentralizada do que as unidades de serviços públicos de saúde. Considera o Programa Farmácia Popular, assim como os medicamentos genéricos, ambos de baixa tributação e o último, livre do pagamento de patentes, vem atender principalmente outra camada da população, com algum poder de compra, que não depende apenas do atendimento do sistema público de saúde e nem da distribuição gratuita de medicamentos nas suas unidades básicas de saúde, considerando-se que no Programa Farmácia Popular, os medicamentos são distribuídos no sistema de copagamento aos clientes das farmácias. O governo não necessitaria criar este Programa, tendo a lista do SUS a grande vantagem da gratuidade para todos os medicamentos distribuídos à população, conforme previsto na legislação do SUS.

Outra vantagem das unidades básicas de saúde do SUS é que estas oferecem atendimento aos pacientes em seus próprios domicílios, através dos agentes comunitários e do programa “Saúde da Família”, e este apoio é dado apenas nas unidades básicas de saúde do SUS, sem contar que na administração municipal de São Paulo, foi implantado na última década o programa “Remédio em Casa”.

O programa “Remédio em Casa” da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo consiste na entrega domiciliar de medicamentos em quantidades suficientes para o período de 90 dias, para portadores de doenças crônicas, estáveis e controlados clinicamente, e, em acompanhamento nas Unidades de Saúde do SUS. Os principais objetivos do programa são a garantia do acesso mais efetivo aos medicamentos e organização do atendimento contínuo aos pacientes com doenças crônicas.

Alguns marcos na história do programa:

12/07/05 – Implantação para atender os portadores de Hipertensão arterial (HA) e/ou Diabetes mellitus (DM). A implantação aconteceu conforme planejamento estratégico, com treinamento dos funcionários e gerentes das unidades para conhecimento e utilização do sistema de informação gerencial do programa (Gestão de Sistemas em Saúde – GSS do

programa “Remédio em Casa”);

13/07/09 - Ampliação através do atendimento aos portadores de Dislipidemia, com a inclusão da Sinvastatina (estatina/redução de colesterol) com o objetivo de contribuir na prevenção de doenças cardiovasculares;

18/01/10 – Ampliação com a disponibilização aos portadores de Diabetes mellitus: Gliclazida 30 mg e Metformina 500 mg;

12/07/10 – Ampliação – Disponibilização aos portadores de Hipotireoidismo de Levotiroxina 25 mcg; 50 mcg e 100 mcg. Os portadores de Hipertensão; Diabetes e Dislipidemia que utilizam este medicamento também serão beneficiados;

01/03/11 – Ampliação com a disponibilização de Sinvastatina 10 mg para portadores de Dislipidemia e Losartana potássica 50 mg para os portadores de Hipertensão arterial.

A lista dos medicamentos distribuídos no programa “Remédio em Casa” é disponibilizada pelo Ministério da Saúde (3).

Por outro lado, de acordo com a Profa. Dra. Regina Giffoni Marsiglia (2013), a Farmácia Popular tem sido interessante também para as indústrias farmacêuticas, pois amplia o acesso e consumo de medicamentos a outros segmentos da população, e mesmo a indústria, com margens de lucro mais reduzidas, acabam compensadas pelo volume de produtos comercializados nas farmácias. Esta integração entre o Estado e as indústrias farmacêuticas, de certa forma, revela uma contradição entre o discurso e a prática, já que o governo atual da Presidente Dilma Rousseff, e em continuidade ao governo anterior do então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, tem questionado a privatização da saúde no Brasil. Outra contradição atual, de acordo com a entrevistada, foi o fato do governo e sua base aliada, terem se posicionado contra a PEC que definia em 10% o percentual dos recursos do Tesouro Nacional a serem destinados à saúde, conforme vinha se preconizando na implantação do SUS: em 2013, essa destinação gira em torno de apenas 4% a 5%, o que tem deixado o SUS em situação de sucateamento em muitas áreas e em níveis de atenção.

Algumas entidades na área de saúde pública, a Associação Brasileira de Economia da Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Associação do Ministério Público de Defesa da Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Associação Paulista de Saúde Pública, Grito dos Excluídos/as Continental, Instituto de Direito Sanitário Aplicado, Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e a Associação Brasileira de Saúde Mental encaminharam ao governo federal um “Manifesto” da população brasileira, em

favor de melhor qualidade nos serviços públicos, com ênfase nos serviços de saúde, pois estes serviços não têm sido considerados prioritários na agenda governamental, e, desde o início da implantação do SUS, os seus serviços sofrem a situação de subfinanciamento crônico. Este manifesto está posicionado contra os dispositivos da PEC 358/2013 que alteram o financiamento federal do SUS, previsto desde a Constituição federal de 1988. O manifesto, conhecido como “*Saúde +10*”, de iniciativa popular e subscrito por 2,2 milhões de brasileiros, foi elaborado e submetido ao Congresso Nacional, onde tramita desde junho de 2013. Tal projeto contempla a ampliação dos recursos públicos, especialmente por parte da União, indicando que esse nível de governo aplique valores iguais a 10%, no mínimo, de sua Receita Corrente Bruta (RCB) na área de saúde. Se aprovado, esse projeto permitiria ao SUS contar com um acréscimo, para aplicar em ações e serviços públicos de saúde, correspondente a 0,8% do PIB. Ainda que não resolva por completo o subfinanciamento crônico da saúde pública no Brasil e as necessidades dessa política de Estado, representa medida importante para a melhoria das condições de oferta de ações e serviços de saúde e, em última instância, para a sobrevivência do SUS.

No entanto, negociações entre o governo federal e o parlamento buscaram inviabilizar essa iniciativa por meio da inclusão de dispositivos que alteram o financiamento federal do SUS em uma PEC que tramitava no Congresso. A PEC 358/2013, cujo objeto era a alteração dos arts. 165 e 166 da Constituição Federal, visava tornar obrigatória a execução da programação orçamentária relativas às Emendas Parlamentares, razão pela qual ficou conhecida como a “PEC do Orçamento Impositivo”. Recebeu, no Senado, como resultado de negociações com a base do governo, acréscimo de artigos referentes a mudanças no art. 198 da CF/88 que estabelecem alteração dos montantes e do processo de financiamento da saúde pela União introduzidos quando da aprovação da EC 29 em 2000, suprimindo importante parágrafo que determinava que lei complementar deveria avaliar e rever tais valores a cada cinco anos.

Os Art. 2º e 3º desta PEC são os que impactam mais diretamente no financiamento da saúde. O artigo 2º altera o percentual e a base de cálculo prevista no Saúde +10, para definição do piso de recursos federais para o SUS: ao invés de valores iguais a 10% da Receita Corrente Bruta (RCB), passa a ser 15% da Receita Corrente Líquida (RCL). Além disso, o piso seria alcançado de forma escalonada em cinco anos, isto é, 13,7% da RCL, para o primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa PEC, até alcançar 15% da mesma, no quinto exercício financeiro. Como a RCL é um agregado menor, isto resultará

um acumulado de recursos, em cinco anos, de apenas R\$ 64,2 bilhões, enquanto o Projeto *Saúde + 10* corresponderia a um acumulado de R\$ 257,1 bilhões no mesmo período. Além da redução no montante, esse artigo introduz rigidez a essa decisão, pois ao levar para o texto constitucional a definição do montante a ser aplicado pela esfera federal, que, pela atual legislação, é estabelecido por lei complementar, torna muito mais difícil e demorada qualquer revisão desses valores, pois emendas constitucionais implicam a exigência de quórum qualificado, de maioria de 3/5, e dois turnos de votação em cada uma das Casas legislativas, Câmara dos Deputados e Senado Federal.

O art. 3º representa outro golpe destinado a reduzir o gasto federal em saúde, pois estabelece que, contrariamente ao que determinou a Lei 12.858/2012 quanto à aplicação dos Royalties do Petróleo, “*as despesas com ações e serviços públicos de saúde custeados com a parcela da União oriunda da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural (...) serão computadas para fins de cumprimento do disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal*”. Ou seja, esses recursos deixarão de ser adicionais, conforme determina o Art. 4º da Lei 12.858/2012, e serão computados para o cumprimento do novo mínimo obrigatório estipulado no texto, substituindo aportes de recursos orçamentários da União estabelecidos como piso do financiamento federal da saúde.

Ao mesmo tempo, exatamente por se saber que os valores definidos pela PEC 358 são absolutamente insuficientes para o financiamento da saúde e para a consolidação do SUS, governo e Congresso Nacional se unem para duas iniciativas que encontram forte rejeição da população: a abertura indiscriminada do setor ao capital externo, que não tem respaldo na Constituição Federal de 1988, sendo, pois, inconstitucional por se tratar de projeto de lei de conversão de medida provisória e não de emenda à constituição, e, a discussão sobre a criação de tributo especial para a saúde, conforme foi a CPMF que, por empenho pessoal do então Ministro da Saúde Adib Jatene, foi aprovada pelo Congresso Nacional para em seguida ter parte substantiva de sua arrecadação destinada a outras áreas que não a saúde e ser, progressivamente, transformada em fonte substitutiva e não adicional de recursos para o setor.

Essas entidades de classe manifestaram o seu repúdio à forma de financiamento proposta pelos artigos 2º e 3º da PEC 358/2013, que não assegura à saúde pública recursos absolutamente necessários ao seu funcionamento, e reafirmam a prioridade da Saúde para todos os brasileiros, com ampliação dos recursos destinados ao SUS, o que exige a aprovação imediata do Projeto de Lei de Iniciativa Popular que destina 10% da receita corrente bruta da

União à saúde (ABRES & CEBES & AMPASA & ABRASCO & APSP & GRITO DOS EXCLUÍDOS(AS) CONTINENTAL & IDISA & REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS & ABRASME, 2013).

O Presidente Executivo da Abrafarma (2014) também apontou para a questão da falta de disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde do SUS, dada a ineficiência na gestão logística dos medicamentos nestas unidades, e esta deficiência acaba expondo a população à problemas de falta de disponibilidade de medicamentos nessas unidades básicas de saúde, que por consequência, impacta negativamente num aumento do processo de judicialização da assistência farmacêutica, onerando ainda mais o sistema de saúde pública no Brasil.

De acordo com a Coordenadora do Programa Farmácia Popular nos anos de 2006 a 2007 (2014), tendo participado da sua fase de planejamento e formulação da estratégia inovadora de integração do governo com as farmácias particulares na distribuição de medicamentos no Programa, este foi lançado com o objetivo de ser uma alternativa à assistência farmacêutica pública oferecida nas unidades básicas de saúde do SUS para a distribuição de medicamentos essenciais gratuitamente à população, tendo como prioridade, a melhoria do acesso aos medicamentos e não a sua gratuidade, operando no sistema de copagamento, e, em integração com a iniciativa privada. Acredita no modelo de copagamento como um fator moderador importante, com foco na remuneração do serviço prestado nas farmácias à população.

A Coordenadora do Programa Farmácia Popular nos anos de 2006 a 2007 (2014) comenta que, no Brasil, o preço dos medicamentos é muito elevado e o Programa vem de encontro à necessidade de torná-los mais acessíveis à população, oferecendo preços mais baixos aos consumidores através do sistema de copagamento nas farmácias, sendo que o preços são parcialmente ou integralmente subsidiados pelo governo, ficando a diferença no preço final dos medicamentos a cargo dos consumidores. A preferência foi dada aos genéricos, por estes terem preços mais baixos do que os medicamentos de referência.

As Farmácias Populares têm a vantagem de oferecerem maior capilaridade geográfica e facilidade de acesso aos medicamentos pelos pacientes nas farmácias.

Inicialmente, o Programa se limitou à distribuição de medicamentos nas farmácias próprias do governo, em que as compras são centralizadas pela Fiocruz. No entanto, este modelo apresenta deficiências nas operações logísticas e um custo elevado, tanto para a implantação de novas farmácias como para a sua manutenção. Este modelo, porém, tem maior

solidez por ter sido estabelecido por decreto, enquanto que os outros modelos de farmácias, em parceria com os estados e municípios e farmácias particulares, foram estabelecidos através de portarias.

O Programa visa retirar o monopólio das unidades básicas de saúde do SUS para a distribuição de medicamentos, pois este sistema de distribuição apresenta falhas graves, como por exemplo, a falta de assistência farmacêutica em algumas unidades, logística ineficiente, com falhas no planejamento da demanda por medicamentos para o atendimento às necessidades da população no momento e nas quantidades necessárias, com impacto negativo na falta de disponibilidade de medicamentos nestas unidades, além deste sistema também apresentar falhas gerenciais, especialmente em seus controles financeiros e dos estoques dos medicamentos, com problemas de desvios de recursos que deveriam estar sendo destinados ao atendimento da população, deteriorando portanto todo o sistema de distribuição.

A proposta de operar em integração com o setor privado melhora esta perspectiva de acesso, pela vantagem da sua gestão logística eficiente, com forte investimento em tecnologia da informação e longa experiência em gestão de farmácias e apontou também, como vantagem, uma maior capilaridade geográfica para o acesso aos medicamentos pela população nas farmácias.

O fornecimento de medicamentos por laboratórios públicos nunca foi suficiente para atender toda a necessidade de medicamentos no Programa, que tem contado com o fornecimento feito pelas indústrias farmacêuticas privadas para o suprimento dessa demanda. O processo de produção dos medicamentos necessita de cuidados especiais para evitar, por exemplo, a contaminação dos produtos, representando um fator limitante para o uso de um mesmo maquinário para a produção de diversas classes de medicamentos.

Acredita que o Programa, sendo uma política de saúde pública, deve continuar sendo universal, oferecendo o benefício a toda a população, independente da sua renda.

Foram apontadas algumas experiências bem sucedidas de assistência farmacêutica pública em outros países como:

- França: O consumidor solicita o reembolso dos medicamentos adquiridos nas farmácias, com base em valores de tabela pré-estabelecidos pelo governo para estes reembolsos;

- Canadá: Os medicamentos são custeados pelo governo e o consumidor paga a diferença no preço relativa ao serviço da assistência farmacêutica prestado na farmácia,

operando no modelo de copagamento;

- Austrália: também trabalha com o sistema de copagamento;
- Colômbia: Os convênios de saúde oferecem uma cesta básica de medicamentos gratuitos, para as patologias de diabetes, hipertensão e outras doenças crônicas que requerem tratamento de uso contínuo;

O Presidente Executivo da Abrafarma (2014), também apontou para as políticas públicas de assistência farmacêutica à população em outros países da Europa, Ásia e EUA onde os consumidores possuem 100% de subsídio para a aquisição dos medicamentos nas farmácias, tanto por parte do governo como pelos planos de saúde particulares, exigindo para tanto, a apresentação da receita médica para a obtenção dos reembolsos, incentivando os pacientes às consultas médicas para a prescrição de seus tratamentos. Estima-se que nestes países 85% dos medicamentos adquiridos nas farmácias sejam 100% subsidiados dessa forma e, apenas os 15% restantes, não possuem nenhum tipo de reembolso aos medicamentos, por serem medicamentos que não necessitam da apresentação de receitas médicas para a sua dispensação nas farmácias.

No Brasil, ao contrário destes países, estima-se que 85% dos medicamentos são adquiridos nas farmácias sem nenhum tipo de subsídio concedido aos pacientes.

Na minha opinião, como o acesso aos medicamentos é considerado um direito universal, com base na Constituição Federal de 1988, o Programa deve manter o princípio da universalidade, oferecendo o benefício a toda sociedade, independentemente da renda ou origem da receita médica; no entanto, o Programa deveria concentrar-se na distribuição de medicamentos no sistema de copagamento, concentrando-se no público alvo proposto para o Programa, que são os pacientes usuários do sistema particular de saúde que apresentam dificuldades em adquirir os medicamentos no mercado regular para a adesão aos tratamentos.

O benefício da gratuidade, lançado no programa “Saúde Não Tem Preço” em 2011, no mandato da então Presidente da República Dilma Roussef, a longo prazo, na minha opinião, nos termos propostos pelo governo quanto aos valores de referência e impostos sobre medicamentos, tem sustentação econômica muito frágil, no modelo de integração com as farmácias particulares credenciadas ao Programa. Acontece que os valores de referência ressarcidos pelo governo são muito baixos e sem perspectiva de correção dos valores de acordo com os reajustes nos preços dos medicamentos. Esta situação, somada aos valores crescentes dos impostos, tende a inviabilizar a sua distribuição com gratuidade nas farmácias

particulares, pois nem a indústria e nem o varejo têm interesse em comercializar produtos no Programa com prejuízos financeiros.

O foco do Programa, conforme proposto inicialmente, deveria ser a ampliação do acesso da população aos medicamentos e não a sua gratuidade, sendo este benefício oferecido pelo Estado aos pacientes usuários do sistema público de saúde, nas unidades básicas de saúde do SUS.

O governo deveria buscar, portanto, uma melhoria na assistência farmacêutica prestada à população nas unidades básicas de saúde do SUS, podendo priorizar o atendimento à classe popular, com receitas médicas provenientes do SUS para a obtenção do benefício da gratuidade, e atendendo à população que não depende desta gratuidade, mas tem alguma condição financeira de adquirir seus medicamentos nas farmácias particulares, através do Programa Farmácia Popular, no sistema de copagamento.

Um exemplo dessa estratégia de assistência farmacêutica ao público prestada pelo governo, a partir do dia 18 de agosto de 2014, é a rede de farmácias básicas do SUS de Ituiutaba, município de Minas Gerais, que passou a atender somente as pessoas que apresentassem receitas prescritas por profissionais no exercício regular de suas funções no SUS.

De acordo com a Prefeitura deste município, a ação tem como objetivo melhorar e ampliar o atendimento, priorizando os usuários do SUS. Porém, os pacientes que tiverem receita proveniente da rede particular de saúde, poderão retirar os remédios nas farmácias populares do governo ou ainda na rede de farmácias e drogarias particulares participantes do programa “Aqui tem Farmácia Popular” (Triângulo Mineiro, 2014).

Os usuários do Programa com receitas provenientes do sistema público de saúde geralmente recorrem ao Programa Farmácia Popular pelas deficiências encontradas nas unidades básicas de saúde do SUS, sendo a principal delas, a ineficiência na gestão pública e na logística dos medicamentos, com impacto negativo na falta de disponibilidade de medicamentos à população. Os problemas de desvios de medicamentos e recursos públicos no sistema acabam agravando ainda mais esta situação, o que leva muitas vezes a população a buscar as farmácias particulares, credenciadas ao Programa, pela garantia da disponibilidade e acesso aos medicamentos, mesmo que tenham que pagar uma parcela nos preços para a sua aquisição no sistema de copagamento.

O Sistema Único de Saúde – SUS foi criado para executar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, obedecendo aos princípios da universalidade, igualdade e

integralidade do acesso às ações e serviços. Observa-se na assistência farmacêutica uma lacuna de dez anos entre o estabelecimento do SUS e as iniciativas para a efetivação dessa assistência como área de atuação do sistema. O seu reconhecimento se deu na elaboração da diretriz constitucional de integralidade das ações e serviços de saúde.

Sendo assim, a gestão do sistema é realizada pelas três esferas de governo: municipal, estadual e federal, com compartilhamento das responsabilidades e do financiamento.

A inclusão da assistência farmacêutica na agenda do governo federal se deu apenas a partir de 1998, resultando na publicação da Política Nacional de Medicamentos. A partir de então, o Ministério da Saúde intensificou a estruturação de programas de assistência farmacêutica, com o objetivo de melhorar o acesso da população aos medicamentos, seja por meio de aquisição direta e envio desses medicamentos aos municípios, seja pelo repasse de recursos financeiros aos municípios para a aquisição dos medicamentos.

Apesar dos esforços de melhorias na assistência farmacêutica, na sua logística e qualificação, muitos problemas ainda comprometem a qualidade dos serviços farmacêuticos do SUS.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS mostrou que ainda é preciso investir em melhorias. Segundo esse estudo, a disponibilidade em estoque dos principais medicamentos foi de 73% nas unidades de saúde, 76% nas centrais de abastecimento farmacêutico municipais e 77% nas estaduais. Este resultado mostrou que, mesmo os medicamentos considerados imprescindíveis, não estavam disponíveis nos serviços para o atendimento integral da demanda populacional. Outro dado importante diz respeito à porcentagem dos medicamentos prescritos, dispensados ou administrados, que foi de 66% nas unidades de saúde, indicando que, ou estes medicamentos não estavam disponíveis, ou os prescritores não aderiram à lista de medicamentos selecionados para os serviços de saúde.

Confirmando estes resultados, o Banco Mundial realizou um estudo sobre governança do SUS e afirmou, em seu relatório publicado em 2007, que a gestão logística de medicamentos absorve cerca de 20% dos recursos financeiros na área de saúde, podendo ser a causa principal de sua ineficiência e perdas. O relatório também aponta que existem deficiências que comprometem a qualidade dos serviços, atribuídas a problemas de gestão e à ineficiência no uso dos recursos (VIEIRA, 2008).

No período de agosto de 2004 a julho de 2006, a Controladoria Geral da União –

CGU realizou um trabalho de fiscalização em 660 municípios, obtendo resultados junto a uma amostra de 597 deles, representando 10,7% dos municípios brasileiros. Foram fiscalizados municípios de até 500 mil habitantes, sendo excluídas as capitais. Considerando o universo total de 5.564 municípios brasileiros, apenas 35 possuem mais de 500 mil habitantes e, desses, 20 são capitais dos estados e Distrito Federal. Vale lembrar que os municípios com mais de 500 mil habitantes possuem uma rede de serviços de saúde e assistência farmacêutica bastante complexa, servindo de referência aos municípios de pequeno e médio porte. A não inclusão destes municípios nas fiscalizações da CGU implica na desconsideração de municípios importantes, do ponto de vista da complexidade da oferta, o que pode gerar dificuldades adicionais de gestão. Outras pesquisas necessitam estudar portanto este universo.

O percentual de municípios com problemas dimensiona as dificuldades ainda existentes no SUS, na oferta de serviços farmacêuticos com a qualidade necessária para garantir o acesso à população. Menos de 10% destes municípios mostraram-se adequados, ficando evidente que tarefas básicas de gestão não estão sendo realizadas a contento.

Os resultados indicam que 71% dos municípios apresentaram controle de estoque ausente ou deficiente e em 39% deles foram observadas condições inadequadas de armazenamento, refletindo falhas graves em gestão. A ausência ou deficiência de programação e controle de estoque indica que a aquisição de remédios é realizada sem a utilização de parâmetros concretos para a mensuração da oferta conforme a demanda. Com isso, os remédios podem ser adquiridos ou em quantidades muito superiores ao necessário, incorrendo em perdas e desperdícios de recursos públicos, pela necessidade de descartar produtos com prazos de validade vencidos, ou em quantidades muito inferiores, prejudicando o acesso da população aos medicamentos.

Foi verificada a falta de medicamentos em 24% dos municípios. Um estudo recente mostrou que no município de São Paulo, 62% dos medicamentos demandados através de ações judiciais constavam na lista de medicamentos essenciais.

Outra consequência da falta de programação e controle de estoque consiste na ineficiência do uso dos recursos públicos. Em 13% dos municípios foram encontrados produtos vencidos. Essas perdas podem ser agravadas pelas condições inadequadas de armazenamento, situação observada em 39% dos municípios.

Questões mais graves, como fraudes e desvios de recursos, foram identificadas em aproximadamente 5% dos municípios fiscalizados. Os maiores percentuais de fraudes e desvios foram relatados em municípios das regiões Nordeste (9%) e Norte (6.8%) e de falta

de medicamentos também, tendo o Nordeste um percentual de 30,3%, o Centro-Oeste um índice de faltas de 28,9% e o Norte 25%.

O estabelecimento de programação e controle eficiente dos estoques são determinantes para evitar a falta de medicamentos, mais do que a alocação adequada dos recursos no programa (VIEIRA, 2008).

De acordo com dados divulgados pela Fiocruz (2014), gestora das farmácias próprias do governo e em parceria com os estados e municípios, a maior parte do público consumidor das farmácias do governo no estado de São Paulo, somando 51% destas receitas, está representada pelos clientes provenientes da rede pública de saúde, com atendimento feito nas unidades do SUS e entidades filantrópicas, como e o caso das Santas Casas, ficando o restante das receitas, em torno de 49%, provenientes do sistema particular de saúde e de convênios médicos. Na capital do estado, cresce a proporção das receitas provenientes do sistema de saúde particular, somando aproximadamente 59.7% destas receitas, ficando os 40.3% restantes provenientes do SUS e entidades filantrópicas. Vale lembrar que estes dados representam apenas uma amostra das receitas encaminhadas nas farmácias do governo, pois estas informações são compiladas manualmente por funcionários nas farmácias, sendo um processo sujeito a falhas.

Tabela 4: Número de receitas por origem de atendimento médico de saúde particular & saúde pública nas farmácias do governo

UNIDADES FPB	QUANTIDADES E ORIGENS DAS RECEITAS MÉDICAS				
	Pública (SUS)	Convênio	Filan.	Privada	Total
Capital	1.125.506	172.928	44.945	1.555.144	2.898.523
Total no Estado	5.270.773	1.043.318	363.975	4.374.587	11.052.653
% Origem na Capital	38.8	6.0	1.5	53.7	100.0
% Origem no Estado	48.0	9.0	3.0	40.0	100.0

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz, dados consolidados de 2004 a maio de 2014;

Estes dados comprovam a ocorrência de uma distorção na proposta inicial do governo para o Programa Farmácia Popular, que tem como objetivo oferecer medicamentos essenciais a mais baixo custo, beneficiando prioritariamente as famílias da classe popular com atendimento médico feito pela rede particular de saúde, porém que encontram dificuldades para adquirir os medicamentos no mercado regular.

Os elevados percentuais de receitas provenientes do SUS sinalizam deficiências na provisão pública de medicamentos, que levam a população a buscar estes produtos nas farmácias populares, mesmo que tenham que pagar uma parcela no preço destes medicamentos nas farmácias, no sistema de copagamento.

De acordo com o Secretário Geral da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2015), a principal reclamação quanto ao serviço de assistência farmacêutica prestado nas unidades do SUS é a falta de remédios disponíveis nessas unidades à população.

Nas entrevistas feitas com Conselheiros de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2015), foi possível confirmar este comportamento dos usuários do sistema de saúde do SUS, que buscam as farmácias populares por não encontrarem os remédios disponíveis nessas unidades ou pela facilidade de acesso para a sua retirada com descontos, sendo esses preços mais acessíveis aos pacientes. As farmácias populares, em geral, oferecem a garantia da disponibilidade dos remédios aos seus clientes no momento em que necessitam.

Quando os pacientes não encontram os medicamentos disponíveis numa unidade do SUS, esta disponibiliza o telefone da ouvidoria da coordenadoria regional para que o usuário possa entrar em contato para obter a sua ajuda na localização de outra unidade que tenha a disponibilidade para a sua retirada. Se a supervisão da regional não consegue localizar outra unidade para este atendimento, esta solicita o apoio da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

De acordo com os Conselheiros de Saúde, os usuários podem retirar os medicamentos em apenas uma unidade de atendimento do SUS e esta retirada é mensal, não sendo permitida a retirada da quantidade total de medicamentos para o período da receita médica. Antes de existir esta restrição, havia casos em que os usuários retiravam quantidades extras de medicamentos para manterem estoques em suas casas, para situações de emergência, e até mesmo, em alguns casos, os revenderem a outros pacientes no “mercado paralelo”. A estocagem de medicamentos pelo receio de futuras faltas, por exemplo, implica em riscos para a saúde pública e desperdício financeiro, devido à perda destes produtos por prazos de validade vencidos. Quanto à possibilidade de se priorizar um segmento específico da sociedade para a dispensação dos medicamentos, acreditam que esta priorização não seria viável, dada a tendência de judicialização da saúde, considerando-se que o acesso aos medicamentos é um direito universal, garantido pela Constituição de 1988.

Do mesmo modo, de acordo com a Gerência de uma unidade básica de saúde do SUS no município de São Paulo (2015) indicada por um Conselheiro de Saúde, os medicamentos

da Farmácia Popular são geralmente também encontrados no posto do SUS, e, somente encaminha os pacientes às Farmácias Populares quando os mesmos não se encontram disponíveis à população na unidade pública de dispensação, o que gera uma insatisfação por parte dos pacientes que preferem ser atendidos pelo SUS, pela provisão dos medicamentos ser gratuita, enquanto que nas farmácias populares, a aquisição dos medicamentos é paga com desconto, no sistema de copagamento, com exceção dos indicados para o tratamento de diabetes, hipertensão e asma. Além disso, no SUS, os pacientes podem usufruir do programa “Remédio em Casa” para a sua entrega em domicílio.

A retirada de medicamentos no SUS é feita mediante a apresentação do cartão SUS e de receita médica com validade de seis meses. As receitas podem ser provenientes tanto do sistema privado de saúde, como do sistema público, mas os fármacos devem ser discriminados nas receitas pelos seus princípios ativos.

Diante das observações apontadas pela Secretaria Geral, Conselheiros de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Gerência de unidade básica do SUS, fez-se necessário ter uma melhor compreensão sobre o modelo de gestão da assistência farmacêutica e logística adotada pela Secretaria da Saúde em São Paulo, identificando as principais razões pelas quais os pacientes, usuários do SUS, não encontram os medicamentos disponíveis nessas unidades de dispensação pública, o que os leva a buscarem o Programa Farmácia Popular pela garantia de sua disponibilidade nas farmácias.

De acordo com a Coordenadora da Área Técnica de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2015), não existe uma política de complementariedade entre as listas de remédios dispensados nas unidades do SUS e no Programa Farmácia Popular, pois praticamente, todos os remédios da Farmácia Popular estão na lista do SUS e existe uma sobreposição destes medicamentos, sendo este aspecto um ponto de discussão importante, para que estas listas sejam melhor equalizadas entre os programas de governo. Atualmente, no município de São Paulo, existem 12 Farmácias Populares, gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Fiocruz, e estas farmácias municipais apresentam uma demanda fraca por medicamentos pela população. A Fiocruz é responsável pela compra e reabastecimento dos remédios nessas farmácias, e, o município recebe, mensalmente, 12 mil reais do governo federal, para auxiliar nos custos de manutenção. Os custos de instalação das farmácias ficam a cargo do governo federal.

Comentou que existem problemas crônicos de falta de medicamentos essenciais nas unidades do SUS; as compras são feitas pelo município mediante processo de licitação, e,

existem muitas razões para essas faltas. O município é suprido pelos laboratórios e distribuidores, e, atualmente existem aproximadamente 2 milhões de prescrições ao mês, ou seja, 2 milhões de medicamentos prescritos e dispensados à população. Sugeriu que levantasse as principais razões da falta do produto nas unidades do SUS junto ao responsável pela Gestão Logística no município de São Paulo.

A verba atual destinada à assistência farmacêutica do SUS não é suficiente para atender à demanda da população; por este motivo, a assistência farmacêutica pública do SUS trabalha por prioridades no atendimento às classes de medicamentos. Lembrou que o SUS de São Paulo também atende a população de outros municípios, tanto da rede particular como pública de saúde, o que dificulta ainda mais o planejamento para o atendimento da demanda por medicamentos nessas unidades do SUS.

Para que a assistência farmacêutica nas unidades do SUS se torne mais efetiva à obtenção de remédios pela população, sugeriu, como opinião pessoal, rediscutir a questão da sobreposição dos produtos entre as unidades básicas do SUS e o Programa Farmácia Popular e apontou para a necessidade de melhor planejamento na definição dos elencos de remédios entre estes programas para que estes sejam, de fato, complementares. Afirmou que esta complementariedade existe apenas na “cobertura das deficiências” da provisão pública de medicamentos no SUS, orientando a população a buscar os remédios em falta nessas unidades básicas nas farmácias populares e unidades do programa “Dose Certa”.

Não existe nenhum estudo ou proposta de governo para priorizar segmentos sociais específicos na assistência farmacêutica pública, pois o SUS é universal; entretanto, apontou, como opinião pessoal, que seria importante priorizar os pacientes usuários do sistema público de saúde, uma vez que a verba é insuficiente para atender toda a população.

Outro ponto de atenção importante é que, em países desenvolvidos, como é o caso da Inglaterra, a lista de medicamentos essenciais fornecida pelo Estado, serve de parâmetro para a concessão de medicamentos através de ações judiciais, o que não acontece no Brasil. Acredita que deveriam encaminhar os pacientes usuários da rede particular de saúde às farmácias populares, priorizando a assistência farmacêutica do SUS aos pacientes usuários do sistema público de saúde.

De acordo com o Diretor da Divisão Técnica de Suprimentos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2015), a armazenagem e distribuição de produtos é feita por empresa terceirizada, a Saúde Log, com o apoio de uma equipe da Secretaria Municipal de Saúde no próprio local do armazém em São Paulo, o CDMEC – Centro de Distribuição de

Medicamentos e Correlatos. A Saúde Log efetua o reabastecimento dos fármacos em aproximadamente 700 unidades de atendimento da prefeitura, incluindo as Unidades Básicas de Saúde, sendo em torno de 400 unidades, as AMA's – Assistência Médica Ambulatorial 136 e as CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, em torno de 100. A reposição é feita diariamente, na quantidade de 80 unidades por ítem da lista, a cada 8 dias úteis, seguindo a um cronograma de reabastecimento nas unidades, ou seja, este acontece no mínimo duas vezes por mês.

As necessidades de reabastecimento dos ítems são definidas pelas unidades, que enviam as quantidades de reposição para a Secretaria Municipal de Saúde para a sua consolidação e elaboração do planejamento da demanda para o período de um mês, com o apoio de um sistema de informação.

O controle dos estoques é feito nas próprias unidades, quando os medicamentos são dispensados aos pacientes, atualizando as informações de quantidades e ítems dispensados nessas unidades, mas as saídas dos estoques não seguem uma prioridade aos ítems com data de validade mais próxima do vencimento. Os medicamentos controlados já possuem maior rigor nos controles e maior detalhamento das informações no controle de seus estoques.

A equipe da Secretaria no CDMEC é responsável pelo reabastecimento das unidades com base nas informações de demanda disponibilizadas no sistema de informação.

As compras de medicamentos são centralizadas na Secretaria e realizadas mediante licitação. Estas necessitam da criação de “atas”, discriminando os ítems e quantidades para o seu reabastecimento no período de um ano, podendo ser prorrogada, caso existam quantidades de medicamentos pendentes para o seu fornecimento.

Foram apontadas as seguintes razões para os problemas de falta de disponibilidade de medicamentos nas unidades de atendimento:

- as quantidades de medicamentos solicitadas pelas unidades são inferiores às necessidades reais solicitadas pelos pacientes em razão da falta de espaço para a sua armazenagem nessas unidades, e, se estas solicitam quantidades superiores às definidas inicialmente nas “atas”, é necessário criar uma nova “ata”, porém este processo é lento, levando de dois a quatro meses, o que acaba prejudicando o atendimento nas unidades;
- as compras são feitas mediante licitação e os preços são fixados para o período de um ano; se houverem alterações nos preços dos medicamentos, devido à alta do dólar, por

exemplo, os fornecedores solicitam à Secretaria o seu realinhamento, e, se este é aprovado, o fornecimento é mantido, caso contrário, é feito o seu cancelamento na “ata”;

- se o fornecedor entrega os medicamentos fora da especificação definida em licitação, a Secretaria devolve os produtos e aguarda nova entrega nas especificações corretas, mas se o fornecedor não atende às especificações solicitadas, este é penalizado, e, paralelamente, a Secretaria cria um “plano de emergência” para buscar outro fornecedor que atenda às especificações dos produtos, sendo necessário, para tanto, criar nova “ata”, cancelando o item na “ata” anterior;

- descontinuidade no fornecimento dos produtos pelos fornecedores de medicamentos, a exemplo das insulinas, fornecidas pelo Ministério da Saúde, cuja distribuição foi suspensa por determinação da Anvisa, para a realização de testes durante o período de seis meses; em seguida, o Ministério da Saúde acabou entregando quantidades a mais à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para a sua distribuição nas suas unidades de atendimento, o que acabou gerando excesso e desperdício de insulinas nas unidades. Esta ocorrência vem mostrar a necessidade de melhorar o planejamento de demanda e distribuição de medicamentos nas unidades do SUS;

Observou que entre 90 a 95% do fornecimento dos medicamentos é feito pela própria Secretaria Municipal de Saúde, sendo o restante feito pelo Ministério da Saúde, atendendo a programas específicos como medicamentos para DST, nas unidades básicas de saúde do SUS;

Comentou sobre a necessidade das unidades serem mais precisas nas definições das quantidades de medicamentos a serem reabastecidos, para um melhor planejamento da sua demanda e nas compras pela Secretaria. Sugeriu o desenvolvimento de melhorias no sistema de informação para a gestão logística dos medicamentos, incluindo um relatório para a obtenção do histórico da demanda para cada item dispensado nessas unidades. Apontou a necessidade de se melhorar o espaço de armazenagem dos medicamentos nas unidades de atendimento e também atender à população, seguindo a regra de dispensar aos pacientes o item mais próximo do seu prazo de vencimento.

Como aspecto relevante para o aperfeiçoamento do sistema, foi apontada a necessidade de se investir na gestão dos recursos humanos, incluindo uma melhor adequação dos perfis profissionais aos cargos e respectivas atividades e investimentos em treinamento e desenvolvimento de pessoal. Atualmente está sendo feito um trabalho de consultoria pela Fundação Getúlio Vargas com o objetivo de alinhar os processos definidos em legislação às

práticas da Secretaria. Faz-se necessário também implantar e manter um trabalho de auditoria nas unidades de atendimento do SUS, a fim de evitarem os desperdícios de recursos e desvios no sistema.

O programa “Remédio em Casa” tem tido muito sucesso no atendimento à população, incluindo a distribuição de doze medicamentos, entregues pelo correio nos domicílios dos pacientes.

Para participarem do programa, basta que os pacientes se cadastrem no sistema e apresentem a receita médica dentro do prazo de validade de seis meses; a equipe de logística no CDMEC obtém as informações sobre pendências de entrega diariamente em um sistema logístico e providenciam a sua remessa pelo correio. O programa atende os pacientes com doenças crônicas que necessitam de medicamentos de uso contínuo, bastando que se cadastrem no sistema e solicitem a sua entrega em domicílio trimestralmente, via sistema. Pretendem, futuramente, restringir esse atendimento apenas aos pacientes com problemas de saúde que impedem o seu deslocamento para a retirada dos medicamentos nas unidades convencionais do SUS.

Em resumo, a logística de distribuição de medicamentos necessita ser aprimorada para um atendimento mais efetivo à população, em termos de disponibilidade nas unidades do SUS. Este aprimoramento passa pela análise como:

- melhor avaliação das necessidades de medicamentos pela população, com um planejamento de demanda e compras mais preciso;
- capacitação de pessoal com perfil profissional adequado à função;
- redução na burocracia, com maior flexibilidade para o atendimento às emergências, como a identificação de falhas e discontinuidades no fornecimento de medicamentos;

Estas melhorias trarão maior eficiência ao sistema e satisfação aos usuários do SUS.

A melhor gestão das farmácias no Programa Farmácia Popular tem impacto positivo na garantia da disponibilidade de medicamentos à população e na redução dos desperdícios, devido a problemas como produtos com prazos de validade vencidos e desvios de recursos que deveriam estar sendo direcionados ao atendimento da população.

Entretanto, nos últimos anos, várias denúncias de fraudes envolvendo o programa “Aqui tem Farmácia Popular” surgiram na mídia. Casos de vendas fictícias de medicamentos

para que o estabelecimento receba o recurso do Ministério da Saúde, gerando prejuízos na escala de milhões aos cofres públicos, foram denunciadas. De acordo com o Tribunal de Contas da União – TCU, os controles internos do Programa vêm sendo aperfeiçoados, mas nos processos analisados em auditoria, ainda se observa reduzida responsabilização ou punição pelas irregularidades encontradas. Esta situação poderá se agravar ainda mais com a ampliação do Programa para mais estabelecimentos e medicamentos incluídos no Programa (DU BOCAGE, 2014).

De acordo com a Cláudia Du Bocage, Nilson do Rosário Costa e Claudia Garcia (2011), seria importante verificar se os municípios que aderem ao Programa Farmácia Popular têm seu plano de assistência farmacêutica em funcionamento. Sendo assim, os municípios que possuem e cumprem o seu plano deveriam ser aqueles prioritários para a adesão ao Programa, pois dessa forma estaria sendo assegurado seu direcionamento à população-alvo e não à população SUS.

Foi realizada uma pesquisa para a tese de doutorado de Wendy Carraro (2014) junto aos usuários do programa “Aqui tem Farmácia Popular” de 15 municípios de 14 estados brasileiros, totalizando 1.073 entrevistas no período de 06/08/2012 a 31/08/2012, em 27 estabelecimentos de farmácias particulares, no momento em que os usuários retiravam seus medicamentos no Programa. As farmácias foram selecionadas com o apoio do Ministério da Saúde e da Federação Brasileira das redes Associativas de Farmácias (FEBRAFAR), seguindo ao critério de seleção de movimento diário mínimo em torno de 25 a 40 usuários do Programa. Dos entrevistados, 93% informaram a sua renda salarial, apresentando as seguintes médias: 12% têm uma renda média de até R\$300,00; 66% têm entre R\$300,00 e R\$1.900,00 e, 14% têm entre R\$1.900 e R\$6.000 e apenas 1,3% dos entrevistados têm uma renda superior a R\$6.000,00.

Com relação ao tipo de enfermidade do usuário, o perfil da amostra indica que 71% dos itens formencidos pelo Programa são para o tratamento de hipertensão arterial; 30% para diabetes mellitus; 24% para dislipidemia; 2,9% para osteoporose; 2,7% para asma; 2,6% para rinite; 1,3% para anticoncepção; 0,9% para incontinência urinária; 0,5% para doença de Parkinson e 0,4% para o tratamento de glaucoma. Destaca-se que 76% dos usuários entrevistados receberam os medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial, diabetes e asma, gratuitamente. Quanto às retiradas de itens, constatou-se que 68% dos usuários entrevistados o fazem para apenas um tratamento; 24% para dois e 6,5% para três tratamentos. Em relação à quantidade de itens retirados, 49% dos usuários retiram apenas um

item; 31% dois e 19% dos usuários, entre três e seis itens para a realização de diferentes tratamentos. Quanto à disponibilidade dos medicamentos nessas farmácias, 58% indicaram que conseguem todos os itens; 41% obtêm alguns dos itens que necessitam e apenas 1% informou não ter êxito para conseguí-los. Com relação aos meios de obtenção destes itens antes do programa “Aqui tem Farmácia Popular” ser criado, 52% dos entrevistados indicaram que compravam os itens na farmácia privada; 19% os retiravam na farmácia básica do SUS ou na farmácia privada, especialmente quando estes estavam em falta na rede pública; 16% os retirava na farmácia do SUS; 11% não tinham diagnóstico de doença; 1,5% não compravam o medicamento e, apenas 0,5% indicaram que obtinham de outras formas.

A principal origem das receitas médicas, 48% deste total, é proveniente de médicos do serviço público de saúde; 39% de profissionais vinculados a planos de saúde e convênios e 12% de médicos particulares.

Com o objetivo de avaliar a satisfação dos usuários do programa “Aqui tem Farmácia Popular”, foi solicitada uma avaliação dos aspectos relacionados à sua acessibilidade, atendimento e gastos, conforme indicado na tabela 5 abaixo:

Tabela 5: Satisfação do usuário do programa “Aqui tem Farmácia Popular”

Aspectos avaliados	Média	% Respondentes
Tempo de deslocamento	8,46	100
Tempo de espera	9,07	100
Horário de funcionamento	9,64	99
Localização	9,29	100
Disponibilidade do medicamento	9,33	99
Qualidade do atendimento	9,75	99
Gasto com estacionamento	9,07	16
Desconto no preço do medicamento	8,89	44
Gratuidade do medicamento	9,65	88
Média de satisfação de usuários	9,24	-

Fonte: dados elaborados por Wendy Carraro (2014) a partir dos dados da pesquisa

Conclui-se pela pesquisa que os usuários, em geral, estão satisfeitos com o Programa. Foi possível identificar as potencialidades do Programa nos seguintes aspectos:

- ampliação da facilidade de obter os remédios com ganhos de tempo, deslocamento, proximidade das farmácias aos locais de trabalho ou residência dos usuários;

- oferta de alternativa positiva para os usuários que compraram remédios em farmácias privadas e não utilizavam as farmácias básicas do SUS;
- possibilidade de garantia da disponibilidade do remédio nas farmácias privadas, em compensação à falta de oferta nas farmácias do SUS, segundo a percepção do usuário;
- visibilidade positiva do governo, pela oferta de serviço financiado, fora do âmbito público;
- agilidade e personalização do atendimento da farmácia privada, na percepção do usuário, diferenciando-se do atendimento feito pelo SUS;
- ganho financeiro do usuário com a utilização do programa “Aqui tem Farmácia Popular”, reconhecido por 71% dos usuários entrevistados, agregando bem-estar;
- ganho financeiro da sociedade, considerando a diferença entre o que o cidadão economiza e o que o Estado financia, gerando benefícios e bem-estar;
- expansão de negócio para as farmácias privadas, pela possibilidade de venda extra, em função da ampliação da clientela e das aquisições adicionais feitas pelo usuário, dada a economia obtida pelo Programa;
- controle do governo para acompanhamento dos registros feitos pelo Programa em sistema próprio do Ministério da Saúde, em que as farmácias devem estar interligadas, permitindo o repasse dos valores devidos pela distribuição, seja por copagamento ou gratuidade;
- exigência do governo às farmácias conveniadas de sistema próprio, para o armazenamento das imagens de documentação e receita médica prescrita, pois periodicamente o Ministério da Saúde solicita o acesso a estes documentos com a finalidade de controle interno do Programa ou por solicitação de auditoria do Tribunal de Contas da União – TCU.

Infelizmente, os ganhos obtidos pela população, especialmente a classe popular, no acesso aos medicamentos essenciais provavelmente serão perdidos em razão dos ajustes fiscais realizados pelo governo federal, estando previsto o encerramento do programa “Aqui tem Farmácia Popular”, a partir de janeiro de 2016. Embora não tenha recebido uma confirmação do Ministério da Saúde para estas informações, o governo deverá concentrar o Programa Farmácia Popular na distribuição de medicamentos através da rede própria do governo e do programa “Saúde Não Tem Preço”, distribuindo gratuitamente medicamentos para diabetes, hipertensão e asma, através das farmácias particulares conveniadas. Com esta

mudança, a população não deverá mais contar com a vantagem da retirada de medicamentos com até 90% de desconto nas farmácias particulares, para o tratamento de outras doenças como colesterol, osteoporose, *Parkinson* e outras.

2.2 A questão da verba pública

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a assistência farmacêutica representa 13% do orçamento na área de saúde, e, em 2012, o orçamento para a assistência farmacêutica totalizou R\$9 bilhões.

De acordo com dados do Ministério da Saúde publicados no jornal O Estado de São Paulo (Caderno de Economia & Negócios, H5 de 26 de junho de 2015) mostram que em 2011, o gasto com a compra de remédios foi de R\$8,4 bilhões, o equivalente a 11,6% do valor total gasto com ações de saúde. Em 2014 essas despesas passaram para R\$12,9 bilhões, correspondendo a 13,9% dos R\$92,2 bilhões destinados ao custeio de todo o SUS. A previsão para o ano de 2015 é que a compra de remédios consuma R\$14,3 bilhões do governo federal. Esse gasto não inclui o medicamento hospitalar. De acordo com o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, mais de um terço do valor gasto com remédios pelo Ministério é usado para a aquisição de medicamentos de alto custo. Os programas de vacinação e a Farmácia Popular vêm em seguida, representando, cada um destes programas, um custo ao governo federal de aproximadamente R\$2,8 bilhões.

De acordo com o professor titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) Oswaldo Tanaka, com a garantia constitucional de acesso universal a saúde e a rapidez da indústria no lançamento de novas tecnologias, os custos governamentais com medicamentos tendem a aumentar. Para o Secretário, o desafio somente poderá ser enfrentado com o repasse de mais recursos à área de saúde. Atenta para a necessidade de se criarem mecanismos para uma gestão mais eficiente e uma redução na velocidade de crescimento do uso de medicamentos, como práticas de prevenção e promoção da saúde à população.

O governo tem se preocupado também com o aumento nos gastos com as ações judiciais, solicitando medicamentos que estão fora da lista de produtos distribuídos pela rede pública ou até mesmo remédios, que sequer têm a autorização da Anvisa, para serem comercializados no país. Entre 2011 e 2014, esses gastos passaram de R\$218,5 milhões para R\$722,9 milhões, representando um aumento de 230%.

A seguir, são apresentados na tabela 6 os dados de evolução nos gastos com medicamentos pelo governo federal e, na tabela 7, a participação dos programas de assistência farmacêutica no total gasto pelo Ministério da Saúde:

Tabela 6: Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos

Ano	Valor em R\$ Bilhões
2011	8,4
2012	10,1
2013	12,2
2014	12,9

Fonte: Ministério da Saúde, 2015

Nota: dados publicados no jornal O Estado de São Paulo, Caderno de Economia & Negócios, em 26 de junho de 2015, p. H5

Tabela 7: Despesas com medicamentos por programa em 2015

Programas de governo	Despesas em 2015 (R\$)
Remédios de alto custo	4,9 bilhões
Vacinas	2,8 bilhões
Programa Farmácia Popular	2,8 bilhões
Atenção Básica	1,5 bilhão
HIV/Aids	980 milhões
Hemoderivados	617 milhões
Medicamentos Estratégicos	340 milhões

Fonte: Ministério da Saúde, 2015 (dados publicados no jornal O Estado de São Paulo, Caderno de Economia & Negócios, em 26 de junho de 2015, p. H5)

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o Programa Farmácia Popular apresentou um aumento significativo no gasto público, em valores de transferências do Ministério da Saúde às drogarias, passando de R\$34,7 milhões gastos em 2006, ano de início da integração entre o governo e as farmácias particulares, para um patamar de R\$2.411,8 milhões em 2014, demonstrando um crescimento expressivo na verba destinada ao programa “Aqui tem Farmácia Popular”. A seguir, é apresentada a evolução da verba pública destinada ao programa “Aqui tem Farmácia Popular”, na tabela 8, e às Farmácias Populares próprias do governo, tabela 9:

Tabela 8: Valores de transferência direta do Ministério da Saúde para as farmácias e drogarias credenciadas ao programa "Aqui tem Farmácia Popular"

Ano	Valores em R\$MM
2006	34,7
2007	157,1
2008	323,8
2009	287,6
2010	247,2
2011	831,1
2012	1.397,6
2013	1.862,2
2014	2.411,8

Fonte: FNS/MS, acesso em março de 2015

Tabela 9: Valores de “Transferência Fundo a Fundo” do Ministério da Saúde para as Farmácias Populares da rede própria do governo

Ano	Valores em R\$ milhões
2011	63,6
2012	62,6
2013	59,4
2014	64,9

Fonte: FNS/MS, acesso em março de 2015

Os valores dos gastos públicos destinados às farmácias próprias do governo têm sido pouco expressivos, comparando-se com os investimentos feitos no programa “Aqui tem Farmácia Popular”, confirmando a estratégia do governo de crescimento do Programa baseado na integração com a rede privada de farmácias. O governo federal tem também priorizado o programa “Aqui tem Farmácia Popular”, se compararmos com os investimentos feitos na dispensação de medicamentos nas farmácias básicas do SUS, que apresentam valores muito inferiores, conforme demonstrado em tabela 10 a seguir:

Tabela 10: Valor bruto total gasto na assistência farmacêutica nas unidades básicas do SUS

ANO	VALOR BRUTO TOTAL (R\$)
2004	215.289.697,08
2005	262.003.726,06
2006	574.041.394,21
2007	662.380.573,50
2008	754.246.633,69
2009	753.997.683,13
2010	1.019.692.743,98
2011	976.630.017,87
2012	995.379.054,27
2013	1.026.033.770,45
2014	1.051.070.285,02

Fonte: FNS/MS, acesso em junho de 2015

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2015), existem 40.673 unidades básicas de saúde do SUS para o atendimento aos pacientes no Brasil (MS, 2015).

De acordo com a Coordenadora do Programa nos anos de 2006 a 2007 (2014), os gastos públicos com medicamentos no Programa estão ainda aquém das necessidades populacionais e a verba deve ser aumentada para ampliar ainda mais o acesso da população aos medicamentos essenciais. Comentou que, já no início do Programa, esta verba já estava aquém destas necessidades populacionais.

De acordo com o Sindusfarma (2013), o maior obstáculo ao Programa é o recurso financeiro, sendo necessário ampliar a verba pública, tanto para a área de saúde como para o Programa Farmácia Popular, sendo também necessário melhorar o direcionamento desta verba, através de melhorias na gestão destes recursos.

O Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, durante o “Fórum Estadão Saúde” (2015), apresentou dados comparativos entre os gastos públicos em saúde no Brasil com outros “países desenvolvidos” e “em desenvolvimento”, apontando para a necessidade de se ampliar a verba destinada à saúde pública e à assistência farmacêutica no Brasil.

Tabela 11: Gastos com saúde ao redor do mundo (em US\$)

País	Gasto público (% do PIB)	Gasto privado (% do PIB)	Gasto total Per capita
Brasil	4,7	5,0	1.083
MECOSUL			
Argentina	4,9	2,3	1.074
Paraguai	3,5	5,5	395
Uruguai	6,1	2,6	1.431
Venezuela	1,0	2,5	497
SISTEMA UNIVERSAL			
Canadá	7,6	3,3	5.718
França	9,0	2,6	4.864
Suíça	7,6	3,9	9.276
Reino Unido	7,6	1,5	3.598
BRICS			
China	3,1	2,5	367
India	1,3	2,7	61
Rússia	3,1	3,4	957
África do Sul	4,3	4,6	593

Fonte: Ministério da Saúde, 2015 (dados publicados no jornal O Estado de São Paulo, Caderno de Economia & Negócios, em 26 de junho de 2015, p. H3)

Comparado com outros países que têm sistema universal de saúde, o Brasil é a nação com menor percentual de investimento público com relação ao PIB. O setor de saúde no Brasil, tanto público como privado, gasta 9,7% do PIB, sendo o gasto público em saúde de 4,7% do PIB e os restantes 5,0% do PIB são da rede privada de saúde. A participação dos gastos em saúde pública sobre o PIB no Brasil é muito inferior a países como o Canadá, França, Suíça e Reino Unido, onde estes percentuais variam de 7,6% a 9,0%. No Reino Unido, por exemplo, considerado como referência na área de saúde pública, este percentual é de 9,1% do PIB, sendo que o governo gasta 7,6% e a saúde privada participa apenas com 1,5% do PIB.

O gasto total do país per capita com saúde, incluindo os investimentos públicos e privados, também está muito aquém da média dos países desenvolvidos com modelos universais. Na Suíça, por exemplo, esse valor chega a US\$ 9.276,00, enquanto o Brasil investe apenas US\$1.083,00 por habitante. No entanto, o Brasil tem gastos em saúde superiores a todos os demais países do BRICS, que inclui, além do Brasil, a Rússia, Índia, China e África do Sul.

De acordo com dados do Sindusfarma (2013), nos Estados Unidos, o gasto total em saúde representa 17.9% do PIB, sendo 9.5% pagos pelo governo, o que representa uma participação significativa para um país em que este setor é essencialmente privado.

Tabela 12: Participação do “gasto público em saúde” no “total gasto com saúde”

País	2009	2010	2011
EUA	47.3	48.2	45.9
Reino Unido	83.4	83.2	82.7
Japão	80.5	80.3	80
Itália	77.9	77.6	77.2
Alemanha	76.9	76.8	75.9
França	77	76.9	76.7
Brasil	43.6	47	45.7
Rússia	67	58.7	59.7
Índia	27.6	28.2	31
China	52.5	54.3	55.9
África do Sul	46.7	46.6	47.7

Fonte: Banco Mundial, acesso em 03/03/2014

Tabela 13: Evolução do gasto público com saúde sobre o PIB em alguns países (em %)

País	2009	2010	2011
EUA	8.4	8.5	8.2
Reino Unido	8.1	8	7.7
Japão	7.6	7.4	7.4
Itália	7.4	7.4	7.3
Alemanha	9	8.8	8.4
França	9	9	8.9
Brasil	3.8	4.2	4.1
Rússia	4.1	3.8	3.7
Índia	1.1	1.1	1.2
China	2.7	2.7	2.9
África do Sul	4.1	4.1	4.1

Fonte: Banco Mundial, acesso em 03/03/2014

Um dos desafios do Programa, apontados pela Coordenação Geral de Gestão do Programa no Ministério da Saúde (2013), é monitorar as unidades básicas de saúde do SUS, verificando se as verbas destinadas à assistência farmacêutica estão sendo bem direcionadas. Sabe-se que parte importante da demanda nas Farmácias Populares está representada por

pacientes que não encontram os medicamentos disponíveis nas unidades básicas do SUS e acabam procurando as Farmácias Populares para suprirem esta deficiência; portanto, uma melhor gestão e controles nessas unidades do SUS, terão um impacto positivo nas Farmácias Populares, concentrando seus esforços no público-alvo proposto para o Programa, que são as famílias da classe popular que não dependem da gratuidade do SUS para o suprimento de seus medicamentos.

De acordo com a Profa. Dra. Regina Giffoni, área de Medicina Social da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, a verba destinada à saúde pública no Brasil, segundo o PEC, está prevista em 10% do Tesouro Nacional, porém hoje, esta verba gira em torno de 4% a 5%, então, esta deveria pelo menos atingir esta meta de 10%.

A Profa. Dra. Maria Cristina Amorim, professora titular do Departamento de Economia e do Programa de Pós-Graduação em Administração e coordenadora do grupo de pesquisa com estudos em saúde da PUC/SP acredita que as dificuldades do cidadão quanto ao acesso ao SUS não se resumem na "falta de recursos financeiros", mas também na falta de gestão adequada, o que inclui controles sociais e governamentais suficientes. A administração pública direta tem vários problemas, não apenas na área de saúde, cuja solução envolve grandes modificações, principalmente na política fiscal e no funcionalismo. Na saúde, as parcerias entre o público e o privado - as OSS, por exemplo - têm se revelado uma alternativa para a oferta dos serviços, mas é absolutamente imperativo que haja maior governança nas relações entre público e privado, com mais transparência nas informações relevantes e maior controle sobre os gastos e indicadores de desempenho. Sem governança, há oportunidades para a corrupção, o que acaba por desqualificar o modelo baseado no contrato de gestão.

Na dispensação de medicamentos gratuitos ou subsidiados, o Programa Farmácia Popular utiliza a rede privada de farmácias para facilitar o acesso do cidadão, evitando que o governo gaste recursos com atividades-meio, tais como construção de farmácias e postos de dispensação. O Programa é alvo de debate quanto a universalidade - distribuição dos medicamentos independentemente da renda do cidadão - ou quanto ao foco específico (distribuição com algum critério de seleção por renda). A universalidade é um princípio do SUS, enquanto as políticas específicas são recomendadas pelas agências multilaterais, como o Banco Mundial. A política nacional de acesso ao medicamento - que inclui o Programa Farmácia Popular - é de grande importância para o bem-estar do cidadão, deve ter continuidade e receber os ajustes que se fizerem necessários.

O Prof. Dr. Luciano Prates Junqueira, da área de Administração da Pontifícia

Universidade Católica de São Paulo, com estudos desenvolvidos na área de saúde pública, acredita que o governo teve uma visão positiva ao adotar a estratégia de distribuição de medicamentos no Programa baseado na integração com a iniciativa privada, demonstrando uma mudança positiva em suas políticas estatizantes. Da mesma maneira, acredita que o maior problema não está no valor atual da verba destinada à saúde pública, mas na própria gestão ineficiente, que necessita de maiores controles nos gastos, evitando-se desperdícios, principalmente em decorrência da corrupção, do roubo de medicamentos que deveriam estar sendo destinados à população.

Portanto, na minha opinião, mais urgente que aumentar a verba pública para o crescimento do Programa, é melhorar os seus controles financeiros, para evitar desvios de verbas, e se concentrar na distribuição de medicamentos no sistema de copagamento, com descontos de até 90% nos seus preços, sendo as famílias da classe popular, que não dependem do atendimento feito pelo sistema público de saúde, as mais beneficiadas pelo Programa Farmácia Popular.

O governo deveria avaliar um melhor direcionamento da verba pública entre os programas de acesso aos medicamentos essenciais, focando o benefício da gratuidade nas unidades básicas de saúde do SUS, através de processos logísticos mais eficientes que garantam a disponibilidade de medicamentos aos pacientes, e, direcionar o Programa Farmácia Popular às famílias que não dependem do SUS para o seu atendimento médico e provisão gratuita de medicamentos.

Este redirecionamento fará com que as farmácias do Programa Farmácia Popular tenham o seu foco no atendimento às famílias da classe popular, que têm condições de adquirir os seus remédios no mercado regular, aproveitando o benefício dos descontos subsidiados pelo governo federal para a aquisição dos remédios do Programa, ao mesmo tempo em que garantirá a rentabilidade aos participantes para a sua continuidade no Programa e sua sustentabilidade. Para estas famílias, o benefício dos descontos nos medicamentos proporcionará um alívio importante em seu orçamento familiar.

A partir deste ajuste, o aumento na verba pública no Programa permitirá uma ampliação da lista de produtos a mais classes de medicamentos, um maior número de princípios ativos para as patologias já atendidas pelo Programa, além de maior flexibilidade no atendimento a posologias maiores, de acordo com as prescrições médicas para os princípios ativos atendidos no Programa. É importante destacar também a necessidade do governo ampliar a sua verba para oferecer medicamentos mais modernos e de melhor

qualidade à população, como é o caso das insulinas análogas, que são mais eficazes no tratamento de diabetes, comparando-se com as atuais insulinas humanas distribuídas no Programa e na rede básica do SUS.

Uma ampliação da verba pública para o Programa viabilizaria também maiores investimentos na sua comunicação, informando os seus benefícios à população, viabilizando também a criação de mecanismos de reajustes anuais para a correção dos valores de referência ressarcidos às farmácias. Também será necessária uma revisão nos impostos, oferecendo, ao menos, a isenção do ICMS à iniciativa privada, como acontece nas compras feitas pelo governo mediante licitação.

Investimentos em tecnologia da informação também poderão facilitar o processo de retirada dos remédios nas farmácias, agilizando a autorização do benefício aos pacientes pelo Ministério da Saúde e também melhorando o intercâmbio de informações e sua comunicação com as farmácias. Assim seriam reduzidas as inconsistências entre os sistemas das farmácias e o Datasus, sistema de informação do Ministério da Saúde, que prejudicam tanto as farmácias, nas correções das falhas, como a dispensação de medicamentos aos pacientes.

É importante avaliar o impacto negativo dos cortes do governo federal nos gastos em saúde pública, o que inclui os medicamentos, como parte dos ajustes fiscais para o reequilíbrio das contas públicas do país. Estes cortes poderão ter um efeito inverso, aumentando ainda mais os gastos com saúde pública decorrentes dos aumentos nas internações de pacientes com complicações de saúde decorrentes das interrupções em seus tratamentos, pois principalmente os pacientes da classe popular não têm condições financeiras de custear seus tratamentos por conta própria, sem os subsídios do governo no programa “Aqui tem Farmácia Popular.” Além disso, o próprio atendimento feito nas unidades básicas de saúde do SUS, que já vem apresentando problemas crônicos e recorrentes de gestão, que comprometem a disponibilidade de medicamentos à população, poderão agravar-se ainda mais, pela sua sobrecarga no atendimento à demanda.

2.3 Amplitude regional

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o Programa é considerado inovador pela vantagem da sua capilaridade geográfica, com maior abrangência de atendimento à população pelas regiões geográficas do Brasil e maior facilidade de acesso dos pacientes às

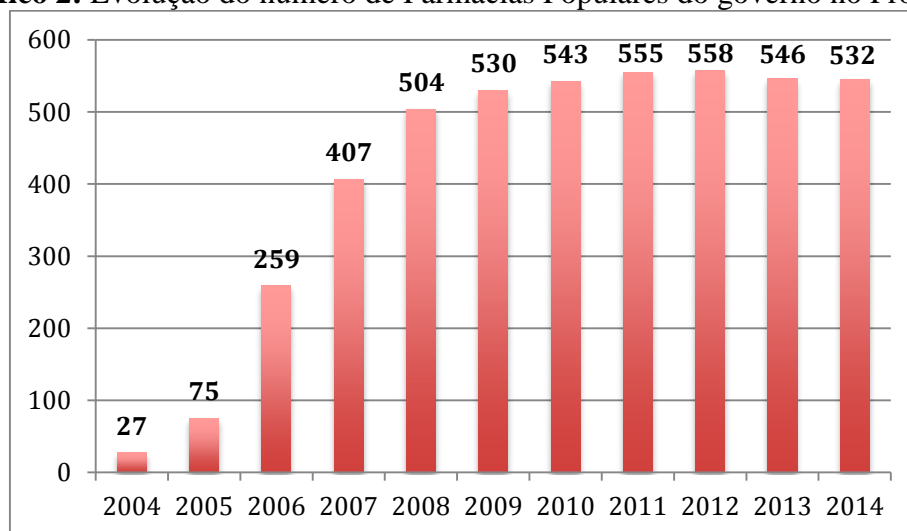
farmácias.

A retirada de remédios pelos pacientes nas unidades básicas de saúde do SUS tem algumas desvantagens, como horários de atendimento mais restritos e a localização mais remota destas unidades, ficando geralmente em locais mais distantes, implicando, muitas vezes, em gastos com transportes para a retirada dos medicamentos.

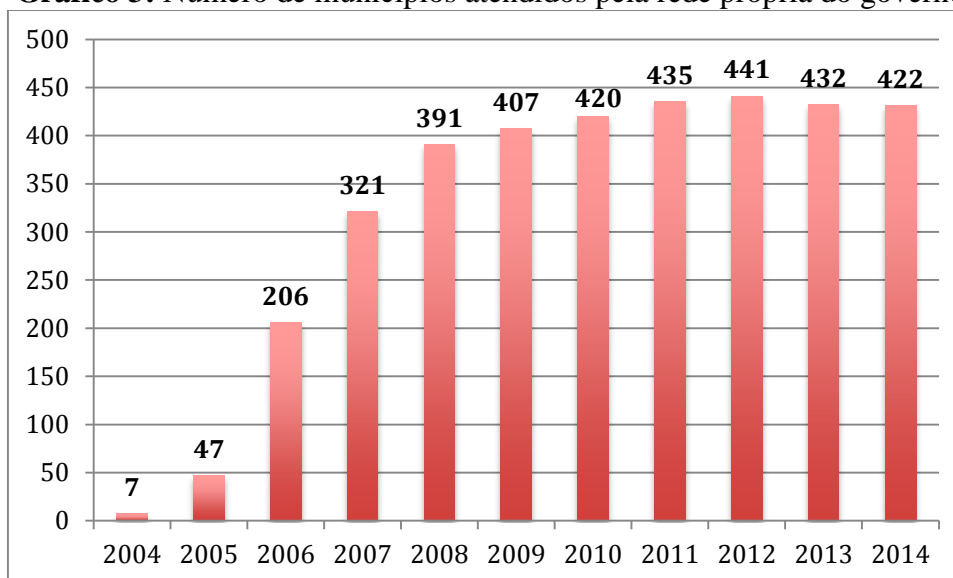
A meta da Coordenação do Programa do Ministério da Saúde (2013) é ampliar ainda mais a capilaridade do Programa, na estratégia de integração com as farmácias particulares, bastando que estas apenas estejam com as documentações e registros devidamente regularizados.

O Programa atende 21.951.668 pacientes usuários do mesmo (Pró Genéricos, 2013) em 422 municípios, através da rede de farmácias do governo e 4.345 municípios através das redes privadas de farmácias, o que demonstra um sucesso desta estratégia do governo federal. O Brasil tem um total de 5.570 municípios e 202.799.518 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). De acordo com dados publicados em agosto de 2015 pela Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma), de 2007 a 2015, a média de clientes atendidos mensalmente na rede privada de farmácias passou de 335 mil para 1,9 milhão. Em todo o ano de 2014, mais de 22 milhões de brasileiros foram beneficiados e o número de unidades comercializadas foi de 58,8 milhões, contra 8 milhões do primeiro ano do Programa.

Foram mencionados pelo Ministério da Saúde (2013) alguns aspectos limitantes ao crescimento do Programa, como a existência de municípios sem farmácias e drogarias, municípios com farmácias, porém sem registros, ou farmácias sem acesso à internet para a comunicação com o Ministério da Saúde, dificultando o seu crescimento, mesmo sendo impulsionado pela integração do Estado com as farmácias particulares.

Gráfico 2: Evolução do número de Farmácias Populares do governo no Programa

Fonte: DAF/SCTIE/MS - Ministério da Saúde - dados de março de 2015.

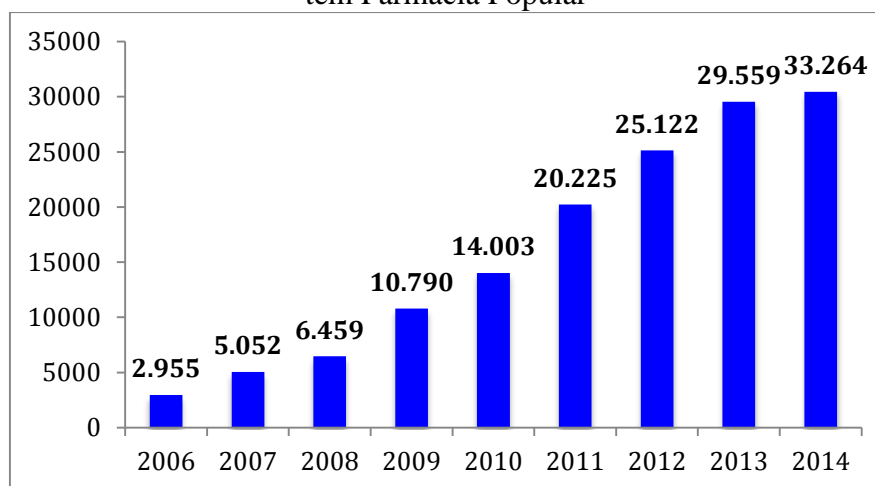
Gráfico 3: Número de municípios atendidos pela rede própria do governo

Fonte: DAF/SCTIE/MS - Ministério da Saúde - dados de março de 2015

Nota-se uma estabilização no número de Farmácias Populares e municípios atendidos pelo Programa através dos modelos de farmácias próprias do governo federal e em parceria com os estados e municípios. A partir do ano 2012, o número de municípios atendidos pelo Programa nas farmácias do governo é reduzido, passando de 441 em 2012 para 422 em 2014. O mesmo comportamento se segue com o número de farmácias do governo, passando de 558 em 2012 para 532 farmácias em 2014. Ocorre que, as farmácias do governo representam uma despesa significativa, em termos de custos fixos e operacionais para a sua

manutenção, justificando, portanto, maior foco do governo na estratégia de crescimento baseada na integração com a iniciativa privada. De acordo com a Gerência Técnica da Fiocruz (2014), totalizam hoje em torno de 37 pontos de venda.

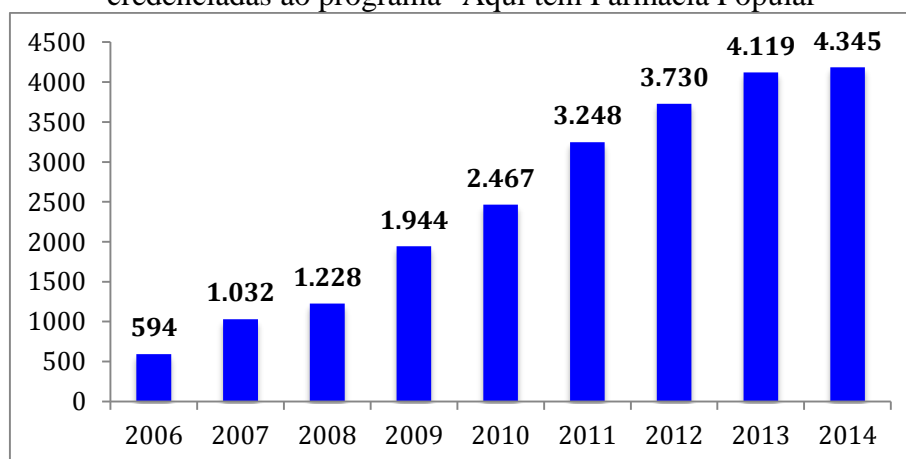
Gráfico 4: Número de farmácias e drogarias particulares credenciadas no programa "Aqui tem Farmácia Popular"



Fonte: DAF/SCTIE/MS - Ministério da Saúde - dados de março de 2015

Os dados acima mostram um crescimento expressivo no Programa a partir de 2006, na estratégia de integração do governo com a iniciativa privada, passando de 2.955 pontos de venda em 2006 para um total de 33.264 farmácias particulares credenciadas no Programa em 2014 para o atendimento da população brasileira.

Gráfico 5: Número de municípios atendidos pelas farmácias e drogarias particulares credenciadas ao programa "Aqui tem Farmácia Popular"



Fonte: DAF/SCTIE/MS - Ministério da Saúde - dados de março de 2015.

Houve um crescimento expressivo também no número de municípios atendidos pelo Programa através da estratégia de integração do governo com a iniciativa privada, aumentando de um número de 594 municípios em 2006, para 4.345 em 2014.

Tabela 14: Pacientes usuários do programa "Aqui tem Farmácia Popular" por UF

UF	Usuários (Fev-11 a Set-13)	Participação do % Estadual no total de pecientes	Referência em Número de habitantes (p/referência)
AC	19.402	0.1	776.463
AL	168.662	0.7	3.300.938
AM	74.992	0.3	3.807.923
AP	8.362	0.04	734.995
BA	885.241	4.0	15.044.127
CE	573.023	2.6	8.778.575
DF	379.792	1.7	2.789.761
ES	624.395	2.8	3.839.363
GO	816.718	3.7	6.434.052
MA	238.773	1.0	6.794.298
MG	3.545.441	16.0	20.593.366
MS	222.517	1.0	2.587.267
MT	219.461	1.0	3.182.114
PA	434.632	1.9	7.969.655
PB	361.582	1.6	3.914.418
PE	599.276	2.7	9.208.551
PI	168.139	0.7	3.184.165
PR	1.369.631	6.0	10.997.462
RJ	2.758.631	12.0	16.369.178
RN	351.152	1.6	3.373.960
RO	146.503	0.6	1.728.214
RR	26.876	0.1	488.072
RS	2.062.513	9.0	11.164.050
SC	900.860	4.1	6.634.250
SE	136.552	0.6	2.195.662
SP	5.260.033	23.9	43.663.672
TO	82.062	0.3	1.478.163
Total Brasil	21.951.668	100.0	201.032.714

Fonte: Pró Genéricos, Fev-11 a Set-13; IBGE, população total dos estados de Jul-2013

As maiores concentrações de pacientes beneficiados pelo Programa pertencem às regiões Sul e Sudeste, que são as regiões de maior riqueza nacional em termos de participação

no PIB brasileiro. Este dado demonstra que, as famílias da classe popular, predominantes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, não estão sendo o foco desta estratégia de ampliação do Programa para mais pessoas e mais regiões geográficas através da integração com a iniciativa privada de farmácias.

Tabela 15: Evolução no número de pacientes atendidos no programa “Aqui tem Farmácia Popular” no período anterior ao programa “Saúde Não Tem Preço

Ano	Pacientes
2006	476.811
2007	2.219.541
2008	4.054.123
2009	4.195.078
2010	3.774.479

Fonte: Banco de dados DAF/SCTIE/MS 2012; elaborado por Marco Aurélio Pereira, 2013

Tabela 16: Municípios do Plano Brasil sem Miséria atendidos pelo Programa Farmácia Popular

Abrangência do Programa	Número de municípios
Plano Brasil Sem Miséria	2.365
Aqui tem FP + Rede Própria	1.324
Total de municípios no Brasil	5.570

Fonte: Pró Genéricos, Set-2013

De acordo com os dados da Pró Genéricos (2013), existem 1.324 municípios atendidos pelo Programa Farmácia Popular, dos 2.365 municípios do “Plano Brasil Sem Miséria”, incluindo tanto os modelos de atendimento à população pelas farmácias credenciadas ao programa “Aqui tem Farmácia Popular” como pelas farmácias do governo, ou seja, o Programa atende 56% destes municípios mapeados pelo Estado como pertencentes aos “bolsões de pobreza”.

De acordo com o Gerente de Marketing da Divisão de Genéricos (2014) de uma indústria farmacêutica, fornecedora de medicamentos no Programa, a logística de distribuição dos medicamentos é considerada crítica para o seu sucesso, e, nesse sentido, o modelo de farmácias do governo mostrou-se limitado para a sua maior amplitude, em termos de capilaridade geográfica. Essa questão foi, a princípio, resolvida pela estratégia de integração com as farmácias particulares credenciadas ao Programa, conseguindo horizontalizar este

atendimento.

Entretanto, comenta que o período de cadastramento de novas farmácias ainda é muito limitado, representando um obstáculo para o sucesso e crescimento mais expressivo do Programa.

De acordo com o Presidente Executivo da Abrafarma (2014), são justamente os municípios de menor porte os que têm maior dificuldade para participarem do Programa, devido ao baixo volume de medicamentos comercializados em suas farmácias, conferindo-lhes menor poder de barganha junto aos fornecedores para a obtenção de descontos que compensem o baixo valor de referência ressarcido pelo governo. Esta situação coloca em contradição o próprio objetivo do Programa de ampliar o acesso para um maior número de regiões e municípios, uma vez que os municípios de menor porte não contam com as grandes redes de varejo que têm mais chance de participarem do Programa, por obterem descontos maiores junto aos fornecedores devido ao grande volume de fármacos comercializados nas farmácias.

Vale lembrar que o segmento de farmácias de pequeno porte representa a maior parcela dos pontos de vendas do setor no Brasil, atendendo principalmente os municípios de menor porte, cuja população acaba sendo prejudicada no acesso aos medicamentos com gratuidade no Programa.

Até mesmo as redes de farmácias, presentes nas grandes cidades, que têm maior poder de negociação junto às indústrias e distribuidores nas compras dos medicamentos, têm suas margens de rentabilidade comprometidas pelos impostos crescentes cobrados pelo governo sobre o preço máximo de venda ao consumidor – PMC dos medicamentos, o que acaba inviabilizando a sua participação no Programa, uma vez que os valores ressarcidos pelo governo às farmácias são muito baixos, inferiores a estes PMC's.

O Programa será mais efetivo como alternativa de obter remédios, caso este se concentre no modelo de integração com a iniciativa privada, mas operando no sistema de copagamento, a fim de garantir a atratividade financeira às farmácias de pequeno, médio e grande portes particulares, e, portanto, cumprir o seu objetivo de ampliar o acesso a um maior número de pessoas e regiões no Brasil.

Caberá ao SUS uma reavaliação de seu atendimento, realizando as melhorias necessárias para garantir um atendimento satisfatório às famílias das classes populares que dependem do Estado para o seu atendimento médico e assistência farmacêutica com o benefício da gratuidade.

Dados de uma pesquisa sobre o desempenho do programa “Aqui tem Farmácia Popular”, divulgada pela Abrafarma (2015) e elaborada pela Fundação Instituto de Administração da Universidade de São Paulo (FIA-USP), demonstram que o Programa tem crescido em importância no segmento da rede privada de farmácias, embora necessite de revisão na sua política de ressarcimento para se tornar mais atrativo a este segmento, e incentivando uma maior participação no Programa por parte das farmácias particulares de pequeno e médio portes, em sua maioria independentes, que têm maior representatividade em termos de número de pontos de vendas particulares para a comercialização de medicamentos no Brasil.

Tabela 17: Balanço geral do programa “Aqui tem Farmácia Popular” nos últimos anos

Vendas em R\$	2007	2014	Varição
Vendas totais	8.257.740.185	32.381.976.551	292,14%
Vendas -Farmácia Popular	94.922.405	584.193.981	515,44%
Unidades vendidas	884.802.520	2.104.093.433	137,80%
Unidades vendidas - FP	8.895.031	58.800.635	561,05%
Clientes atendidos	331.243.581	812.679.750	145,34%
Clientes atendidos - FP	4.024.841	22.866.098	468,12%

Fonte: pesquisa divulgada pela Abrafarma (2015) e elaborada pela Fundação Instituto de Administração da Universidade de São Paulo (FIA-USP)

Tabela 18: Participação do Programa Farmácia Popular nas farmácias particulares

Ano	Vendas	Unidades	Clientes
2007	1,15%	1,01%	1,22%
2008	1,69%	1,61%	1,95%
2009	1,03%	1,05%	1,34%
2010	0,82%	0,85%	1,11%
2011	1,53%	1,88%	2,13%
2012	1,88%	2,53%	2,69%
2013	1,79%	2,57%	2,75%
2014	1,80%	2,79%	2,81
2015	1,76%	2,93%	2,79%

Fonte: pesquisa divulgada pela Abrafarma (2015) e elaborada pela Fundação Instituto de Administração da Universidade de São Paulo (FIA-USP)

Os dados acima demonstram que as vendas no Programa Farmácia Popular apresentaram um crescimento de 515,44% no período de 2007 a 2014, sendo este muito superior ao crescimento nas vendas totais de medicamentos, que apresentou uma variação de

292,14% no mesmo período; o número de clientes atendidos nessas farmácias aumentou em 145,34% no período, sugerindo que o Programa pode ter contribuído para atrair um maior número de clientes às lojas, e, no Programa, este aumento foi ainda maior, de 468,12%, o que leva a concluir que muitos clientes já atendidos nessas farmácias particulares passaram a fazer uso deste benefício; a representatividade do Programa Farmácia Popular nas vendas totais das farmácias particulares no Brasil teve um ligeiro crescimento no período, passando de 1,15% em 2007 para 1,80% em 2014.

De acordo com o Presidente Executivo da Abrafarma (2015) no ano de 2015, mesmo no cenário adverso da economia brasileira, os indicadores seguem em curva ascendente. Segundo cálculos de janeiro a maio, a média mensal de faturamento chega a R\$ 50,04 milhões, contra uma média de R\$ 48,64 milhões de todo o ano passado. “A julgar por esses números e pela tendência de resultados superiores no segundo semestre, que temos observado nos últimos anos, podemos terminar 2015 com quase 25 milhões de brasileiros contemplados pelo *Aqui tem Farmácia Popular*”, ressalta o Presidente Executivo da Abrafarma.

De acordo com dados divulgados pela Abrafarma (2014), o número de pontos de vendas particulares no Brasil somaram um total de 68.799, sendo a maior parte deles, em torno de 78%, representada pelas farmácias de médio e pequeno portes, que são as categorias 7 e 8 caracterizadas abaixo por faturamento médio por loja de 0,2 a 0,6 milhões de reais no ano, somando 53.763 lojas no total, sendo que, desse total, 46.409 pontos de vendas, ou seja, 86% desta categoria de médias e pequenas empresas - MPE's está representada por lojas independentes. Estima-se que apenas 7% dos pontos de vendas no Brasil, em torno de 4.000 lojas, seja participante do Programa Farmácia Popular na categoria MPE. A maior parte das lojas conveniadas ao Programa, em torno de 80%, está representada pelas empresas com faturamento médio anual por loja acima de 1,1 milhões de reais. Estima-se que hoje já se tenham aproximadamente 70 mil pontos de vendas, entre farmácias e drogarias particulares, no Brasil (ABRAFARMA, 2015).

Aproximadamente 70% das lojas das categorias 1, 2 e 3, com faturamento médio anual por loja de 4,7 a 14,2 milhões de reais, são associadas à Abrafarma, e, essas redes de farmácias praticamente não têm lojas nas categorias 7 e 8.

Tabela 19: Faturamento médio por categoria de ponto de venda e respectivo número de farmácias no Brasil

Categorias	Total de PDV's	Vendas médias por loja (R\$)
1	476	14.2MM
2	968	7.0MM
3	1435	4.7MM
4	2174	3.1MM
5	3607	1,9MM
6	6376	1.1MM
7	11952	0.6MM
8	41811	0.2MM
Total	68799	0.8MM

Fonte: Dados do IMS – setembro de 2013; elaborados pela Abrafarma.

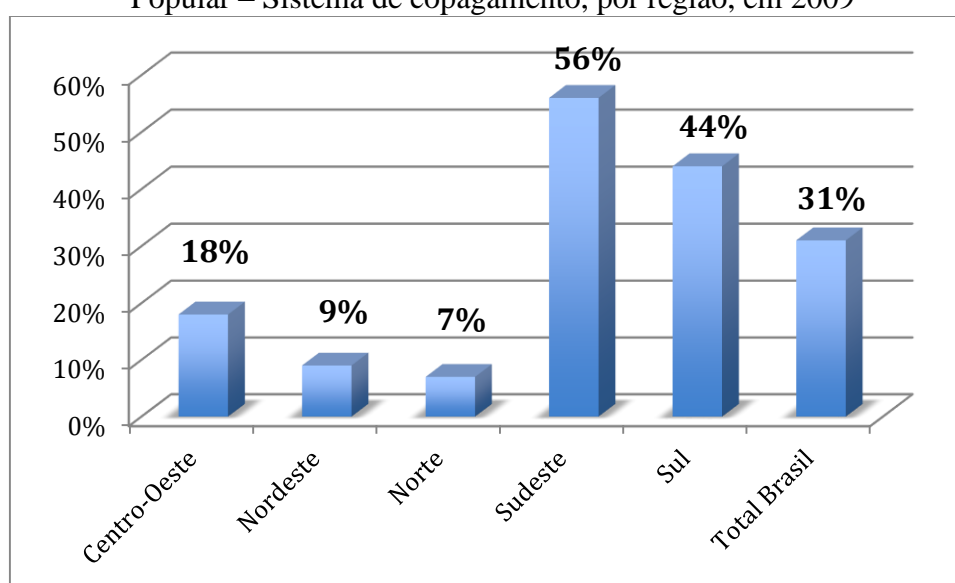
Como o Programa Farmácia Popular tem maior atratividade financeira para a participação das redes de farmácias, dado o volume maior de produtos comercializados, facilitando a negociação de melhores descontos nas compras junto às indústrias e distribuidores, as lojas de médio e pequeno portes, por não terem volume suficiente para a negociação de melhores descontos nas compras de medicamentos, acabam ficando numa posição de desvantagem para a sua participação no Programa, comparando-se com as redes de farmácias.

Esta situação representa um paradoxo, pois as farmácias de médio e pequeno portes são as que apresentam maior dificuldade para participarem do Programa, afetando principalmente os municípios menores, que não contam com a presença de redes de varejo para a distribuição dos medicamentos. Esta situação acaba expondo a população destes municípios a problemas mais graves de falta de disponibilidade e acesso aos medicamentos.

Observa-se que do total de pontos de vendas credenciados ao Programa Farmácia Popular, nas categorias de 1 a 6, conforme caracterizadas na tabela 14 acima, apenas 39% destes pontos de vendas são representados por farmácias independentes, sendo parte significativa destes pontos de vendas, 30% do total, representado pelas redes de farmácias associadas à Abrafarma, 15% representado por outras redes, 13% associadas à Febrfarm e 2% destes pontos em supermercados. O Programa Farmácia Popular tem como objetivo ampliar o alcance de um maior número de pessoas e regiões aos remédios, mas são justamente os municípios menores que continuam fragilizados em termos de atenção do governo na assistência farmacêutica de medicamentos considerados essenciais para a saúde da população.

De acordo com dados do TCU (2010), na auditoria realizada junto a 17 estabelecimentos credenciados ao Programa nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, verificou-se que existe oportunidade de atuação do Ministério da Saúde em melhorar o acesso de parcela da população brasileira ao Programa nas próximas etapas de expansão. Dos 5.565 municípios brasileiros, 3.812 (69%) não tinham nenhuma farmácia da rede privada credenciada ao Programa Farmácia Popular em 2009.

Gráfico 6: Percentual de municípios com pelo menos uma unidade do Programa Farmácia Popular – Sistema de copagamento, por região, em 2009



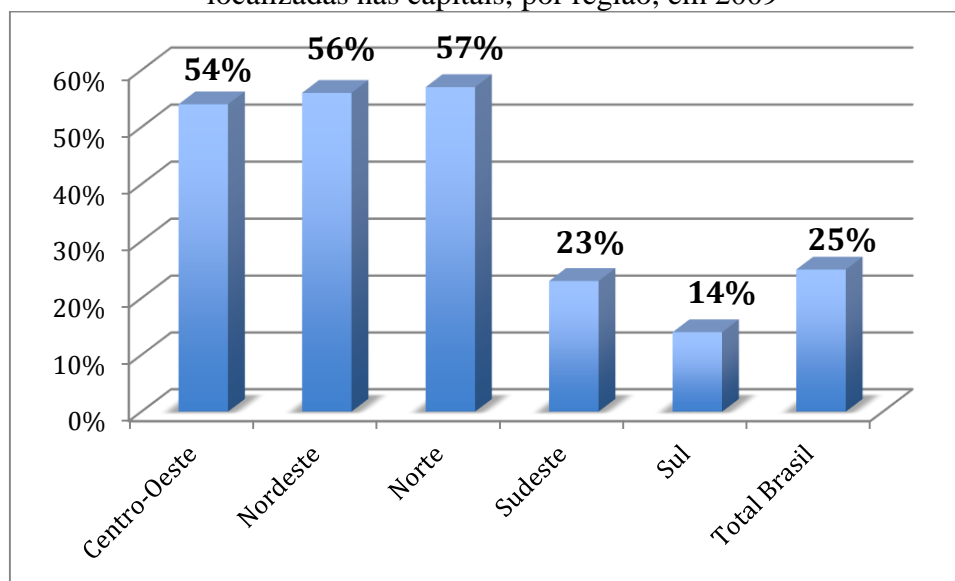
Fonte: Dados do Relatório de Auditoria do TCU (2010)

Os resultados apontados no gráfico acima sinaliza que o Programa tem maior capilaridade nas regiões Sudeste e Sul, sendo que na primeira, 56% dos municípios dispõe ao menos de uma farmácia credenciada, e a segunda, apresenta 44% dos municípios nesta situação. Observa-se que há uma desigualdade acentuada de oportunidade de acesso de parcela da população brasileira ao Programa, considerando-se que somente 18%, 9% e 7%, respectivamente, dos municípios das regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte dispõem de pelo menos uma farmácia credenciada pelo Ministério da Saúde. Conclui-se, portanto, que a distribuição das farmácias privadas credenciadas não está ocorrendo de forma equânime em todo o país.

Nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte, que somam juntas 14% do total de farmácias credenciadas pelo Programa, a maior parte delas está localizada nas capitais de seus

respectivos estados, representando 54%, 56% e 57% respectivamente, diferentemente das regiões Sul e Sudeste, que apresentam maior interiorização destes estabelecimentos, conforme apresentado no gráfico 7 a seguir.

Gráfico 7: Percentual de unidades do Programa Farmácia Popular – Sistema de copagamento localizadas nas capitais, por região, em 2009



Fonte: Dados do relatório de Auditoria do TCU (2010)

Nos 3.812 municípios não atendidos pelo Programa Farmácia Popular, no sistema de copagamento, residem cerca de 52 milhões de pessoas, ou seja, 27% da população brasileira. Essa situação revela que uma parcela significativa fica sem a opção de acesso a medicamentos essenciais através deste Programa, gerando um tratamento desigual a cidadãos que porventura possuam o mesmo perfil epidemiológico. O Ministério da Saúde não dispõe de evidências de que esta parcela da população estaria tendo acesso irrestrito aos medicamentos por meio de outros programas de assistência farmacêutica, como a Farmácia Básica e a Farmácia Popular da rede própria do governo, e, portanto não se interessaria ou não teria necessidade de utilizar o Programa Farmácia Popular.

Sem um direcionamento por parte do Ministério da Saúde neste processo de credenciamento de farmácias particulares, corre-se o risco de que a expansão do Programa, por si só, não seja condição suficiente para a inclusão da grande parcela de municípios onde essa ação governamental não se faz presente, além de gerar concentração desnecessária de estabelecimentos em determinadas localidades que poderiam já estar minimamente assistidas.

Essa deveria ser uma estratégia a ser perseguida pelo Ministério da Saúde nas próximas etapas de expansão do Programa.

Ao analisar-se o histórico das autorizações por ponto de venda pelo Ministério da Saúde entre janeiro de 2009 e janeiro de 2010, do total de 8.844 farmácias participantes do Programa e que realizaram alguma transação no Sistema de Autorização do governo, o Datasus, verificou-se que 86% destas farmácias localizavam-se nas regiões Sul e Sudeste, sendo 62% na região Sudeste e 24% na região Sul, sendo que os estados de São Paulo e Minas Gerais, juntos, contavam com mais da metade das farmácias do Programa, representando 51% do total.

Ao se ordenar os municípios por número de habitantes, observou-se que metade dos estabelecimentos credenciados (4.422 farmácias) está localizada em 166 municípios do país, representando 3% do total, tendo todos eles uma população acima de 150 mil habitantes.

No entanto, o tamanho da população nem sempre mantém correlação com a quantidade de estabelecimentos credenciados, sendo o que se verifica ao comparar o município de Recife/PE, onde existem 24 farmácias credenciadas para atender a sua população de mais de um milhão e meio de pessoas, e Caratinga, município de Minas Gerais, onde há 27 farmácias credenciadas para atender seus 85 mil habitantes; já Manaus/AM, com uma população de 1,7 milhão de pessoas, tem três farmácias credenciadas, enquanto Tucundava/RS, que tem menos de seis mil habitantes, ou 0,34% da população de Manaus, tem uma farmácia a mais, ou seja, quatro farmácias credenciadas.

O Relatório de Auditoria do TCU (2010) recomenda que o governo promova o aumento da capilaridade do Programa, incentivando a adesão de estabelecimentos localizados em municípios que não dispõem de nenhuma farmácia ou drogaria credenciada.

2.4 Lista de medicamentos

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a lista de medicamentos do Programa baseia-se na mesma lista RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, utilizada como base para a distribuição de medicamentos essenciais pelas unidades básicas de saúde do SUS, considerando-se que o Programa Farmácia Popular é parte do SUS.

A prioridade é dada ao atendimento das patologias crônicas não transmissíveis, sendo estes fármacos eleitos para a gratuidade, como é o caso dos tratamentos de diabetes,

hipertensão e asma.

Na definição do elenco, foram também considerados os medicamentos que compõem os programas assistenciais e secretarias do Ministério da Saúde.

As concentrações e limites máximos mensais definidos para cada princípio ativo e cobertos pelo Programa, são estabelecidas com base em protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e na própria lista RENAME. Entretanto, caso haja posologias receitadas pelos médicos, que ultrapassem o limite máximo mensal para um determinado princípio ativo, o paciente pode obter essa cobertura extra no Programa mediante o encaminhamento de laudo médico justificando a prescrição dessa posologia superior.

A maior parte dos medicamentos distribuídos no Programa, em torno de 80% são genéricos, e, em torno de 6% a 8% são medicamentos de marca ou de referência, e, cerca de 12% a 14% são similares.

A Anvisa prioriza a aprovação de novos registros de produtos que compõem a lista de medicamentos essenciais do SUS (Lei 9787 de 1999), contribuindo para a garantia de acesso a estes medicamentos por parte da população.

A Pró Genéricos (2014) sugere que este Programa seja ampliado para outras categorias de remédios, tomando-se como base as estatísticas de mortalidade e morbidade do IBGE. Sugere, por exemplo, a inclusão de remédios para as doenças tropicais como a malária, febre amarela, esquistossomose e outras doenças endêmicas de saúde.

Um outro ponto de atenção é que, por questões técnicas relacionadas aos testes de equivalência dos produtos, sendo estes pré-requisitos para a obtenção de registros na Anvisa, ainda existe a necessidade de se regulamentar a produção de genéricos para algumas patologias. Como exemplo disso, já existem versões genéricas dos medicamentos mais antigos como o Atrovent, princípio ativo Brometo de Ipratropio, Miflasona, princípio ativo Dipropionato de Beclometasona e Aerolin, princípio ativo Salbutamol, para o tratamento de asma, por exemplo. Entretanto os medicamentos mais novos vêm com uma tecnologia de inalação que ainda não foi testada para fabricação de genéricos e a Anvisa está elaborando um guia que sairá em 2014 para orientar as empresas no lançamento de versões genéricas.

As categorias de medicamentos que fazem parte do Programa têm a característica de serem medicamentos de baixo custo, incluindo tanto os genéricos como os de marca. Os produtos de marca já têm, em sua maioria, as patentes vencidas e também são medicamentos de baixo custo para os laboratórios farmacêuticos fabricantes destes produtos.

Comentou que ainda há certa resistência por parte da classe médica para a prescrição de genéricos, sendo que estes representam em torno de 20% das prescrições médicas, ficando os 80% restantes para as prescrições de medicamentos de marca.

Existe, em geral, uma falta de conhecimento sobre a eficácia e segurança dos genéricos, sendo portanto necessária uma forte campanha de divulgação junto à população, ampliando o seu esclarecimento sobre os genéricos. Está sendo firmado um acordo de cooperação com a Anvisa para a ampliação deste conhecimento junto ao público em geral.

Foi realizada uma pesquisa pelo Instituto Datafolha em dezembro de 2012 em 12 capitais brasileiras, sobre o perfil dos consumidores em farmácias particulares, apontando que, 68% das 1.611 pessoas entrevistadas têm o hábito de comprar medicamentos genéricos (Datafolha, 2012).

De acordo com uma empresa fabricante de medicamentos genéricos, participante do Programa (2014), a lista de medicamentos está satisfatória, porém ainda pode ser ampliada, com prioridade às melhores opções terapêuticas para as doenças crônicas, através da inclusão no Programa de moléculas mais modernas dos produtos, como por exemplo, a inclusão da Valsartana, princípio ativo mais moderno que a Losartana, atualmente distribuída no Programa, para o tratamento de hipertensão.

Entretanto, como os valores de referência ressarcidos pelo governo são extremamente baixos, a ampliação da lista de medicamentos para outras classes acaba representando mais uma ameaça do que oportunidade de mercado para a indústria. Assim, a política do governo de rebaixamento no preço dos medicamentos, através do mecanismo de ressarcimento das farmácias nos valores de referência, estabelecidos por ele, em níveis muito baixos, acabará levando o Programa a uma situação de insustentabilidade, especialmente na sua integração com a iniciativa privada, tanto a indústria como o varejo. Este processo poderia ser denominado de “estatização da iniciativa privada”.

Além disso, apontou para a existência de uma “guerra de preços” nos balcões das farmácias, em que os vendedores acabam “empurrando” à população os medicamentos similares, que são mais baratos ainda do que os genéricos que, embora tendo qualidade duvidosa, a sua preferência se explica pelas maiores margens proporcionadas na sua comercialização pelo varejo.

O Programa Farmácia Popular, segundo a Febrafarma (2008) somente poderá representar uma solução para o acesso da população aos medicamentos, caso seja

universalizada, ou seja, esse Programa possa ser ampliado para atender um universo maior de patologias.

O Gerente Nacional de Acesso de uma indústria farmacêutica fornecedora de insulinas para diabetes no Programa (2013), acredita que, como fator crítico de sucesso, o Programa deveria ser mais amplo em termos de medicamentos atendidos. Por exemplo, o laboratório vende insulinas para o governo, para a sua distribuição nas unidades básicas de saúde do SUS, a um custo de R\$10,00 a unidade na insulina humana. A insulina mais moderna, a análoga, tem um custo muito superior de R\$200,00 a unidade, e, o governo acaba comprando apenas a humana, em razão do custo elevado da insulina mais moderna. O governo compra aproximadamente 20 milhões de frascos anualmente da insulina humana, mediante licitação federal.

Sugeriu que o governo estudasse a possibilidade de priorizar alguns segmentos populacionais para a distribuição da insulina moderna, como, por exemplo, as crianças da faixa etária com maior risco de serem prejudicadas no seu processo de aprendizagem pelas constantes crises de hipoglicemias decorrentes do diabetes. Considerando que estas crises costumam ser mais frequentes com o uso da insulina humana, a dispensação da insulina análoga reduziria esses riscos ao segmento infantil.

Em resumo, a sua avaliação no aspecto de abrangência da lista de medicamentos, é que esta ainda é muito restrita em termos de medicamentos atendidos. Apontou, como oportunidade de melhoria, a introdução de medicamentos mais inovadores, conforme mencionado no exemplo da insulina análoga.

Como estratégia de foco para o Programa, a inclusão de medicamentos de alto custo atenderia, prioritariamente, alguns segmentos populacionais, como, por exemplo, a dispensação de insulinas análogas ao segmento infantil.

De acordo com uma rede de farmácias participante do Programa, com atuação na cidade de São Paulo, a lista de medicamentos atendida ainda está aquém das necessidades da população, e acredita que ainda faltam remédios para atender casos, por exemplo, de inflamações, dores, entre outros problemas que atingem grande parte da população brasileira.

Uma outra rede de varejo, também com atuação na cidade de São Paulo, aponta que a lista de medicamentos distribuídos no Programa é muito restrita em termos de patologias atendidas, e, mesmo para aquelas já cobertas pelo Programa, ainda faltam princípios ativos para que este atendimento seja mais abrangente.

Os medicamentos distribuídos no Programa são de baixo custo e questiona porque também não são incluídos os medicamentos de alto custo.

Cita como exemplo, o remédio Retocolite, princípio ativo Mesalazina, utilizado no tratamento de inflamação intestinal, que não está na lista do Programa, e se trata de um medicamento de alto custo fornecido pela Secretaria Municipal da Saúde, em que o médico precisa fornecer um laudo para a sua solicitação junto ao Ministério da Saúde. O processo de autorização para a liberação ao paciente é muito lento, prejudicando quem depende do fornecimento pelo governo para iniciar o tratamento.

Sugere, portanto, para que o Programa se torne mais efetivo no acesso aos medicamentos pela população, uma maior abrangência da lista de medicamentos atendidos pelo Programa.

Reforçando a opinião quanto à necessidade do governo ampliar a lista de remédios no Programa, uma rede de farmácias, também com atuação em São Paulo, afirma que existem muitas solicitações para o atendimento de pessoas portadoras de necessidades especiais que são incapacitantes, necessitando, como por exemplo, de fraldas devido a incontinência urinária. A rede de varejo sugeriu também a ampliação da lista para o tratamento de outras classes de medicamentos, como esquizofrenia, epilepsia, Alzheimer e outras doenças do sistema nervoso central.

Afirmou que a preferência aos genéricos se explica pela maior facilidade nas negociações com os fornecedores e também pela lei da intercambialidade, que permite a substituição dos medicamentos de referência pelos genéricos; já o similar só pode ser dispensado nas farmácias se este vier prescrito na receita médica.

O Presidente Executivo da Abrafarma (2014), como representante das maiores redes de farmácias em São Paulo e no Brasil, confirma a opinião dos varejistas e aponta para a necessidade de uma lista mais ampla de medicamentos distribuídos no Programa Farmácia Popular.

Uma questão importante apontada pela Abrafarma é que a distribuição de genéricos têm predominância nas redes de farmácias, porém, nas farmácias de médio e pequeno portes, que representam o maior número de pontos de vendas no Brasil, existe a predominância dos medicamentos similares, que são em geral, de qualidade inferior, por não terem o mesmo rigor na realização de testes clínicos para a obtenção de sua autorização na Anvisa. Recentemente, houve uma mudança na legislação para ampliar o rigor nos testes clínicos

realizados para a aprovação dos medicamentos similares, equalizando aos genéricos, e aumentando por consequência a confiança na sua qualidade.

Confirmando ainda esta necessidade de uma lista mais ampla de medicamentos oferecida no Programa, uma usuária, há aproximadamente cinco anos, apontou, como ponto de insatisfação, a cobertura do governo ainda restrita até mesmo para o próprio princípio ativo incluído na lista de medicamentos, pois quando algum paciente necessita de doses maiores do medicamento, o médico acaba tendo que prescrever quantidades maiores, em número de comprimidos administrados, para completar a dosagem prescrita ao paciente. A ministração de um número maior de comprimidos pode dificultar o controle do seu uso no dia-a-dia por parte dos pacientes, colocando em risco a sua saúde, principalmente a dos idosos, que têm maior dificuldade em administrar essas doses a mais.

A Coordenadora do Programa Farmácia Popular nos anos de 2006 a 2007 (2014) sugere que a lista de medicamentos seja ampliada para outras classes, como antibióticos, obedecendo os regulamentos de controle na sua dispensação.

Tabela 20: Número de pacientes atendidos no Programa por patologia (setembro/2013)

Patologia	Janeiro-2011	Total de pacientes (Fev-11 a Set-13)	Variação (Jan-11 a Set-13 (%))
Anticoncepção	165.945	937.079	9%
Asma	7.302	1.178.569	2.532%
Diabetes	306.826	5.783.732	473%
Dislipidemia	338.030	6.222.353	328%
Parkinson	2.318	90.982	938%
Glaucoma	3.989	140.829	428%
Hipertensão	658.648	14.616.912	624%
Incontinência	24.046	408.992	446%
Osteoporose	24.137	676.455	474%
Rinite	15.270	1.787.092	1.024%
Total	1.258.466	21.951.668	425%

Fonte: Pró-Genéricos, Set-2013

Conclui-se que a lista de medicamentos pode ser ampliada para uma assistência farmacêutica mais efetiva à população através deste Programa. Porém, se o governo continuar obrigando as farmácias e seus fornecedores a distribuírem medicamentos na gratuidade, sem uma contrapartida financeira de, pelo menos, reajustar os valores de referência para garantir à iniciativa privada uma rentabilidade atrativa para a sua comercialização, a possibilidade de

ampliar essa lista passa a representar mais uma ameaça ao setor como um todo. O governo, então, terá dificuldade em cumprir o seu objetivo de melhorar o acesso a mais pessoas, mais lugares e com uma lista mais ampla de medicamentos atendidos pelo Programa.

No apêndice D estão listados os medicamentos atendidos pelo programa “Aqui tem Farmácia Popular”, por potologia clínica, podendo ser dispensados gratuitamente ou no sistema de copagamento. No apêndice E está o elenco oficial dos medicamentos disponibilizados pela rede própria do Programa Farmácia Popular do Brasil.

De acordo com dados apresentados em Relatório de Auditoria do TCU (2010), tendo como base os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, relativos ao ano de 2008, em todas as regiões brasileiras, as doenças do aparelho circulatório representaram a maior causa de mortalidade, em torno de 30%, sendo 25% para a região Norte. Assim, no caso do Programa Farmácia Popular, sistema de copagamento, há oportunidade de melhorar os indicadores de sua cobertura, para que pacientes com os principais fatores de risco dessas doenças crônico-degenerativas – a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus – tenham acesso de forma mais equitativa aos tratamentos com medicamentos.

Embora os atores-chave tenham sugerido, além da ampliação da lista para outras classes de medicamentos e a disponibilização de fármacos mais modernos à população, ainda que para isso seja necessário priorizar essa distribuição a alguns segmentos sociais específicos, o presente estudo não tem como objetivo analisar a qualidade dos medicamentos dispensados nas Farmácias Populares, e nem tampouco comparar com outros programas de governo, em termos de qualidade destes produtos. Esta análise poderia ser objeto de novos estudos na área de políticas sociais em saúde pública, e, para tanto, seria necessário abordar a classe médica, que é quem poderia realizar uma avaliação técnica da qualidade dos produtos, sua eficácia e segurança aos pacientes nos tratamentos prescritos.

2.5 Relações entre os atores-chave do Programa

O estudo mostra que a questão do acesso aos medicamentos à população brasileira, incluindo o caso da Farmácia Popular, esbarra na questão estrutural do segmento industrial farmacêutico que tem a sua estratégia baseada na inovação, com investimentos elevados em Pesquisa & Desenvolvimento para a obtenção de retorno financeiro mediante o regime de

patentes, que garante às indústrias farmacêuticas de medicamentos de referência um monopólio de mercado enquanto durarem as patentes. Esta questão impacta no acesso aos medicamentos de referência em razão dos preços serem geralmente elevados e de difícil acesso pela população, principalmente pela classe popular. Os próprios medicamentos genéricos, que embora sejam mais baratos que os de referência, apesar de não terem investimentos em P&D, têm investimentos elevados em Marketing para o alcance do seu público consumidor, através de atividades de Propaganda junto à classe médica, prescritora dos medicamentos. Estes gastos são repassados aos consumidores nos preços, o que também acaba dificultando o seu acesso.

Considerando-se que uma parcela importante da população não obtém os medicamentos no mercado regular, mesmo sendo genéricos, é importante que o Estado garanta este acesso através de programas de assistência farmacêutica como a provisão pública nas farmácias básicas do SUS, para a sua dispensação gratuita, e o subsídio aos medicamentos retirados no Programa Farmácia Popular, através do sistema de copagamento, e também gratuitamente, para os tratamentos considerados prioritários como diabetes, hipertensão e asma; para estes últimos medicamentos, a gratuidade oferecida pelo Programa Farmácia Popular é importante, enquanto as ineficiências na provisão pública de medicamentos nas unidades do SUS não forem resolvidas.

Com base na Constituição de 1988, faz-se necessária para a garantia deste direito à população, uma atuação mais eficaz do Estado na criação de políticas públicas voltadas a promoção de um Estado de bem-estar social no Brasil, o que inclui a provisão de medicamentos à população, principalmente através dos serviços de assistência farmacêutica do SUS, sendo este serviço complementado por outros programas, como é o caso da Farmácia Popular, e, atuando também como regulador do setor farmacêutico, para garantir qualidade e preços mais acessíveis pela população, tanto para a sua obtenção no mercado regular como através dos programas de acesso do governo.

A criação do SUS em 1988 foi, portanto, o marco mais importante no país para o acesso aos medicamentos pela população, e, mesmo apresentando deficiências na sua provisão pública, antes de sua criação, a população contava essencialmente com a provisão dos medicamentos no mercado regular mediante seu próprio custeio, e o governo atuava, apenas pontualmente, em situações de emergência, como em epidemias no país.

Antes do SUS, a ausência de garantia de uma provisão pública de medicamentos ao alcance da população, trazia uma situação de iniquidade, em que apenas o segmento de maior poder aquisitivo podia obter os remédios para os tratamentos prescritos.

A função de regulador do setor farmacêutico tem se mostrado importante através da definição de leis que protegem os cidadãos no seu direito ao acesso aos medicamentos com qualidade, e, garantem às indústrias farmacêuticas de medicamentos de referência o seu direito ao retorno financeiro pelos investimentos feitos em P&D, para a inovação em seus produtos.

A Lei de patentes 9.279 foi criada em 1996 para a proteção da inovação na indústria farmacêutica e da saúde dos consumidores. Antes desta lei, estes não tinham a garantia da eficácia e segurança dos medicamentos pela ausência de mecanismos, como a realização de testes clínicos, exigidos para a aprovação dos registros de novos medicamentos, que oferecem maior segurança aos pacientes quanto aos efeitos adversos à sua saúde e à eficácia nos tratamentos. Os medicamentos eram comercializados como produtos “similares”, sendo geralmente produtos-cópia de medicamentos sob o regime de patentes no exterior, que não ofereciam nenhuma garantia quanto a sua eficácia e segurança aos consumidores.

Além dos investimentos em P&D, as indústrias farmacêuticas de medicamentos de marca necessitam investir em Propaganda e Marketing para conquistarem a imagem de melhor qualidade de seus produtos junto à classe médica, prescritora dos medicamentos, e, estima-se que esse investimento represente o dobro dos investimentos realizados em P&D, encarecendo ainda mais esses produtos. Para coibir os abusos e práticas não éticas pelas indústrias farmacêuticas, na sua influência junto à classe médica, foi criada no mesmo ano da criação da Lei de patentes de 1996, a Lei 9.294 para limitar as ações de propaganda da indústria farmacêutica.

Com o objetivo de regular e fiscalizar o setor farmacêutico, foi criada em 1998 a Anvisa pela Lei 9.782, garantindo aos consumidores a qualidade dos produtos através do cumprimento das normas para a produção e comercialização dos medicamentos prescritos.

A Lei 9.787 dos genéricos, criada em 1999, teve grande importância no acesso aos medicamentos, proporcionando medicamentos de qualidade a preços mais baixos que os de referência para a sua aquisição no mercado regular e através dos programas de governo, como é o caso da Farmácia Popular. Existe um conflito de interesses entre as indústrias farmacêuticas fabricantes de produtos de referência e as fabricantes de genéricos, pois os genéricos sendo mais baratos, acabam tendo a preferência nos programas de acesso do governo, como acontece no Programa Farmácia Popular.

A Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED foi criada em 2003 com base na Lei 10.742, para o estabelecimento de regras de controle de preços praticados pelos fabricantes (preços de fábrica) e pelas farmácias aos consumidores (preço máximo ao consumidor); esta lei contribuiu para que a população tenha acesso aos medicamentos a preços

mais acessíveis no mercado regular e também através de programas de governo, como é o caso da Farmácia Popular, no sistema de copagamento, em que o governo subsidia parte do preço e o consumidor paga a sua diferença.

O Estado vem atuando, portanto, como regulador do setor privado farmacêutico e como provedor de medicamentos, nas unidades de saúde do SUS e na rede própria do Programa Farmácia Popular e através da integração com a iniciativa privada, como é o caso do programa “Aqui tem Farmácia Popular”, com gratuidade ou parcialmente, no sistema de copagamento, tendo como dever, garantir o direito à saúde integral da população, o que inclui o acesso aos medicamentos, conforme previsto na Constituição de 1988.

Além do seu papel de regulador e provedor dos medicamentos, o Estado vem adotar no Programa Farmácia Popular uma postura mais intervencionista no setor farmacêutico, uma vez que estabelece, para toda a lista do Programa, os parâmetros em termos de valores de negociação entre as farmácias particulares e seus fornecedores através dos valores de referência estabelecidos pelo Ministério da Saúde para ressarcimento dos medicamentos comercializados no Programa às farmácias credenciadas. No caso dos medicamentos distribuídos no sistema de copagamento, existe uma maior flexibilidade nas negociações entre as farmácias particulares e as indústrias farmacêuticas e distribuidores, porém, para aqueles distribuídos com gratuidade, os valores de referência estabelecidos pelo governo acabam “engessando” as negociações com os fornecedores, e, as indústrias são forçadas a concederem descontos muito elevados para que seus medicamentos possam estar presentes nas farmácias.

Além destes valores de referência serem baixos e não estarem sendo corrigidos anualmente, os impostos sobre os medicamentos são crescentes, pois incidem sobre o PMC, que tem em geral reajustes anuais. Essa falta de atenção do governo a este aspecto do Programa coloca em risco a sua continuidade e adesão por parte do segmento farmacêutico, e, principalmente pelas indústrias farmacêuticas, inclusive os fabricantes de genéricos que tem maior participação no Programa, em razão de seus preços serem mais baixos, proporcionando maior rentabilidade às farmácias participantes.

O Programa, para ter a adesão das farmácias particulares e das indústrias farmacêuticas, necessita ser atrativo em termos financeiros, então o governo deve realizar uma revisão dos valores de referência para que estes sejam corrigidos ao longo dos anos e não comprometam a margem de lucro de seus participantes. Também se faz necessário rever a carga tributária que incide sobre os medicamentos que é muito alta no Brasil, girando em torno de 33% sobre os preços, enquanto que a média em outros países é de 6%.

O estudo vem, portanto, desnudar as relações entre os “grupos de interesse” no setor farmacêutico do Programa Farmácia Popular, abrangendo: as indústrias farmacêuticas de medicamentos de referência e de genéricos; os canais de distribuição, o que inclui os distribuidores, farmácias da rede própria do governo e rede de farmácias particulares; o Ministério da Saúde, gestor do Programa; a Fiocruz, gestora das farmácias do governo e em parceria com os estados e municípios; a Anvisa, órgão regulador e fiscalizador do setor; a classe médica prescritora dos medicamentos; e, por fim, os pacientes que buscam o acesso aos medicamentos nas farmácias populares.

Neste contexto de “conflitos de interesses” é muito importante que o Estado não atue com “parcialidade” nos interesses específicos destes grupos, como por exemplo, o favoritismo na autorização de novos registros de produtos para indústrias farmacêuticas pela Anvisa; escolha de fornecedores de medicamentos para a provisão pública baseada em práticas não éticas e falta de atenção ao aspecto “economicidade” na alocação dos recursos públicos entre os programas de governo para o acesso aos medicamentos no Brasil, conforme previsto pela Constituição de 1988.

O Programa Farmácia Popular, faz parte de uma política social na área de saúde importante, numa proposta de Estado de bem-estar social, em que a assistência farmacêutica pública vem amenizar os efeitos negativos da má distribuição de renda inerente a uma sociedade de regime capitalista. Numa social-democracia, o Estado atua como regulador dos mercados para evitar, por exemplo, abusos de poder do capital. O Programa Farmácia Popular representa, portanto, mais uma alternativa de acesso aos medicamentos e um mecanismo redistributivo de renda, aliviando o orçamento das famílias nas despesas, e, principalmente, das famílias das classes populares que têm seu atendimento médico feito na rede particular de saúde, mas encontram dificuldades em adquirir seus medicamentos no mercado regular, em razão do preço elevado destes produtos.

As políticas públicas implantadas para a proteção da propriedade industrial das indústrias farmacêuticas, a lei da propaganda da indústria farmacêutica, a criação da Anvisa, a lei dos genéricos e a lei para a criação da CMED para o controle de preços destes produtos, tiveram importância para melhorar o acesso da população aos medicamentos com qualidade e a preços mais acessíveis.

O Estado tem, por sua vez, atuado na proposta de uma social-democracia, como regulador do funcionamento do setor-privado farmacêutico, e, o Programa Farmácia Popular tem se pautado na teoria do bem-estar social, atenuando os efeitos distributivos do funcionamento do mercado brasileiro de regime capitalista.

O Programa Farmácia Popular foi implantado no governo do então Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva que foi caracterizado por uma expansão de programas sociais inclusivos das camadas populares, entre eles o Programa Farmácia Popular, buscando reduzir a desigualdade social gerada pela sociedade capitalista no Brasil. A partir de então, nota-se também um perfil do Estado mais intervencionista nos mercados, como a regulação dos preços dos medicamentos e determinação de valores de referência para ressarcimento das farmácias particulares, estabelecendo parâmetros para a sua negociação com os fornecedores para a obtenção de descontos, viabilizando a comercialização dos produtos no Programa nas farmácias.

De acordo com Przeworski (1995), o Estado na social-democracia acaba abandonando a proposta de estatização da produção industrial, abraçando apenas os setores não rentáveis e não atrativos para a iniciativa privada, criando uma situação em que o setor público é tristemente conhecido pela sua ineficiência, segundo critérios capitalistas, resultando num sério golpe contra a expansão do Estado no setor produtivo. Infelizmente essa ineficiência do Estado se apresenta também em outros setores, como o de serviços de assistência farmacêutica à população, sendo esta a razão pela qual o governo vem optar pela estratégia de crescimento baseada na integração com a iniciativa privada para a provisão de medicamentos à população no Programa Farmácia Popular, sendo este Programa muito mais um mecanismo criado pelo governo para “cobrir” as ineficiências do Estado no serviço de assistência farmacêutica nas farmácias básicas do SUS, do que, de fato, proporcionar uma alternativa complementar ao SUS, ampliando o acesso a mais pessoas e regiões do Brasil.

3 ASPECTOS FINANCEIROS E OPERACIONAIS DO PROGRAMA

3.1 Aspectos financeiros

O Ministério da Saúde estabeleceu, através da Portaria 971, o valor de referência para cada medicamento e a política de subsídios determina os descontos e coberturas do governo sobre estes valores. Este valor de referência fixado para cada medicamento no Programa considera um subsídio ao seu preço pago pelas farmácias junto aos distribuidores e fabricantes e também uma contribuição para a cobertura dos custos fixos e operacionais das farmácias para a sua comercialização no Programa.

Valor de referência é o valor, em reais, ressarcido pelo Ministério da Saúde às farmácias particulares credenciadas, para cada princípio ativo da lista de medicamentos distribuídos no Programa Farmácia Popular.

De acordo com a Coordenadora do Programa Farmácia Popular nos anos de 2006 a 2007 (2014), os valores de referência para o ressarcimento às farmácias particulares foram calculados com base no preço médio ao consumidor do primeiro quartil, ou seja, com base no preço médio dos valores mais baixos de mercado dos princípios ativos distribuídos no Programa, em sua versão genérica.

A Coordenação do Programa no Ministério da Saúde (2013) cita o exemplo de um comprimido de determinado princípio ativo com o preço máximo ao consumidor de R\$10,00, com o valor de referência ressarcido pelo governo de R\$5,00, em que as farmácias privadas, com base neste valor, deverão negociar junto aos distribuidores e fabricantes de medicamentos, valores competitivos com descontos que lhes garantam uma margem de contribuição que, pelo menos cubra seus custos fixos e operacionais para a comercialização destes medicamentos.

Entende-se por preço máximo ao consumidor - PMC como o preço máximo de venda ao consumidor para cada medicamento comercializado nas farmácias, sendo estabelecido através da política de controle de preços da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED.

As farmácias privadas não têm nenhum tipo de incentivo fiscal para a participação no Programa, e nem mesmo os distribuidores e as indústrias farmacêuticas fabricantes destes medicamentos possuem algum incentivo do governo. Entretanto, as unidades da rede própria

têm incentivo fiscal do governo, pois são isentas do imposto estadual ICMS nas suas compras via licitação.

De acordo com a Febrarma (2008), este conceito de copagamento tem a vantagem de permitir uma maior flexibilidade na criação de instrumentos de acesso, permitindo diferentes níveis de subsídios, de acordo com as prioridades estabelecidas pelo governo por regiões, patologias, níveis de renda, faixas etárias, entre outras.

Esses diferentes níveis de subsídios e consequentemente de preços, impõem uma racionalidade econômica na elaboração das políticas e ofertas de medicamentos, nivelando-os de acordo com as necessidades e prioridades da população, permitindo um alcance, com os mesmos recursos orçamentários, de maior parcela da população, tornando este instrumento mais efetivo.

Considerando que o objetivo do Programa deveria ser o de atender primordialmente os segmentos da classe popular, como estes já são fortes usuários do SUS, os níveis de subsídios deveriam estar associados à origem da receita. Sendo assim, para as receitas prescritas pelo sistema SUS, o subsídio deveria ser maior, enquanto que para as receitas provenientes do sistema de atendimento médico privado, o subsídio deveria ser menor.

Esta medida reduziria o desvio de comportamento no qual as pessoas que têm maior renda e, portanto, não necessitam de subsídio maior, passem a utilizar o Programa devido à facilidade de acesso às farmácias onde já adquirem regularmente os seus medicamentos. Com isso, sobrariam mais recursos para ampliar o acesso aos medicamentos para os segmentos sociais prioritários.

Uma questão importante, com impacto negativo nos preços dos medicamentos, é a incidência de impostos muito elevados no Brasil sobre os medicamentos, que são considerados bens essenciais à população.

O Sindusfarma (2013) aponta para a necessidade de redução nos impostos sobre medicamentos, pois com base na constituição federal de 1988, deve-se oferecer tratamento fiscal diferenciado aos bens essenciais, mas deveria ser “para menos” e não “para mais”, como acontece com os medicamentos. Comparando-se com outros países, são apresentadas as seguintes configurações de impostos para esses produtos:

Tabela 21: Impostos sobre medicamentos nos países (carga tributária média em %)

País	Percentual (%)
Brasil	33.9
Argentina	21
Chile	18
Alemanha	16
Itália	10
Finlândia	8
Grécia	8
Holanda	6
Bélgica	6
Japão	5
Portugal	5
Espanha	4
Suíça	2.4
França	2.1
Venezuela	0
México	0
Estados Unidos	0
Suécia	0
Colômbia	0
Canadá	0
Reino Unido	0
Média sem Brasil	6.3

Fontes: TALOGDATA; Análise BCG; IBPT (Gilberto Luiz do Amaral, 2006); Elaboração: Sindusfarma/Gerência de Economia

Tabela 22: Brasil - Carga tributária no preço final de alguns bens no Brasil

Produto	Imposto (%)
Medicamentos	33.9
Restaurantes	32.3
Açúcar	30.4
Teatro/cinema	30.3
Frutas	21.8
Ovos	20.6
Joalheira	20.2
Carne bovina	17.5
Arroz e feijão	15.3
Sal	15.1
Farinha de trigo	14
Med. Veterinário	13.1
Leite	12.6

Fonte: IBPT - Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário (Gilberto Luiz do Amaral, 2006); Elaboração: Sindusfarma/Gerência de Economia

Se no Brasil, o consumidor paga no medicamento em torno de 33% de imposto na fabricação dos produtos e em torno de 33% de margem para a farmácia, que é a diferença entre o preço de fábrica e preço máximo ao consumidor, resta apenas um percentual em torno de 30% do preço do medicamento para a indústria cobrir todos os seus custos e ainda garantir a sua margem de lucratividade.

De acordo com o Gerente Técnico Administrativo da Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos, a Pró Genéricos (2014) o Programa é considerado importante como alternativa de acesso aos medicamentos no Brasil, sendo também importante para as indústrias de genéricos.

Entretanto, do mesmo modo que acontece com as indústrias de medicamentos de marca, a participação das indústrias de genéricos no Programa também não é financeiramente atrativa, mas tem importância estratégica para essas empresas, pois a sua participação no Programa contribui para uma imagem positiva junto ao mercado consumidor, como empresas colaboradoras nas políticas públicas do governo para o acesso aos medicamentos pela população.

A indústria de genéricos, em geral, encontra-se hoje no limite em termos de ganhos financeiros para a sua participação no Programa, e, não é possível se pensar em crescimento nessas vendas, sem uma contrapartida do governo, com um melhor alinhamento dos valores de referência ressarcidos às farmácias.

Vale lembrar que os valores de referência são fixos e estabelecidos por decreto, porém, não existe nenhum índice de correção previsto para a atualização destes valores ao longo dos anos no Programa.

Os genéricos representaram 76% dos medicamentos distribuídos no Programa, em setembro de 2013, oferecendo a vantagem dos preços mais baixos nas compras pelas farmácias, comparando-se com os de marca, ao mesmo tempo em que têm a sua segurança comprovada pelos seus testes de equivalência.

A preferência aos genéricos no Programa Farmácia Popular se deve ao fato destes medicamentos oferecerem margens de lucratividade maiores às farmácias, porém, as indústrias de genéricos acabam tendo que oferecer descontos altos, em torno de 60% sobre o preço de fábrica, para participarem do Programa.

De acordo com a Pró Genéricos (2014), a participação dos medicamentos genéricos poderá aumentar ainda mais, porém, será necessária a criação de mecanismos de reajustes para a atualização dos valores de referência ressarcidos pelo governo.

De acordo com o Gerente de Marketing da Divisão de Genéricos (2014) de uma indústria farmacêutica fornecedora no Programa, este também é considerado importante como alternativa para ampliar o alcance da população aos remédios e para a empresa, em termos de estratégia mercadológica, para estar presente nas farmácias aos consumidores.

Entretanto, em termos financeiros, o Programa não foi considerado atrativo devido aos elevados descontos que são obrigados a conceder nas negociações com as farmácias, para que seus produtos possam ser comercializados com uma margem satisfatória nos pontos de venda, considerando-se que o valor de referência ressarcido pelo governo é muito baixo, mesmo para os genéricos, que são mais baratos que os medicamentos de marca.

Ocorre que, muitas vezes as farmácias negociam descontos elevados para a comercialização dos medicamentos no Programa, mas parte das vendas é feita no Programa e parte fora dele. Este mecanismo de ressarcimento às farmácias a um valor muito baixo, acaba provocando uma “guerra de preços” entre as indústrias no setor, mas a empresa afirmou não compactuar com essa estratégia para a comercialização de seus produtos no mercado.

A redução nas margens de comercialização dos medicamentos no Programa, acaba sendo compensada pelas indústrias farmacêuticas com os “ganhos de escala”, na comercialização de maior volume no mercado, ganhando-se portanto no volume elevado e não na margem unitária elevada na comercialização do produto.

De acordo com a empresa, existem indústrias que aplicam descontos de até 95% nas vendas de seus medicamentos para estarem presentes nas farmácias no Programa Farmácia Popular.

Foi feito um estudo pelo governo para a redução dos valores de referência para o ressarcimento às farmácias, mas a proposta não se concretizou. Acredita que a possibilidade de revisão destes valores de referência pelo governo, embora necessária, é muito remota. Comentou que não existe nenhum incentivo fiscal para a comercialização dos medicamentos no Programa, entretanto, está em andamento um estudo para desonerar os produtos distribuídos com gratuidade.

Comenta ainda que as indústrias têm sido o maior foco das auditorias do governo, uma vez que têm maior representatividade em termos de faturamento no setor farmacêutico e também estão em menor número, comparando-se com as farmácias, o que acaba simplificando o trabalho dos auditores fiscais. Na sua opinião, quem sai ganhando no Programa são os consumidores, as farmácias e o próprio governo, que ganha visibilidade frente à população.

De acordo com o Gerente Institucional da Divisão Farmacêutica de uma indústria farmacêutica de medicamentos de referência, participante do Programa e fornecedora de medicamentos para asma, o Programa é considerado estrategicamente importante para a empresa para que esta se posicione no mercado como uma “empresa socialmente responsável” e “comprometida com o acesso da população aos medicamentos”. Comenta que este posicionamento proporciona um impacto positivo à imagem da empresa frente aos seus consumidores; porém, em termos financeiros, afirma que a participação no Programa não é atrativa, pois a comercialização do medicamento não é lucrativa para a empresa.

Explica que a farmácia pode vender o medicamento tanto no Programa como fora dele, no preço regular de venda ao consumidor. Após conhecer o percentual do medicamento vendido no Programa, o pagamento ao distribuidor é feito de acordo com o valor de referência ressarcido pelo governo, sendo este valor inferior ao preço de fábrica. Por exemplo, se um comprimido tem o preço de fábrica no valor de R\$0,27 reais, o valor de referência deste medicamento ressarcido às farmácias pelo governo é de R\$0,25 reais, ou seja, o seu valor é inferior ao preço de fábrica, e, neste caso, a indústria é forçada a conceder descontos significativos para que o seu produto seja disponibilizado nas farmácias.

Do ponto de vista da indústria, o maior entrave para uma melhoria no acesso aos medicamentos é a própria sobrecarga tributária que incide sobre ela, com taxas girando em torno de 33% a 35% sobre os valores de venda. Para se ter uma comparação, os produtos para a divisão veterinária tem impostos inferiores ao produto humano, ficando em torno de 26% a 27% nos preços dos medicamentos.

Sugeriu uma mudança na política fiscal para desonerar a indústria, tornando os medicamentos, que são bens essenciais, mais acessíveis à população.

De acordo com o Gerente Nacional de Acesso de uma outra indústria farmacêutica, fornecedora de insulinas para o tratamento de diabetes no Programa, este é considerado importante como alternativa de acesso aos medicamentos pela população, tendo também importância estratégica para a empresa, na conquista de participação de mercado de insulinas no Brasil. No entanto, na sua opinião, a sua participação no Programa não pode ser considerada uma parceria entre o governo e a indústria farmacêutica, pois, para estar presente nas farmácias para a distribuição gratuita de seus produtos, a indústria é obrigada a negociar descontos muito elevados e não atrativos em termos de lucratividade para a empresa.

Sendo assim, as indústrias farmacêuticas acabam “pagando a conta” do Programa, uma vez que as redes de farmácias e distribuidores não estão reduzindo as suas margens nas

negociações com as indústrias, enquanto que os valores de negociação nas compras das farmácias são ressarcidos integralmente pelo Ministério da Saúde. Numa negociação normal, o desconto gira em torno de 7% nos preços de vendas, porém, no Programa, este desconto aumenta para aproximadamente 70%. Com isso, o Programa acaba provocando uma “guerra de preços” indesejável no setor.

Recomenda que se tenha uma melhor partilha na redução das margens praticadas no Programa entre a indústria, distribuidores e farmácias. As farmácias têm, em média, uma margem de aproximadamente 30% na comercialização de medicamentos e os distribuidores entre 5% a 10% da margem bruta, e, em torno de 2% da margem líquida.

Reforça que o sistema de copagamento é mais favorável à indústria, e, no início do Programa, todos os medicamentos eram oferecidos aos pacientes neste sistema, permitindo maior margem de negociação da indústria nas vendas de insulinas às farmácias.

Entretanto, a partir de fevereiro de 2011, alguns medicamentos foram considerados prioritários pelo governo, como é o caso das insulinas, sendo estes eleitos para distribuição gratuita à população, e, a partir de então, a margem de negociação nas vendas da indústria acabou sendo prejudicada.

O valor de referência, ressarcido pelo Ministério da Saúde às farmácias, não segue às regras de correção do setor e acaba ficando defasado. As correções nos preços dos medicamentos seguem a regra de reajustes anuais, geralmente no mês de abril, de acordo com a decisão da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED.

Ao contrário, as indústrias não são estimuladas, ao necessitarem sacrificar suas margens de lucro, mediante a concessão de descontos muito elevados na comercialização dos medicamentos, para que seus produtos estejam disponíveis nas farmácias.

A sua avaliação do Programa é que este ainda é considerado insatisfatório, por não estabelecer uma real parceria entre o governo e as indústrias, pois a sua participação não é atrativa em termos de rentabilidade financeira.

De acordo com uma rede de farmácias participante do Programa, com atuação na cidade de São Paulo, o sistema de subsídios do governo ao Programa, incluindo o sistema de copagamento pelos clientes, necessita ser melhorado, especificamente no que se refere aos valores de referência reembolsados às farmácias. Sugeriu que o governo ofereça benefícios aos participantes do Programa, como isenções de taxas ou desonerações de impostos, e, comentou que não existe nenhum tipo de benefício fiscal do governo para a participação das farmácias particulares no Programa.

O copagamento dos clientes a determinados medicamentos distribuídos no Programa é estabelecido pelo governo, ou seja, este define a lista de medicamentos comercializados neste sistema e define o valor máximo em que a farmácia poderá cobrar de seus clientes para cada um destes medicamentos.

O ressarcimento às farmácias é feito pelo Ministério da Saúde via crédito em conta, aberta especificamente para este fim. O prazo de pagamento não é fixo, pois ocorrem muitos atrasos, que chegam a acumular, em dois ou três meses de vendas.

Com relação ao valor ressarcido pelo governo no sistema de copagamento, não há diferença de margem para a farmácia, visto que parte do valor pago é subsidiado pelo próprio cliente. Já no sistema de gratuidade dos medicamentos, a farmácia necessita buscar descontos comerciais, junto aos fornecedores, muito elevados, a fim de viabilizar a disponibilidade dos produtos nas farmácias. Observou que não houve reajustes nos valores de referência dos medicamentos nos últimos anos.

A empresa tem encontrado dificuldades nas negociações com as indústrias farmacêuticas e distribuidores, dentro dos valores de referência ressarcidos pelo governo, nas compras de produtos para a sua distribuição no Programa com o benefício da gratuidade nas farmácias, por serem estes muito baixos.

A falta de disponibilidade de produtos distribuídos no Programa é pontual, e não o compromete. A farmácia acaba dando preferência aos medicamentos genéricos, uma vez que estes têm melhores preços nas compras junto aos fornecedores.

Com relação aos fatores críticos de sucesso do Programa, de uma forma geral, este foi considerado bem sucedido pela empresa; porém, devido ao baixo subsídio concedido pelo governo e as dificuldades nas negociações com os laboratórios farmacêuticos nas compras dos produtos, somente foi possível à empresa participar do Programa pelo maior volume de compras, obtendo, assim, melhores descontos que compensassem o baixo subsídio do governo e garantissem a lucratividade na sua comercialização nas farmácias.

Observa que as redes de farmácias têm melhores condições de negociação com os distribuidores e laboratórios farmacêuticos, comparando-se com as farmácias de pequeno porte, dado o maior volume de compras nestas negociações, permitindo-lhes obterem melhores descontos comerciais nas compras dos medicamentos.

Ressalta que, além do custo de aquisição dos medicamentos, as farmácias credenciadas ao Programa necessitam manter equipes focadas nesta operação, além de

incorrerem em outras despesas para a manutenção dos estoques, investimentos em tecnologia da informação e outros gastos para a operação do Programa nas lojas.

Uma outra rede de varejo entrevistada, também com atuação na cidade de São Paulo, considera o sistema de copagamento atrativo financeiramente à empresa, uma vez que este garante uma margem de comercialização satisfatória nas farmácias, em que o medicamento é comercializado no seu preço regular de venda, sendo parcialmente financiado pelo governo, e parcialmente pago pelos clientes.

Neste sistema, a margem da farmácia não é sacrificada, como acontece na distribuição de medicamentos com gratuidade. Os medicamentos incluídos pelo governo na gratuidade acabam não sendo atrativos financeiramente, por estes terem a sua margem de comercialização muito reduzida, em razão dos baixos valores de referência ressarcidos pelo governo; porém, as farmácias são obrigadas a comercializar estes produtos pela obrigatoriedade estipulada pelo governo para a sua inclusão no elenco de medicamentos do Programa. A farmácia credenciada é obrigada a comercializar todos os princípios ativos do Programa, e, quando ocorrem faltas, alegam que são decorrentes de problemas de abastecimento no mercado.

Cita como exemplo, o medicamento da marca Glifage, para o tratamento de diabetes. Este produto não tem genérico e apresenta margem negativa de comercialização, ou seja, representa um prejuízo para a sua distribuição no Programa. Comenta que o prazo de ressarcimento dos valores de referência às farmácias pelo Ministério da Saúde gira em torno de 45 a 60 dias após a venda. A empresa relata encontrar alguma dificuldade nas negociações com as indústrias farmacêuticas e distribuidores, dentro dos valores de referência ressarcidos pelo governo para os medicamentos no Programa, e, principalmente para os medicamentos distribuídos na gratuidade. Existe preferência da farmácia pela comercialização dos genéricos, pois melhora a sua rentabilidade, entretanto, comenta que alguns medicamentos não têm genéricos.

Os valores de referência ressarcidos pelo governo são apontados pela empresa como sendo críticos para o sucesso do Programa, e necessitam ser revistos e atualizados, pois estão defasados. A consequência disso é que quem “paga a conta” acaba sendo a iniciativa privada, tanto as indústrias como varejistas do setor farmacêutico, e lembra que as empresas não têm interesse em comercializar produtos no Programa com prejuízo, o que vem a prejudicar tanto os pacientes, pela falta de disponibilidade do produto nas farmácias, como a classe médica prescritora dos fármacos.

Uma outra rede de farmácias entrevistada, com participação no Programa e também com atuação em São Paulo, afirma que o repasse do governo para o ressarcimento dos medicamentos distribuídos pela farmácia no Programa deveria ser maior, a fim de garantir a rentabilidade das empresas participantes, pois o governo tem uma economia muito grande em termos de custos logísticos para o armazenamento e distribuição dos produtos, incluindo, por exemplo, as despesas fixas de implantação e manutenção das farmácias, salários de farmacêuticos e colaboradores e treinamento de pessoal.

Comenta que os valores ressarcidos pelo governo, tanto para remédios dispensados com gratuidade como no sistema de copagamento, são creditados às farmácias, com mais de um mês após o mês de compra do cliente.

Afirma que todas as empresas de varejo encontram dificuldades nas negociações com os fornecedores no Programa, principalmente nas compras de insulinas e medicamentos de referência. Quanto à disponibilidade destes nas lojas, relata que houve situações de falta de insulina e metformina por problemas de suprimentos de matérias primas na indústria.

Estes feedbacks obtidos junto aos atores-chave do programa Farmácia Popular vêm confirmar que a proposta do governo de oferecer uma alternativa de acesso aos medicamentos através do Programa Farmácia Popular é boa; porém, a proposta inicial de operar no sistema de copagamento é ainda mais atrativa financeiramente aos participantes da iniciativa privada, tanto às indústrias farmacêuticas como farmácias, pois o preço do medicamento é subsidiado parcialmente pelo governo, e a diferença no seu preço final é complementada pelo consumidor.

Como a proposta de governo é proporcionar um alívio nas despesas familiares, é a população da classe popular quem será mais beneficiada pelo Programa, especialmente aquelas famílias que possuem um plano particular de saúde, mas encontram dificuldades para adquirir seus medicamentos no mercado regular.

Foi realizado um estudo piloto por Wendy Carraro (2014), com o apoio do Ministério da Saúde, abordando os aspectos econômicos do Programa, com o objetivo de desenvolver técnicas e métodos para avaliar os gastos totais dos programas de assistência farmacêutica do governo nas farmácias básicas do SUS versus programa “Aqui tem Farmácia Popular”, podendo ser depois reaplicado para todo o país. Foram entrevistados nesta pesquisa 12 municípios com farmácias básicas do SUS de diferentes portes, níveis de atendimento e demanda, sendo um município da região Norte, três da região Nordeste, dois da Centro-Oeste, sete da Sudeste e quatro da região Sul.

Foram analisados 27 medicamentos da lista do Programa, sendo que os valores de aquisição das farmácias particulares referem-se a um total de 3.342 notas fiscais de compras no período entre março de 2011 a julho de 2012, reunindo um total de 150 farmácias de diferentes portes, credenciadas ao programa “Aqui tem Farmácia Popular”.

Foi apurado pelo estudo um gasto médio operacional de R\$0,06 por unidade farmacotécnica nas farmácias básicas do SUS. A partir desta identificação, foi possível presumir o gasto total da unidade farmacotécnica, considerando o valor de compra do fármaco e o gasto operacional estimado. O estudo realizou uma análise comparativa entre os resultados da pesquisa com dados apresentados no Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas da União - TCU (2010). Para as farmácias particulares, o valor máximo pago pelo MS, descontada a carga tributária, representa o gasto total do governo com a farmácia privada, conforme demonstrado na tabela 23 a seguir:

Tabela 23: Comparativo do gasto total por unidade farmacotécnica da rede básica do SUS com os valores financiados pelo Ministério da Saúde para o programa “Aqui tem Farmácia Popular” (valores em R\$)

Descrição do medicamento	Farmácia Básica		Farmácia Privada			Variações	
	Valor de compra	Gasto total (A)	Valor Referência	Imposto	Gasto total (B)	Variação (B/A)	Variação TCU
<i>Captopril 25mg</i>	0,010	0,069	0,280	0,012	0,268	291%	2507%
<i>Maleato de Enalapril 10mg</i>	0,020	0,079	0,390	0,017	0,373	376%	1937%
<i>Atenolol 25mg</i>	0,020	0,079	0,190	0,008	0,182	132%	1250%
<i>Glibenclamida 5mg</i>	0,010	0,069	0,120	0,005	0,115	68%	1160%
<i>Cloridrato de Propranolol 40 mg</i>	0,010	0,069	0,080	0,003	0,077	12%	800%
<i>Hidroclorotiazida 25mg</i>	0,010	0,069	0,080	0,003	0,077	12%	710%
<i>Cloridrato de Metformina 850mg</i>	0,040	0,099	0,160	0,007	0,153	55%	592%
<i>Etinilestradiol 0,03mg levonorgestrel 0,15mg</i>	0,411	0,469	3.770	0,161	3.609	669%	550%
<i>Cloridrato de Metformina 500mg</i>	0,035	0,094	0,130	0,006	0,124	33%	343%
<i>Enantato de Norestisterona 50mg + valerato de estradiol 5 mg</i>	5.290	5.349	10.170	0,434	9.736	82%	42%
<i>Acetato de Medroxiprogesterona 150mg</i>	7.317	7.375	11.120	0,475	10.645	44%	14%
<i>Norestisterona 0,35mg</i>	3.649	3.708	4.960	0,212	4.748	28%	-15%
						150,1%	824,2%

Fonte: Dados de 2013 da pesquisa de doutorado de Wendy Carraro (2014).

Notas: * CA = mediana valor de aquisição dos medicamentos nos municípios pesquisados.

** Gasto operacional médio por unidade farmacotécnica de R\$ 0,06.

*** Valor de impostos incidente sobre a receita das farmácias privadas, FEBRAFAR 2011.

Observa-se que a variação apresentada no Relatório de Auditoria do TCU indica uma diferença significativa entre o resultado apurado nesse demonstrativo. Entretanto, deve-se levar em conta que a base de cálculo do relatório do TCU considera apenas o valor de compra da farmácia básica, ou seja, apenas o valor de compra do medicamento, tendo por numerador o valor financiado pelo Ministério da Saúde, sem considerar a redução do valor dos impostos. Ao ser analisado, por exemplo, o medicamento Captopril 25mg, foi verificado que o gasto total de uma unidade farmacotécnica na farmácia básica é R\$ 0,069 e o gasto total para o governo, no valor de referência, é de R\$ 0,268 já descontados os impostos. Ao ser feita a variação percentual, foi comparado o gasto total do governo federal com a farmácia privada com o gasto total do governo federal com a farmácia pública para obter a diferença superior, em termos percentuais, sobre os custos com a farmácia básica, chegando no seguinte resultado: $(0,268044/0,068593)-1 = 291\%$

Este resultado mostra que, para este medicamento, o financiamento da farmácia privada é 291% superior ao financiamento da farmácia básica, ou seja, o governo federal gasta 4 vezes mais com a distribuição do medicamento pela farmácia privada que com a rede básica.

Destaca-se que o percentual apresentado no relatório do TCU para o referido medicamento foi de 2.507%, (conforme apresentado na composição do cálculo: $(0,2790/0,0107)-1 = 2.507\%$), ou seja, o gasto público deste medicamento com a farmácia privada seria 26 vezes maior do que com a farmácia básica do SUS. Entretanto, como já mencionado, este cálculo leva em conta apenas os valores de compra e o valor de referência pago pelo Ministério da Saúde e não, os gastos operacionais da farmácia básica do SUS.

Considerando os treze medicamentos analisados, o relatório do TCU indicou que o governo federal gasta 824,2% a mais com o programa “Aqui tem Farmácia Popular”. Entretanto, a partir da apuração do gasto operacional por unidade farmacotécnica nas farmácias básicas do SUS, foi possível identificar que o governo federal gasta 150,1% a mais com este Programa, pelos mesmos medicamentos distribuídos pela rede básica.

Ao comparar o valor de referência pago pelo Ministério da Saúde com o gasto total de uma farmácia do SUS, pode-se esperar uma diferença razoável, levando-se em conta que este valor precisa cobrir não apenas o valor de compra do medicamento, mas também os gastos operacionais e uma parcela da margem de lucro das farmácias particulares.

A farmácia privada, ao credenciar-se ao programa “Aqui tem Farmácia Popular”, assume compromissos e responsabilidades que requerem, de certa forma, gastos adicionais. A

responsabilidade da farmácia privada é fazer a entrega ou venda com desconto dos medicamentos contemplados pelo Programa, sendo responsável por todo o processo: compra; registro do fornecimento no sistema específico do Ministério da Saúde, podendo este estar integrado com o sistema de gerenciamento de vendas da própria farmácia; realizar o registro, armazenamento e transferência da documentação do usuário do Programa; realizar a sua divulgação e atualização publicitária entre outros deveres especificados na legislação e no convênio firmado.

A participação dessas farmácias particulares no Programa poderá acarretar num aumento na sua demanda de mercado, incluindo os novos clientes usuários do programa “Aqui tem Farmácia Popular”, sendo necessários custos adicionais em relação à mão-de-obra. Estima-se que alguns gastos operacionais da farmácia privada como aluguel, energia elétrica, manutenção, segurança, entre outros de natureza fixa não têm aumento na mesma proporção que a demanda.

Conforme observado na pesquisa, alguns dos medicamentos analisados apresentaram uma diferença significativa no valor de compra, com base numa mediana destes valores, entre estes programas de governo.

Uma consideração importante em relação a estas variações, é que o valor de compra de medicamentos para as farmácias privadas é, significativamente, mais alto que o valor pago pelas farmácias da rede básica. Considera-se como possíveis explicações do diferencial entre as compras dos dois programas, alguns elementos que elevam o custo da farmácia privada em relação à rede básica, dentre os quais destacam-se: a origem do fornecedor; o volume de compras; frequência das compras; forma de apresentação dos medicamentos; custos adicionais com logística, incluindo as entregas programadas com alta taxa de reposição; distribuição; tipo de embalagem; itens complementares, como a bula, por exemplo; características específicas; custos relacionados à certificação de boas práticas de fabricação e prazos de pagamento.

Observou-se, a partir das análises das notas fiscais de compra dos medicamentos, que os fornecedores das farmácias públicas e privadas são diferentes, tendo por elementos explicativos, a natureza do laboratório fabricante ser privado ou público, e também, o tipo da embalagem apresentada. Nas farmácias públicas, boa parte dos medicamentos é comprada de laboratórios públicos; os preços são menores, pois compram maior quantidade e adquirem os medicamentos em embalagens classificadas como hospitalares, para serem dispensados, individualmente, nas farmácias básicas do SUS. Enquanto que nas farmácias privadas os

medicamentos são comprados dos laboratórios privados, devendo distribuí-los, obrigatoriamente, em embalagens individualizadas, segundo a orientação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2009), tornando o valor de compra mais elevado.

Observa-se também, que o volume de compras do município para abastecimento da população é muito maior em relação à quantidade de uma farmácia privada, até mesmo do que a demanda das grandes redes de farmácias. No caso da rede pública, além do volume elevado de medicamentos, a demanda é atendida, mediante licitação, pela produção em laboratórios e entidades governamentais, o que torna o valor de compra ainda menor. No caso das farmácias privadas, ainda que haja a necessidade de aquisição de grande volume de medicamentos, estas encontram dificuldades para a manutenção de uma estrutura com nível de armazenamento de estoques adequado para atender as necessidades de ressuprimento das farmácias. O volume de compras, poder de barganha e infraestrutura para estoque que a rede pública possui, podem ser justificativas da diferença entre os valores de compras das duas farmácias.

Os valores de referência ressarcidos pelo Ministério da Saúde às farmácias particulares credenciadas ao programa “Aqui tem Farmácia Popular” são, em média, 80% superiores aos valores de compra dos medicamentos.

Wendy Carraro (2014) realiza também uma análise de custo-volume, revelando elementos importantes por considerar a totalidade dos medicamentos e a sua respectiva demanda, e não unitariamente. Observou-se que a diferença entre o total financiado pelo Ministério da Saúde (valor de referência x volume de medicamentos financiados) e o total de compras efetuadas pela farmácia privada (valor de compra x volume de medicamentos financiados) representou um montante de R\$ 232.903.604,82, variação que corresponde a 34,2% sobre o total financiado. Deste montante é necessário que a farmácia privada deduza os valores correspondentes aos tributos, gastos operacionais e a sua margem de lucro. A tabela 24, a seguir, traz os resultados totais desta análise de custo-volume:

Tabela 24: Resultados totais da análise de custo-volume dos medicamentos do Programa “Aqui tem Farmácia Popular” – 2011

Volume de medicamentos financiados	2.535.251.585
Total financiado (valor de referência X volume de medicamentos financiados)	R\$ 680.807.883
Total de compras (valor de compra da farmácia privada X volume de medicamentos financiados)	R\$ 314.646.686
Diferença: Total financiado (-) total de compra (R\$)	R\$ 232.903.605
% Diferença/ total financiado	34,2%

Fonte: Dados de 2013 referentes à pesquisa de Wendy Carraro (2014)

A partir do conjunto de análises, pode-se concluir que o valor de referência pago pelo governo federal parece atender às necessidades da farmácia privada para que ela faça a compra dos medicamentos, compense seus gastos extras, pague os tributos e obtenha margem de lucro, o que favorece a sua participação e permanência no programa “Aqui tem Farmácia Popular” (CARRARO, 2014).

Vale observar que o programa “Aqui tem Farmácia Popular” tem causado preocupações, sendo estas reportadas em relatório de Auditoria do Tribunal de Contas da União – TCU (2010), como o valor pago pelo governo federal para estes medicamentos, quando comparados com os valores gastos pelo programa de farmácia básica do SUS. Segundo o TCU (2014), além da necessidade de melhorar a acessibilidade e qualidade dos serviços prestados, as políticas de assistência farmacêutica devem garantir a dispensação de medicamentos a valores razoáveis, buscando uma maior economicidade possível.

O relatório atenta para as seguintes questões:

- 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;

- a concorrência entre programas pode ocasionar a existência de migração dos beneficiários para a alternativa com melhor prestação de serviços. Essas migrações, potencialmente, podem impactar na perda de uma parcela considerável da clientela de um programa, e, a consequência disso é que o governo pode incorrer em ineficiências e desperdícios tais como a realização de compras diretas de medicamentos que não sejam consumidos pelos potenciais beneficiários;

- no relatório, procurou-se identificar a distribuição geográfica dos recursos e dos estabelecimentos privados credenciados ao Programa Farmácia Popular, bem como se há diferenças significativas entre os valores de referência adotados pelo Ministério da Saúde e os

preços medianos praticados pelos municípios nas compras diretas do programa Farmácia Básica e, caso positivo, se há estudos demonstrando o custo-efetividade do Programa Farmácia Popular.

Algumas considerações feitas a respeito da não comprovação do custo-efetividade do Programa:

- o valor de referência adotado pelo Programa Farmácia Popular, no sistema de copagamento para determinados medicamentos, apresenta-se significativamente superior ao preço mediano de aquisição, via programa Farmácia Básica, pelas secretarias municipais de saúde. Sobre esse aspecto, o Ministério da Saúde não apresenta estudos que justifiquem o custo-efetividade daquele Programa como estratégia complementar à Farmácia Básica;

- o governo, para combater determinado problema, possui um conjunto de possibilidades que deve ser analisado separadamente usando critérios de eficiência e eficácia. Para o caso dos programas de distribuição de medicamentos a regra é a mesma, e, o governo deve buscar a solução mais custo-efetiva. Assim, é aconselhável a realização de um diagnóstico profundo e atualizado sobre a fiscalidade, entendida como custo que o governo arca para a realização de determinada estratégia, para a escolha do melhor “mix” de programas;

- para encontrar a solução mais custo-efetiva, o governo deve considerar alguns aspectos do mercado de produtos farmacêuticos, como: a alta concentração de mercado em um número pequeno de empresas multinacionais, com preços altamente correlacionados internacionalmente e em alguns casos elevados (RÊGO, 2000) e mercados caracterizados pela prevalência de custos de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) e de Marketing. Os custos de produção propriamente ditos, matérias-primas e despesas de pessoal não são relativamente elevados. Essa situação faz com que os laboratórios produtores sejam capazes de realizar discriminação de preços entre clientes, por meio de venda a preços menores para grandes clientes;

- o maior cliente do mercado farmacêutico é o governo, e, essa característica é de extrema relevância no delineamento da regulação e da intervenção do poder público nesse mercado. O poder de grande comprador do governo é empregado por vários países como mecanismo de redução de preços no setor (Rêgo, 2000). No Brasil, essa prática, em tese, pode ser utilizada pelo programa Farmácia Básica, que adquire medicamentos via licitação. Já no

Programa Farmácia Popular esse poder acaba sendo dispensado pelo governo, pois adquire os medicamentos indiretamente pelas farmácias privadas;

- em resposta à diligência do TCU, 26 secretarias municipais de saúde informaram o preço unitário da última aquisição direta de medicamentos com a mesma apresentação daqueles financiados pela Farmácia Popular. O número de observações variou, pois nem todas as secretarias compravam o medicamento, ou o adquiriam com outra apresentação, ou foram descartados da amostra, tendo em vista o nível de preço informado. Para efeito de amostra, foram descartados os seguintes valores: a) preço superior em mais de 100% ao valor da mediana; e b) preço inferior em mais de 20% ao valor da mediana. As diferenças entre o preço mediano de aquisição do medicamento pelas secretarias municipais de saúde e o valor de referência fixado para a Farmácia Popular são mostradas na tabela 25 a seguir:

Tabela 25: Comparativo entre o valor de referência de medicamentos financiados pelo Programa Farmácia Popular no sistema de copagamento e o preço de aquisição direta pelas secretarias municipais de saúde.

Descrição do medicamento	Observações	Preço unitário Secret. Saúde	Valor Referência Ministério Saúde	Diferença %	Valor total fin. MS (2009)
<i>Captopril 25mg</i>	23	R\$0,0107	R\$0,2790	2507	55.652.132
<i>Maleato de Enalapril 10mg</i>	9	R\$0,0190	R\$0,3870	1937	107.046.911
<i>Atenolol 25mg</i>	5	R\$0,0140	R\$0,1890	1250	30.203.717
<i>Glibenclamida 5mg</i>	23	R\$0,0100	R\$0,1260	1160	8.317.101
<i>Cloridrato de Propranolol 40 mg</i>	16	R\$0,0090	R\$0,0810	800	4.279.874
<i>Hidroclorotiazida 25mg</i>	24	R\$0,0100	R\$0,0810	710	10.481.505
<i>Cloridrato de Metformina 850mg</i>	23	R\$0,0260	R\$0,1800	592	24.316.686
<i>Etinilestradiol 0,03mg levonorgestrel 0,15mg</i>	10	R\$0,5800	R\$3,7710	550	6.621.444
<i>Cloridrato de Metformina 500mg</i>	6	R\$0,0305	R\$0,1350	343	10.964.801
<i>Enantato de Norestisterona 50mg + valerato de estradiol 5 mg</i>	12	R\$7,1774	R\$10,1790	42	6.383.842
<i>Insulina Humana NPH 100UI/ml - Fa 10ml</i>	3	R\$18,9000	R\$26,5500	40	23.940.449
<i>Acetato de Medroxiprogesterona 150mg</i>	10	R\$9,7250	R\$11,1240	14	2.253.304
<i>Norestisterona 0,35mg</i>	18	R\$5,2250	R\$4,4640	-15%	287,074

Fonte: DAF; Secretarias Municipais de Saúde (dados coletados em abril de 2010, Relatório TCU, 2010).

Observam-se, como casos mais extremos, quatro medicamentos com diferença de preço entre o valor de referência e o preço mediano obtido nas licitações superior a 1.000%: Captopril 25mg, Maleato de Enalapril 10mg e Atenolol 25mg, para Hipertensão; e Glibenclamida 5mg, para Diabetes. No caso do Captopril 25mg, a diferença alcançou 2.500%.

Deve ser destacado que a simples comparação de preços de aquisição de medicamentos não é suficiente para caracterizar que um programa seja mais custo-efetivo que o outro. Também importa observar outros custos envolvidos na logística de armazenamento, transporte e distribuição dos produtos que podem encarecer uma opção em relação à outra. O programa Farmácia Básica, além de adquirir produtos farmacêuticos, incorpora ainda custos relativos à logística de armazenamento, transporte e distribuição. Por sua vez, os custos de logística das farmácias privadas do Programa Farmácia Popular são arcados pelas próprias farmácias.

O valor de referência representa mecanismo que agrupa os medicamentos por classes ou subclasses terapêuticas, estabelecendo um preço máximo para efeito de reembolso. No caso do Programa Farmácia Popular, no sistema de copagamento, a regra do valor de referência prevê o cálculo de uma média ponderada dos preços mais baixos de uma classe ou subclasse terapêutica, em que os pesos são calculados pelo percentual de faturamento de mercado dos laboratórios da amostra. O valor de referência representa um preço baixo dentro da classe de medicamentos adquiridos por entes privados, que é, na maioria dos casos estudados, bem mais elevado do que aquele pago pelo poder público para os mesmos produtos adquiridos diretamente, via licitação.

A Lei no 8.080/1990, no caput do seu art. 24, preceitua que “Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”. O TCU demandou ao DAF, por meio do Ofício de Requisição no 37-71/2010, estudo que demonstrasse a necessidade do Poder Público assegurar medicamentos básicos e essenciais à população, em caráter complementar, por meio da expansão do Programa Farmácia Popular para rede privada de farmácias, e que justificasse a adoção do sistema de coparticipação como alternativa mais eficiente e eficaz para a aquisição desses medicamentos pelo governo federal.

Em resposta à diligência do Tribunal, o DAF, por meio do Ofício no 387/2010/DAF/SCTIE/MS, enviou dois estudos: avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultados; Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da

Criança e da Mulher. Esses estudos, apesar de realizarem diagnósticos sobre a situação da assistência farmacêutica em alguns estados da federação, não apresentam considerações sobre o papel do Programa Farmácia Popular na complementação das ações de dispensação de medicamentos. Logo, não ficam, pela leitura dos mencionados artigos, esclarecidos pontos relacionados ao custo-efetividade desse Programa e tampouco a insuficiência do programa Farmácia Básica na cobertura desse serviço à população.

É importante avaliar a qualidade dos serviços prestados dado que esse fator pode levar os beneficiários a optarem por uma ou outra política governamental. A lógica diz que os beneficiários provavelmente optarão pela alternativa com o melhor “mix” de qualidade, preço e acessibilidade. Caso alguma das políticas tenha uma defasagem considerável em relação à qualidade dos serviços prestados, pode ocorrer incentivo à migração para outros programas. Assim, é muito importante possuir diagnóstico atualizado de como a demanda do Programa muda entre os diferentes programas.

Em visitas de campo, realizadas pela equipe de auditoria, foi obtida a informação, junto a proprietários de grandes redes de farmácias privadas, da possível existência de ineficiências na operação das farmácias públicas. Segundo os proprietários das grandes redes, as farmácias privadas teriam melhor capacidade de gerir o negócio de distribuição de medicamentos, não deixando que faltassem remédios, nem que os mesmos passassem dos prazos de validade, problemas que, segundo eles, ocorreria nas farmácias públicas. Estas afirmações devem ser objeto de melhor comprovação; contudo, existem outros indícios que sugerem que a qualidade dos serviços prestados pelas farmácias públicas pode ser melhorada.

Foi apontada a importância de se elaborar um estudo que comprove o custo-efetividade do Programa Farmácia Popular, no sistema de copagamento, em relação aos seguintes aspectos: custear, via rede privada de farmácias, medicamentos básicos que apresentam significativa diferença de preço entre o valor de referência estabelecido pelo Programa e o preço mediano de aquisição direta pelas secretarias municipais de saúde; alta desigualdade do recurso investido proporcionalmente à população residente nas cinco regiões do Brasil, que não obedece à lógica do disposto no art. 3º, §1º, da Lei no 8.142/1990; geração de benefícios para a população, em termos de melhoria da acessibilidade a medicamentos e da qualidade dos serviços prestados, incluindo a possível perda de clientela de outros programas públicos com objetivo similar de distribuição de medicamentos, como é o caso do programa Farmácia Básica.

Claudia Du Bocage Santos-Pinto (2014) questiona o fato do governo direcionar

investimentos na provisão de medicamentos através da iniciativa privada, no programa “Aqui tem Farmácia Popular”, ao invés de investir na provisão de medicamentos através da provisão pública, via SUS. Acredita que não se pode falar em melhora da qualidade da provisão de medicamentos no país através do Programa Farmácia Popular do Brasil, e que este funciona de forma paralela à provisão gratuita, que se manteve com os mesmos padrões ao longo do tempo, independente do Programa Farmácia Popular. Entretanto, observa que as unidades próprias do governo do Programa Farmácia Popular, sob a gestão centralizada da Fiocruz, parecem funcionar de modo mais satisfatório do que as unidades públicas de dispensação do SUS.

Afirma que a existência de vários modelos de provisão simultânea de medicamentos não seria questionada, se toda a população fosse atendida de forma satisfatória na rede pública do SUS, ou seja, se todos os medicamentos necessários estivessem disponíveis nessas unidades. Nesse caso não seriam feridas a integralidade, a universalidade e a equidade, que no cenário atual sofrem no momento em que os usuários não conseguem obter seu remédio na unidade pública de saúde, ou têm seus rendimentos comprometidos para obtê-los por intermédio da rede privada no programa “Aqui tem Farmácia Popular”.

Aponta que o Programa Farmácia Popular, como opção política da atual gestão, resgata a possibilidade de associação do governo federal com uma iniciativa de provisão de medicamentos essenciais, vista pelos usuários como bem-sucedida. Considera que as iniciativas que ampliam o acesso e logrem uma provisão adequada são sempre bem vindas; entretanto, atenta para que os resultados imediatos do Programa devam ser contrapostos aos de longo prazo, para que, ao final, não recaia sobre a população um aumento da sua carga de gastos com medicamentos. Lembra, por exemplo, que o programa “Saúde Não Tem Preço” tem o seu preço, considerando que o montante gasto pelo governo para ressarcir o setor privado credenciado ao Programa poderia estar sendo utilizado para a provisão de medicamentos no SUS, e, em vista dessa situação, questiona como admitir desabastecimento na rede pública.

3.2 Aspectos operacionais

Os aspectos operacionais do Programa têm impacto no seu objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos. Os principais aspectos operacionais, abordados nas

entrevistas junto aos atores-chave do Programa, foram os regulamentos, procedimentos e sistemas utilizados para a autorização do benefício da gratuidade ou de descontos nas vendas dos remédios nas farmácias particulares credenciadas ao Programa; e também, o sistema de credenciamento de novas farmácias particulares.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), para se obter o benefício, basta que o paciente apresente o seu número de Cadastro de Pessoa Física – CPF, documento com fotografia e a receita médica, com validade de 120 dias contendo o CRM do médico, em qualquer um dos estabelecimentos credenciados ao programa “Aqui tem Farmácia Popular” ou nas Farmácias Populares do governo.

Estes dados são inseridos em softwares das farmácias e as informações são enviadas, via internet, para o Ministério da Saúde que irá analisar e autorizar a venda com desconto de até 90% nos preços dos medicamentos ou as retiradas com gratuidade, para as patologias de diabetes, hipertensão e asma.

Essa autorização é realizada pelo Departamento de Tecnologia da Informação do SUS – Datasus, que efetua a verificação de alguns dados, como por exemplo, a idade para o fornecimento de fraldas geriátricas e sexo feminino para contraceptivos, além dos critérios definidos para a autorização da retirada dos medicamentos no Programa.

De acordo com o Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo – Sindusfarma (2013), a validade da receita médica deveria ser superior aos 120 dias atualmente estipulados pelo governo, pois as doenças crônicas requerem o uso contínuo dos medicamentos, e, dada a lentidão no atendimento das unidades básicas de saúde do SUS e dificuldade nas marcações de consultas nestas unidades, esse prazo deveria ser maior, possivelmente de um ano, para facilitar o acesso da população, principalmente da classe popular, aos medicamentos. Acredita que o prazo de validade atual da receita médica, estipulado pelo governo, dificulta o processo de retirada dos medicamentos no Programa, e, como os médicos do SUS não têm condições de atender toda a demanda populacional, muitas vezes, as receitas médicas acabam sendo feitas e renovadas inapropriadamente por outros profissionais de saúde do SUS.

De acordo com a Coordenação do Programa do Ministério da Saúde (2013), o monitoramento do desempenho do Programa é feito diariamente, através de sistema desenvolvido especialmente para a sua gestão, gerando um banco de dados para análises mediante “filtros de seleção” destas informações. Pelo sistema, conseguem detectar fraudes, bloqueando o pagamento às farmácias e sua conexão com o Ministério da Saúde para que

averiguem essas ocorrências, como a possibilidade de criação de receitas falsas, por exemplo, para vendas fraudulentas no Programa; e desvios no sistema, como descontinuidades no fornecimento de medicamentos distribuídos no Programa.

Afirmou que, até o momento, não foi identificada nenhuma descontinuidade que caracterize um boicote feito pela indústria farmacêutica ao Programa. Nas farmácias do governo também não houve nenhuma reclamação relacionada à descontinuidade de medicamentos por este motivo.

A possibilidade de inclusão das farmácias de manipulação no Programa, mediante cadastramento, foi desconsiderada pela Coordenação por questões operacionais, relacionadas à autorização do benefício aos medicamentos produzidos e distribuídos nessas farmácias. Comentou que, para se obter a autorização do Ministério da Saúde para o seu fornecimento no Programa aos pacientes nessas farmácias, seria necessário informar o código de barras do produto autorizado pela Anvisa, e esta exigência dificultaria a sua inclusão, pois estas farmácias atualmente não trabalham com códigos de barras nos seus produtos e atendem de modo personalizado os pacientes, dificultando o controle pelo Ministério da Saúde.

O sistema de informação permite o monitoramento dos ressarcimentos feitos às farmácias, comparando-se com uma média nacional. As farmácias necessitam manter em seus arquivos, os cupons fiscais e vinculados, cópias das receitas médicas e as notas fiscais de aquisição dos medicamentos para confirmarem as vendas com descontos ou com gratuidade no Programa, para serem apresentados nas fiscalizações do governo.

A Coordenação do Programa do Ministério da Saúde (2013) apontou, como necessidade de melhoria, a ampliação dos mecanismos de segurança do Programa para evitarem fraudes, realizando uma verificação das informações nas autorizações para o fornecimento dos produtos nas farmácias, comparando com as retiradas feitas nas unidades básicas de saúde do SUS, através do uso do cartão SUS pelos pacientes, a fim de evitarem retiradas em duplicidade, por exemplo.

No que se refere à comunicação do Programa, o Ministério da Saúde apenas distribui um selo, em forma de adesivo, para ser inserido no caixa das farmácias para a identificação dos consumidores a respeito do credenciamento delas no Programa, e, os demais materiais publicitários, como banners e placas com a lista dos medicamentos e valores, ficam sob a responsabilidade das farmácias. Também é feita a divulgação do Programa pelo governo através das mídias convencionais como rádio, televisão, internet e jornais.

De acordo com o Gerente de Marketing (2014) de uma empresa fabricante de

genéricos com participação importante no Programa, a promoção do Programa pelo governo necessita ser melhorada, pois foram feitas divulgações, porém com um foco mais político, necessitando de um conteúdo mais esclarecedor sobre a sua amplitude e benefícios oferecidos à população.

O Gerente Nacional de Acesso de uma indústria farmacêutica fornecedora de insulinas para diabetes no Programa (2013) aponta para questões como a burocracia e excesso de legislação como os principais obstáculos para o crescimento do Programa e melhor aproveitamento da verba pública para programas de acesso a medicamentos, como é o caso da Farmácia Popular.

De acordo com uma rede de farmácias participante do Programa, com atuação na cidade de São Paulo, um dos principais entraves para uma maior efetividade do Programa como alternativa de acesso aos medicamentos, está relacionado ao processo de aprovação do benefício pelo Ministério da Saúde nas farmácias, considerando que, para o paciente adquirir o produto através deste sistema, se faz necessário cumprir os itens dispostos na portaria 971/2012 que regulamenta o Programa.

Dentre estes itens, a principal dificuldade na aprovação do benefício está relacionada a problemas no receituário médico dos pacientes, estando em sua maioria, relacionados às falhas nos dados básicos, como a falta de endereço do paciente, carimbo médico ilegível, ou ainda, descrição incorreta da posologia. Dependendo da gravidade do erro, acaba-se por não dispensar o produto, fazendo com que o maior prejudicado seja o paciente, pois terá que trocar o receituário com o seu médico para atender às exigências do Programa para a concessão do benefício. Portanto, se faz necessário criar meios para flexibilizar e desburocratizar este sistema.

Para que o Programa se torne mais efetivo no acesso aos medicamentos e mais atrativo aos participantes, além da desburocratização e flexibilização mencionadas anteriormente, se faz necessário que o governo não limite o período de credenciamento dos estabelecimentos, o qual ocorre apenas uma vez ao ano. Após o pedido, costuma-se demorar mais de um ano para que uma nova loja possa iniciar a dispensação dos remédios no Programa.

Um outro ponto de dificuldade na operação do Programa, apontado pela empresa, é o sistema de comunicação entre as lojas e o Ministério da Saúde para a aprovação do benefício aos clientes. Se ocorrem problemas de comunicação no retorno da aprovação da dispensação pelo Ministério da Saúde, por exemplo, o paciente fica impossibilitado de retirar o

medicamento na loja, uma vez que não recebeu este retorno e o benefício consta na farmácia como não tendo sido aprovado ao paciente, porém, como no sistema do Ministério da Saúde o medicamento consta como tendo sido aprovado, acaba sendo ressarcido à farmácia. Para resolver esta inconsistência, a farmácia efetua o ajuste necessário deste pagamento indevido, entretanto, mesmo com esta correção, o paciente fica prejudicado, pois fica inviabilizado de solicitar nova aprovação para a retirada do medicamento no mesmo período.

Através de uma visita realizada a um ponto de vendas desta rede de farmácias, tive a oportunidade de acompanhar o processo de coleta de dados dos clientes para a sua inserção no sistema da farmácia e liberação do benefício pelo Ministério da Saúde para a dispensação dos medicamento aos clientes.

Após a realização do cadastramento do paciente uma única vez no sistema, é apenas necessário apresentar documento com fotografia, CPF e a receita na validade de 4 meses. A receita pode conter tanto o nome do medicamento de referência como o nome do princípio ativo. Se estiver discriminado o nome da marca, este pode ser substituído na farmácia pelo genérico correspondente. Entretanto, para os medicamentos similares, a receita deve discriminar o nome do similar para a sua retirada nas farmácias.

O processo foi ágil e consistente nas informações enviadas ao Ministério da Saúde para a liberação do benefício ao cliente. Para tanto, esta rede de farmácias realizou uma melhoria interna para a dispensação dos medicamentos no Programa, definindo um formulário específico “Check list Farmácia Popular” contendo todas as informações necessárias. São elas:

- receita;
- nome do paciente;
- endereço do paciente e estabelecimento de saúde;
- data da receita;
- carimbo médico;
- assinatura do médico;
- posologia;
- digitalização da receita;
- documentação do paciente cliente;
- documento oficial com fotografia e CPF;
- documentação do representante legal;

- documento oficial com fotografia e CPF;
- procuração ou similar;
- digitalização dos documentos;
- cupom vinculado;
- assinatura do cliente ou procurador;
- digitalização do CP. vinculado assinado;

Com a liberação do benefício pelo Ministério da Saúde, é gerado um código numérico para a sua autorização, devendo ser este apresentado no caixa para a geração e recebimento de cupom fiscal e pagamento, caso o medicamento seja dispensado no sistema de copagamento.

De acordo com uma outra rede de varejo, também com atuação na cidade de São Paulo, algumas exigências do governo para a liberação dos medicamentos nas farmácias acabam dificultando o seu acesso pela população, como por exemplo, a necessidade de apresentar o endereço do prescritor do medicamento nas receitas médicas.

A redução da burocracia é, portanto, considerada como sendo muito importante para o sucesso do Programa. Sugeriu a avaliação do uso da tecnologia da prescrição eletrônica já utilizada nos Estados Unidos, em que médicos e pacientes passariam a ser cadastrados no sistema no momento da consulta médica, facilitando todo o processo de liberação do benefício na retirada dos medicamentos pelos pacientes e o seu ressarcimento às farmácias pelo Ministério da Saúde. Neste sistema, o médico deve emitir um número contendo o código de barras para cada receita. O uso desta tecnologia pode reduzir o risco de fraudes nas farmácias, e sugere que o SUS também adote este sistema nas suas consultas médicas.

Aponta também para problemas no cadastramento de novas filiais, que acontece em períodos específicos, determinados pelo Ministério da Saúde, e na sua renovação anual no Programa, e observa que estas restrições acabam dificultando seu crescimento. Sugere também que seja feito um cadastramento único, válido para todas as lojas da rede.

Os problemas de comunicação com o Ministério da Saúde representam uma outra dificuldade no Programa. A gestão da comunicação com o Ministério da Saúde é feita por uma empresa terceirizada, a E-Pharma, e ocorrem falhas de comunicação entre os sistemas das farmácias e o Ministério da Saúde, como, por exemplo, a obtenção da liberação do Ministério da Saúde para a dispensação do medicamento na farmácia. Porém, a confirmação de sua venda é enviada ao Ministério da Saúde, que não a recebe por falhas de comunicação;

e, com isso, a farmácia acaba fornecendo o medicamento ao paciente, mas não consegue o seu ressarcimento.

Também ocorrem falhas nos cadastros dos medicamentos, em que os códigos de barras EAN registrados nas embalagens dos produtos encontram-se atualizados, porém estes códigos apresentam-se desatualizados nos cadastros do Ministério da Saúde.

Para que o Programa se torne mais efetivo no acesso aos medicamentos pela população e mais atrativo aos seus participantes, a empresa sugere uma redução na burocracia e maior investimento em Tecnologia da Informação para melhorar o processo de liberação do benefício aos pacientes e credenciamento de novas farmácias.

Apontou insatisfação quanto à proibição do Ministério da Saúde para a disponibilização do serviço de entrega em domicílio aos clientes no Programa, sendo este sistema muito importante para alguns segmentos da sociedade, como idosos e pessoas com necessidades especiais, que não podem se deslocar até as farmácias para a retirada dos medicamentos.

Sugere a criação de um programa de governo para acompanhar os pacientes em tratamento no Programa Farmácia Popular, podendo contribuir para a redução das internações no SUS, por exemplo. Comentou a respeito da iniciativa do programa da indústria farmacêutica Novartis “Vale mais Saúde”, lembrando que, mesmo com este acompanhamento feito pelo laboratório, acontece dos pacientes abandonarem o tratamento. Sugeriu a utilização do CPF do paciente, podendo obter este número através de seu cadastro no SUS, para a gestão deste programa de acompanhamento dos pacientes pelo Ministério da Saúde.

Reforçando a necessidade de redução na burocracia no Programa, uma outra rede de varejo com atuação na cidade de São Paulo, também participante (2014), cita, como entrave ao seu crescimento, o excesso de burocracia na exigência de informações sobre os clientes e nas prescrições médicas, frequentemente consideradas incompletas e sem a possibilidade de ajustes, pois as próprias receitas padronizadas pelo SUS não estão contemplando as exigências da lei.

Lembra que o excesso de burocracia requer a disponibilidade de funcionários nas farmácias para executarem estas operações de conferência dos documentos e informações exigidas para a autorização do benefício pelo Ministério da Saúde, e comenta que essa carga excessiva de trabalho de seus funcionários não interessa às farmácias, comparando estas atividades extremamente burocráticas como aquelas exercidas por cartórios. Sugere que este processo seja virtual, apenas alterando os dados e anexando os documentos necessários.

O processo de credenciamento de novas lojas também é excessivamente burocrático, e comenta que as filiais de empresas, já credenciadas ao Programa, não deveriam ter que solicitar adesões de novas lojas, tendo que aguardar a publicação destas autorizações para o seu credenciamento no Programa, e, sugere uma adesão automática dessas lojas, uma vez que a empresa já é parceira no Programa.

Quanto à lista de medicamentos do Programa disponível no site do Ministério da Saúde, comenta que não são informados o nome comercial nem o laboratório dos medicamentos, mas apenas o código de barras, impossibilitando que a população tenha acesso a essas informações, mas somente através da lista de medicamentos disponibilizada nas farmácias.

Sugeriu também permitir que o farmacêutico tenha maior autonomia para efetuar emendas em prescrições incompletas, como por exemplo, a ausência da data da prescrição e carimbo de recebimento do posto apenas com o nome da prefeitura ou do posto, mas sem o seu endereço. Sugere ainda um sistema integrado com o SUS para o atendimento às prescrições médicas dos pacientes.

Lembra que a fiscalização e auditorias do governo são mais severas e rotineiras em empresas de grande porte, devido ao volume da venda. Portanto, a farmácia deve ser rigorosa no atendimento às exigências do Programa para não incorrerem em multas elevadas impostas pelo governo.

De acordo com a Abrafarma (2015), a burocracia do sistema público é considerada um dos obstáculos para um acesso ainda maior aos medicamentos. A lista de problemas inclui receitas com prazos excessivamente curtos e prescrições preenchidas de forma incompleta pelo médico. O Presidente Executivo da Abrafarma comenta que “em pelo menos 30% dos casos, principalmente nas unidades do SUS, o médico não coloca a idade/endereço do paciente na prescrição, uma exigência do Programa. Depois de meses tentando uma consulta, o paciente vai à farmácia e as redes privadas são obrigadas a não atendê-lo, sob pena de exclusão do Programa por um simples detalhe como este”.

Outro problema é a necessidade de retornar à farmácia a cada 30 dias. “Para quê complicar a vida do usuário, que já sofre em razão da falta de acesso, com detalhes que podem ser resolvidos com boa vontade? Para o cliente e para a imagem do Programa, a frustração causada pelo excesso de burocracia é um desastre”. A solução, já apresentada pela Abrafarma ao Ministério da Saúde, seria dar mais poder para o farmacêutico, que poderia preencher os dados faltantes no ato da compra, por exemplo.

Como um caso testemunhal, uma usuária do Programa, com atendimento médico feito pela rede privada de saúde, e que o utiliza há cinco anos, retirando o medicamento Cloridrato de Metiformina para o tratamento de diabetes, relatou a sua experiência na utilização deste benefício, mostrando que este ainda necessita ser aperfeiçoado para que se torne mais eficaz no atendimento à população.

A cada trinta dias, a paciente retira gratuitamente o medicamento na farmácia, e, a cada retirada, necessita levar a receita com uma validade de 120 dias, mais um documento com fotografia e CPF para obter a aprovação do Ministério da Saúde. De acordo com a paciente, este processo de aprovação é muito burocrático, provavelmente em razão da ocorrência de fraudes nas farmácias.

Geralmente encontra o produto que necessita disponível na farmácia, e o medicamento que tem retirado é genérico. Necessita também do medicamento Crestor, para tratamento de colesterol, porém este não faz parte do Programa.

A usuária relatou que consegue a receita médica em tempo hábil para garantir a continuidade do tratamento, pois, como o atendimento é feito na rede particular de saúde, solicita nova receita ao médico que, imediatamente, a providencia para a sua retirada no consultório. A paciente não apresenta nenhuma restrição para a retirada do medicamento na farmácia; porém, se não tivesse condições de se deslocar até o ponto de venda, o acesso aos medicamentos seria prejudicado pelo fato das farmácias não poderem realizar entregas em domicílio no Programa. Neste caso, teria que providenciar uma procuração para a sua retirada por outra pessoa, sendo um processo mais lento e muito burocrático, além de incorrer em custos adicionais para a sua preparação e autorização em cartório.

A paciente, de modo geral, está insatisfeita com o Programa Farmácia Popular, devido a sua excessiva burocracia para a obtenção da aprovação pelo Ministério da Saúde e retirada do medicamento nas farmácias. Acha a situação um pouco constrangedora por ter que ficar numa fila de espera com outras pessoas até obter essa aprovação e retirada dos medicamentos, tendo que enfrentar, inclusive, questionamentos de alguns quanto ao fato de ser gratuito, tendo condição financeira para a sua compra na farmácia, sem o uso do benefício. Existem aqueles que pensam que o fato dela estar retirando o medicamento gratuitamente na farmácia, implica em estar desviando verbas do governo, que poderiam estar sendo utilizadas para priorizar às camadas populares. Também considera o processo de cadastramento muito burocrático e demorado. Este poderia estar sendo agilizado, por exemplo, com a implantação de um processo via internet.

Acredita que o acesso ao Programa é dificultado pelo próprio governo, especialmente às classes populares, que dependem da disponibilidade de atendimento médico na rede pública de saúde do SUS para a renovação das receitas médicas a cada 120 dias, que é o prazo de validade das receitas estipulado pelo governo para a retirada de medicamentos no Programa.

A Coordenadora do Programa Farmácia Popular nos anos de 2006 e 2007 (2014) sugeriu que sejam ampliados os investimentos em Tecnologia da Informação no Programa, como a implantação da “receita eletrônica”, em que os dados do médico, paciente e princípios ativos prescritos já entram no sistema no momento de sua prescrição, nos consultórios médicos, gerando um código de barras para o seu rastreamento em toda a cadeia de distribuição dos medicamentos. Os dados dos medicamentos prescritos poderão ser acessados pelas farmácias, via sistema, facilitando todo o processo de aprovação do benefício aos pacientes e usuários do Programa pelo Ministério da Saúde.

Apontou que no Brasil, os medicamentos ainda não têm informações importantes para o seu rastreamento nos códigos de barras nas caixas dos produtos, como número de lote, data de fabricação e vencimento, o que inviabiliza o seu rastreamento e controle em toda a cadeia logística; e, essa deficiência acaba expondo todo o sistema de distribuição a problemas graves, como roubos de medicamentos, que deveriam estar sendo destinados ao atendimento à população.

Um artigo publicado no jornal Estado de São Paulo em 23 de novembro de 2013 sob o título “Fila nas Farmácias”, reforça o problema do excesso de burocracia imposta pelo governo para a liberação dos medicamentos nas farmácias, que acaba expondo muitas vezes os clientes a um processo demorado de espera para a aprovação do benefício do Programa Farmácia Popular pelo Ministério da Saúde.

Além das exigências burocráticas aumentarem o tempo de atendimento, estas também acabam pesando nos custos das farmácias. “Há excesso de burocracia, o farmacêutico se tornou um digitador de luxo”, reclama Sérgio Mena Barreto, Presidente Executivo da Abrafarma. Lembra que, nos Estados Unidos e em certos países da Europa, por exemplo, as receitas médicas têm validade de dois a três anos. Comenta que pacientes com doenças crônicas ou que fazem uso contínuo de medicamentos podem cadastrar-se e encomendar os remédios pela Internet, agilizando muito o atendimento aos clientes e reduzindo a sobrecarga de trabalho nas farmácias.

Mesmo que esta burocracia nas farmácias seja repassada para auxiliares, não há

garantia de fim dos transtornos ao cliente, lembrando que “O atendimento demora porque há poucos profissionais ou porque eles estão despreparados”, segundo Ana Maria Malik, Coordenadora do Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da Fundação Getúlio Vargas - FGV.

O Presidente Executivo da Abrafarma (2014) também apontou para a necessidade de investimentos em Tecnologia da Informação, para a implementação da “prescrição eletrônica” de medicamentos para um maior controle da sua dispensação, desde o consultório médico até a sua aquisição pelo paciente, usuário do Programa. Acredita que a implantação desta tecnologia deverá ocorrer em etapas, integrando primeiramente, e até o ano de 2016, as indústrias, distribuidores e varejistas, para depois integrar os médicos e pacientes.

Foi criada pela Anvisa, através da Resolução RDC No 54, em 10 de dezembro de 2013, uma nova lei que prevê a rastreabilidade dos produtos em toda a cadeia logística, através do desenvolvimento de melhorias na tecnologia de códigos de barras contidos nas caixas dos medicamentos, que facilitará a implantação da tecnologia da “prescrição eletrônica” para estes produtos. Atualmente, os códigos de barras nas embalagens apenas informam o nome do laboratório farmacêutico, produto e país de origem de sua fabricação. As informações de lotes, datas de fabricação e vencimento são apenas impressas nas caixas.

A RDC No 54/2013 estabelece que as empresas titulares de registros de medicamentos, fabricantes ou importadoras, devem garantir e zelar pela manutenção da qualidade, segurança e eficácia dos produtos até o consumidor final, a fim de evitar riscos e efeitos adversos à saúde; devem também adotar os mecanismos e procedimentos objeto desta norma. Com isso, todos os medicamentos devem ser rastreados nas etapas de produção, importação, distribuição, transporte, armazenagem e dispensação, e, também, nos demais tipos de movimentação previstos pelos controles sanitários, como o deslocamento das unidades de medicamentos entre quaisquer estabelecimentos ao longo da cadeia de produtos farmacêuticos, a dispensação e a devolução e o recolhimento de medicamentos já dispensados (PRICEWATERHOUSECOOPERS, 2015).

De acordo com o feedback dos atores-chave do Programa e usuários, conclui-se que o Programa necessita de melhorias para agilizar o processo de aprovação do benefício nas farmácias, além de facilitar novos cadastramentos e renovações anuais das farmácias credenciadas no Programa. Investimentos em Tecnologia da Informação se fazem necessários para que o sistema seja mais eficiente na integração entre o Ministério da Saúde e as farmácias participantes do Programa.

Conforme foi apontado pelo Sindusfarma (2013), é importante que os critérios de concessão do benefício aos pacientes sejam revisados pelo governo, a fim de facilitar ao acesso da população aos medicamentos e não dificultar, como acontece na definição do prazo de validade das receitas médicas de apenas 120 dias, sendo que os medicamentos são prescritos à população para o seu uso contínuo.

Aspectos como a possibilidade de os pacientes atendidos pelo Programa Farmácia Popular também poderem ser beneficiados pelo serviço de entrega em domicílio das farmácias particulares são de grande importância para facilitar ainda mais o acesso aos medicamentos, principalmente por alguns segmentos da sociedade, como é o caso dos idosos e pessoas com necessidades especiais, que requerem um atendimento especial.

4 MAPA DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) foi instituída pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, com o objetivo de avaliar aspectos relacionados ao acesso, a utilização e a promoção do uso racional de medicamentos no Brasil, permitindo conhecer melhor a forma como os brasileiros obtêm e usam seus medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, doença respiratória crônica, colesterol alto, depressão, AVC, doenças do coração, reumatismo e outras doenças com mais de seis meses de duração.

De acordo com dados preliminares da pesquisa realizada até outubro de 2014, atingindo um percentual de 30% do trabalho de campo concluído, as entrevistas foram feitas em residências, de 23 de setembro de 2013 a janeiro de 2014, somando um total de 41.443 entrevistas, abrangendo um público de todas as faixas etárias da população, sendo selecionados aleatoriamente para estas entrevistas 244 municípios das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do país.

Para as entrevistas feitas nas unidades básicas de saúde do SUS, a partir de junho de 2014, foram escolhidos 75 municípios dentre estes 244, sendo 15 para cada região do país, numa proporção equivalente de pequeno, médio e grande portes destes municípios. Foram entrevistados 750 usuários destas Unidades de Saúde no total.

A PNAUM foi instituída pela Portaria Nº 2.077, de 17 de setembro de 2012 do Gabinete do Ministro da Saúde, levando em consideração a necessidade de avaliar as políticas públicas de assistência farmacêutica no Brasil. Esta pesquisa integra ações do Departamento de Assistência Farmacêutica e do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretária de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

A proposta do Ministério da Saúde é, portanto, utilizar os resultados da pesquisa na avaliação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, visando ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos. Como objetivos específicos, a pesquisa se propõe também a identificar as formas e locais de obtenção dos medicamentos, incluindo as unidades básicas de saúde do SUS, o Programa Farmácia Popular e as farmácias privadas, e, também, avaliar o acesso a medicamentos segundo variáveis demográficas, sociais e econômicas.

A pesquisa foi realizada em parceria com 11 Instituições de Ensino Superior,

incluindo, além da Fundação Osvaldo Cruz, a Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de São Paulo e Universidade Federal de Ceará e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e outras. A pesquisa está organizada em duas estratégias: componente populacional e de serviço.

Os resultados preliminares da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), foram apresentados no painel “Resultados e avanços de pesquisas estratégicas para o SUS” no evento “Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde”, em novembro de 2014. Foram apresentados resultados da pesquisa para os tratamentos de hipertensão, diabetes e doença respiratória pulmonar crônica. De acordo com estes resultados, o Brasil apresenta elevados índices de alcance aos medicamentos para tratamentos de doenças crônicas prevalentes, mas precisa ampliar esse índice quanto a episódios agudos, para atender casos como dor, febre, gripe, resfriado, rinite e infecções.

Os resultados preliminares das entrevistas realizadas junto à população com 20 anos ou mais no Brasil apresentam a seguinte situação: o acesso a medicamentos para hipertensão apresentou os melhores resultados: 94% da população tem acesso ao tratamento, com uma ligeira diferença entre as regiões do país: Sudeste e Sul apresentam os melhores níveis de acesso, com percentuais de 96% e 95% respectivamente, enquanto que a região Norte apresenta nível de acesso ligeiramente inferior, com um percentual de 93%; a região Centro-Oeste fica numa posição intermediária com percentual de 90% e o Nordeste já apresenta um índice inferior à todas as demais regiões, com 89% de acesso a estes tratamentos. Estes resultados diferem pouco, se comparados os perfis populacionais por classes sociais, segundo critérios de Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP: as classes D/E tem acesso aos medicamentos ligeiramente inferior às demais classes, com percentual de 91,5%, enquanto que as classes A/B tem melhor acesso, com participação de 95,6%, e a classe C com 94,3% da população.

Os dez fármacos mais utilizados para o tratamento da hipertensão (hidroclorotiazida*+, losartana*+, captopril*+, enalapril*+, atenolol*+, anlodipino*, propranolol*+, hidroclorotiazida em associação com losartana, furosemida*+ e ácido + acetilsalicílico*) correspondem a 83% de todos aqueles utilizados para esta doença. Destes, nove são monofármacos e estão na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do SUS - RENAME (*), sendo fornecidos nas farmácias das unidades de saúde do Sistema Único de

Saúde (SUS); e oito estão também no Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui tem Farmácia Popular e/ou rede própria (+) e podem ser obtidos sem custo. A hidrocolotiazida, em associação com a losartana, está somente disponível para compra com recursos do próprio bolso.

No caso do diabetes, 92,8% da população tem acesso aos medicamentos, entretanto, ao se analisar o acesso por regiões, a região Norte tem menor acesso, com apenas 87,3% das prescrições atendidas, tendo o Nordeste 91,3% e Centro-Oeste 92,3%, e, a região Sudeste tem a melhor cobertura de 94,2% no total das prescrições; os percentuais distribuídos pelas classes sociais apresentam uma pequena diferença, tendo as classes A/B 90,7%, a classe C 93,3% e as classes D/E 93,6%.

O acesso total aos medicamentos, tanto para o tratamento de hipertensão como diabetes, é superior a 90% entre todas as classes sociais (AB, C, DE).

Os dez medicamentos mais utilizados referidos para tratar o diabetes (metformina*+, glibenclamida*+, glicazida*, glimepirida, sinvastatina*+, ácido acetilsalicílico*+, metformina em associação com vildagliptina, vildagliptina, sitagliptina e clorpropamida) correspondem a 89% de todos os medicamentos utilizados para esta doença. Destes, cinco estão na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do SUS - RENAME (*), sendo fornecidos nas farmácias das unidades básicas de saúde do SUS, e quatro também estão no Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui tem Farmácia Popular e/ou Rede Própria (+) e podem ser obtidos sem custo. A glimepirida, metformina, em associação com a vildagliptina, vildagliptina, sitagliptina e clorpropamida estão somente disponíveis para compra com recursos do próprio bolso.

Com relação à doença respiratória pulmonar crônica, o acesso da população a esses tratamentos é menor, apresentando um índice de 76,1% das prescrições, e, os resultados revelam diferenças acentuadas entre as regiões do Brasil e entre as classes sociais: o Nordeste tem a pior situação, com apenas 64,6% de acesso, seguida pela região Norte com 68,8%, Sul com 74,4%, Centro-Oeste com 74,8% e a região Sudeste com a melhor situação, com 83,6%; quanto às classes sociais, as classes D/E têm a pior situação com apenas 58,2% de acesso, as classes A/B com o melhor acesso de 84,6% e a classe C com 78,4%.

Estes resultados vêm confirmar que, em geral, é a população das camadas populares a mais fragilizada em termos de alcance aos remédios para o tratamento de doenças crônicas, especialmente nas regiões Nordeste e Norte do país.

O acesso total aos medicamentos para o tratamento das doenças crônicas não

transmissíveis investigadas (hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, doenças cardíacas, doenças respiratórias, reumatismo e depressão) mostra que quanto maior o número de doenças crônicas não transmissíveis relatadas pelo entrevistado, menor é o acesso aos medicamentos necessários para o seu tratamento.

Este comportamento está demonstrado na tabela 26 abaixo: enquanto o acesso para o tratamento de uma doença crônica é de 93,8%, para dois tratamentos, esse nível cai para 89,7%, e, para três tratamentos, fica ainda menor, com um percentual de 88% das prescrições feitas pela classe médica.

A pesquisa adotou a seguinte classificação para a definição dos “níveis de acesso”:

- Acesso total: obtenção de todos os medicamentos necessários nos últimos 30 dias;
- Acesso parcial: falta de algum medicamento nos últimos 30 dias;
- Acesso nulo: sem acesso por dificuldade financeira ou falta de disponibilidade no SUS.

Tabela 26: Acesso global a medicamentos para doenças crônicas de acordo com o número de doenças crônicas referidas

“Nível de acesso	3 Doenças crônicas	2 Doenças crônicas	1 Doença crônica
Acesso total	88,0	89,7	93,8
Acesso parcial	11,2	9,0	5,4
Acesso nulo	0,9	1,3	0,8

Fonte: PNAUM, Brasil (2014)

A situação de acesso aos medicamentos para o tratamento das principais doenças crônicas prevalentes, através dos serviços públicos e privados, é demonstrada nas tabelas 27, 28 e 29 a seguir, por critérios de região geográfica e classe social (ABEP).

Tabela 27: Acesso a medicamentos através dos serviços públicos e privados para a Hipertensão por hipertensos com indicação médica de tratamento medicamentoso por ABEP e região do país.

Região geográfica	Acesso total	Acesso Parcial	Sem acesso
Norte	93,5%	5,0%	1,5%
Nordeste	89,1%	9,4%	1,6%
Sudeste	96,0%	3,6%	0,4%
Sul	94,8%	4,9%	0,4%
Centro-Oeste	90,1%	8,1%	1,8%
ABEP			
A/B	95,2%	3,9%	0,9%
C	93,9%	5,5%	0,6%
D/E	92,2%	6,6%	1,2%
Total	93,8%	5,4%	0,8%

Fonte: PNAUM, Brasil, 2014

Tabela 28: Acesso a medicamentos através dos serviços públicos e privados para a Diabetes por diabéticos com indicação médica de tratamento medicamentoso por ABEP e região do país.

Região geografia	Acesso total	Acesso Parcial	Sem acesso
Norte	95,1%	4,1%	0,7%
Nordeste	92,7%	7,0%	0,3%
Sudeste	96,9%	3,0%	0,1%
Sul	95,1%	4,8%	0,2%
Centro-Oeste	93,4%	6,6%	0,0%
ABEP			
A/B	95,3%	4,3%	0,4%
C	95,8%	4,1%	0,1%
D/E	94,7%	5,0%	0,3%
Total	95,4%	4,4%	0,2%

Fonte: PNAUM, Brasil, 2014

Tabela 29: Acesso a medicamentos através dos serviços públicos e privados para a Doença Respiratória Pulmonar Crônica por portadores de doença respiratória pulmonar crônica com indicação médica de tratamento medicamentoso por ABEP e região

Região geografia	Acesso total	Acesso Parcial	Sem acesso
Norte	89,6%	9,1%	1,2%
Nordeste	75,1%	22,1%	2,8%
Sudeste	89,9%	10,1%	0,0%
Sul	93,2%	5,1%	1,7%
Centro-Oeste	95,2%	4,8%	0,0%
ABEP			
A/B	89,9%	10,1%	0,0%
C	89,3%	9,8%	0,8%
D/E	79,6%	17,3%	3,1%
Total	88,1%	11,0%	0,9%

Fonte: PNAUM, Brasil, 2014

Com relação à forma de obtenção dos medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, podendo ser “pagos” pelos pacientes ou “não pagos”, ou seja, gratuitos, esta é demonstrada na tabela 30 a seguir:

Tabela 30: Medicamentos de uso crônico segundo aquisição

Obtenção	Doença pulmonary	Diabetes	Hipertensão
Não pagou	59,1	77,3	71,6
Pagou	40,9	22,7	28,4

Fonte: PNAUM, Brasil (2014)

Os dados acima demonstram que o acesso gratuito aos medicamentos de diabetes e hipertensão de 77,3% e 71,6% respectivamente são altos, pois, apenas 22,7% e 28,4% destes tratamentos foram pagos pelo “próprio bolso” dos pacientes. Entretanto, para o tratamento de doenças pulmonares, o acesso gratuito é menor, apresentando um percentual de apenas 59,1%, enquanto que 40,9% dos tratamentos são pagos pela população.

A seguir, nas tabelas 31 e 32, são apresentados os índices de prevalência e formas de obtenção dos medicamentos para o tratamento de doenças agudas pela população:

Tabela 31: Prevalência de utilização de medicamentos nos 15 dias anteriores a entrevista para tratamento da dor, febre, infecções, afecções respiratórias e gastrointestinais agudas, segundo características sociodemográficas

Doença aguda	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Dor	20,1	27,8	18,0	21,2	26,0
Febre	2,6	2,0	1,6	1,4	2,3
Infecção	6,7	5,9	4,4	4,0	6,4
Gripe, resfriado ou rinite	5,1	5,3	3,5	3,7	3,8
Distúrbios gastrointestinais	6,2	5,7	6,7	6,0	6,6

Fonte: PNAUM, Brasil (2014)

Tabela 32: Medicamentos de uso eventual utilizados nos 15 dias anteriores a entrevista para tratamento da dor, febre, infecções, afecções respiratórias agudas e gastrointestinais, segundo aquisição

Aquisição	Estômago/ intestino	Gripe/resfriado/ rinite	Infecção	Febre	Dor
Não pagou	45,2	18,8	36,9	29,1	22,1
Pagou	54,8	81,2	63,1	70,9	77,9

Fonte: PNAUM, Brasil (2014)

Os dados acima demonstram que os medicamentos utilizados para episódios e afecções agudas, como dor, febre, infecção, gripe, resfriado, rinite, afecções de estômago e intestino, têm acesso gratuito ainda muito baixo; 81,2% dos medicamentos para afecções respiratórias agudas, como gripe, resfriado e rinite são pagos pelos pacientes; 77,9% para dor; 70,9% para febre; 63,1% para infecção e 54,8% para afecções gastrointestinais. Este grupo de medicamentos é, portanto, sinalizado pela pesquisa como sendo a maior oportunidade de melhorias no acesso através de programas de governo.

Na tabela 33, a seguir, são apontadas as fontes de obtenção de medicamentos classificadas em: farmácias das unidades de saúde do SUS, Programa Farmácia Popular do Brasil e farmácias privadas (pagamento do próprio bolso). Essas fontes foram declaradas pelos entrevistados, quando esses forneceram as informações sobre cada um dos medicamentos utilizados para as doenças especificadas.

No caso do diabetes e hipertensão, as doenças mais prevalentes, 61% e 58% destes medicamentos, respectivamente, foram obtidos na rede do SUS. Em relação ao Programa Farmácia Popular do Brasil, esses percentuais representaram 18% para os diabéticos e 16% para os hipertensos. Aproximadamente 50% dos medicamentos para o tratamento da depressão e hipercolesterolemia, são obtidos no SUS; os medicamentos para o tratamento de doenças respiratórias crônicas e reumatismo tiveram baixas taxas de obtenção nos serviços do SUS.

Tabela 33: Proporção de medicamentos, utilizados por pessoas com 20 anos ou mais, segundo fonte de obtenção por doença especificada

Fonte	Diabetes	Hipertensão	Depressão	Hipercolesterolemia	Reumatismo	Doença Pulmonar
SUS	61	58	55	47	39	27
Farmácia popular	18	16	6	17	6	8
Farmácia Privada	21	26	39	36	55	65

Fonte: (PNAUM, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Farmácia Popular é uma iniciativa importante do governo federal para ampliar o acesso aos medicamentos a mais pessoas e regiões do Brasil, ao mesmo tempo que vem contribuir para aliviar as despesas familiares, principalmente as da classe popular, em que os gastos com medicamentos têm maior peso no orçamento. O Programa Farmácia Popular, embora seja universal, foi inicialmente planejado para beneficiar, como público-alvo, as famílias da classe popular que possuem um plano de saúde particular, mas encontram dificuldades em adquirir os seus medicamentos no mercado regular.

No entanto, observou-se, ao longo dos anos, que uma parcela importante de usuários do Programa Farmácia Popular é proveniente das unidades de atendimento do SUS, e esse comportamento revela ineficiências na assistência pública farmacêutica, as quais comprometem a disponibilidade dos medicamentos à população. O direcionamento de usuários do SUS às Farmácias Populares, representa, portanto, uma distorção no público-alvo do Programa. A gratuidade, estabelecida pelo governo federal em 2011, para os medicamentos de diabetes, hipertensão e asma parece ter sido, portanto, mais uma tentativa de o governo federal cobrir as deficiências na assistência farmacêutica do SUS do que ampliar o atendimento a mais pessoas e regiões do Brasil, para além dessas unidades públicas.

É importante que o governo venha concentrar seus esforços na melhoria da assistência farmacêutica prestada nessas unidades do SUS, aperfeiçoando a sua logística e aprimorando os seus controles, de modo a evitar desperdícios e garantindo a disponibilidade dos remédios à população.

Considero a estratégia de crescimento do Programa, baseada na integração com a iniciativa privada, o melhor caminho para o crescimento do Programa Farmácia Popular, pois concentra o direcionamento da verba pública no subsídio aos medicamentos, e não na implantação e manutenção de farmácias, como acontece na rede própria do governo; ao mesmo tempo em que conta com a gestão logística eficiente das farmácias particulares, garantindo, assim, a disponibilidade dos medicamentos à população.

Entretanto, é imprescindível que o governo federal reveja os valores de referência ressarcidos às farmácias e também estude a possibilidade de isenção, ou ao menos, a redução dos impostos sobre medicamentos, que são considerados bens essenciais, a exemplo de outros países como os Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Suécia, México e Colômbia onde

existe esta isenção (SINDUSFARMA, 2013).

Observa-se, como limitação do programa “Aqui tem Farmácia Popular,” o fato das farmácias de pequeno porte terem maior dificuldade para participarem do Programa, devido ao baixo valor de referência ressarcido pelo governo e menor desconto obtido nas negociações com seus fornecedores, e o menor volume de compras negociado por estas farmácias; o que fragiliza ainda mais o acesso aos medicamentos pela população destes municípios menores.

Essa desvantagem conferida às farmácias de menor porte representa um paradoxo ao Programa, pois expõe, ainda mais, a população destes municípios a problemas de falta de remédios para seu tratamento. Além da população não contar com as grandes redes de farmácia para a provisão de remédios no programa “Aqui tem Farmácia Popular”, os problemas graves e recorrentes na assistência farmacêutica pública das unidades básicas de saúde do SUS agravam este quadro de atendimento.

Os dados de acesso da pesquisa PNAUM (2015) vêm confirmar a necessidade de o governo incentivar uma maior adesão ao credenciamento de novas farmácias nas regiões onde o acesso aos medicamentos é dificultado, como é o caso das regiões Norte e Nordeste, e também onde a população é mais carente, sem disponibilidade financeira para adquirir os seus medicamentos no mercado regular, tornando-se dependente do Estado para a garantia deste acesso.

A redução na burocracia se faz necessária, tanto no processo de renovação e cadastramento de novas farmácias particulares, pela internet, através do CNPJ do estabelecimento, como na concessão do benefício aos pacientes pelo Ministério da Saúde. Novos investimentos em tecnologia da informação poderão agilizar esses processos, como a criação da “prescrição eletrônica” pela classe médica no próprio portal do Ministério da Saúde, por exemplo, para facilitar a dispensação dos medicamentos nas farmácias e a autorização do benefício no Programa Farmácia Popular pelo Ministério da Saúde.

Outro ponto a se destacar é que a verba pública destinada ao Programa necessita ser ampliada, sendo indispensável também aumentar a verba destinada à saúde pública, que deveria alcançar os 10% do Valor do Tesouro, conforme previsto para o SUS na Constituição de 1988. Entretanto, mais importante que esse aumento é a melhoria na gestão da saúde pública e programas de acesso aos medicamentos, eliminando assim desperdícios de recursos e melhorando a sua eficiência, para garantir uma resposta mais rápida na disponibilidade, qualidade e quantidade dos medicamentos quando os pacientes necessitam para seus tratamentos de saúde.

Conforme mencionado pelos atores-chave do Programa, um aumento na verba pública destinada a ele, poderia viabilizar a ampliação da lista de remédios, incluindo mais princípios ativos para as patologias já atendidas, medicamentos mais modernos e de melhor qualidade oferecidos à população, e, a inclusão na lista de outras classes, como: antibióticos, remédios para dor, inflamações, doenças tropicais e outras doenças endêmicas de saúde, e, também, disponibilizando medicamentos de alto custo.

Entretanto, se faz necessária a revisão dos valores de referência ressarcidos às farmácias pelo governo, para que a ampliação desta lista, além de importante para a população, seja também atrativa financeiramente aos fabricantes de medicamentos e farmácias particulares participantes do Programa.

Como o acesso aos medicamentos é considerado um direito universal, garantido pela Constituição Federal de 1988, esse princípio deveria ser mantido no Programa, oferecendo o benefício a toda a sociedade, independente da renda. Entretanto, poderia ser avaliada a possibilidade de priorizar alguns segmentos sociais, como o público infantil e os idosos, para a distribuição de remédios mais modernos, por exemplo. Deve ser avaliado, também, que os segmentos excluídos nos programas de governo, poderiam requerer a sua provisão através de processos judiciais, o que sobrecarregaria ainda mais o governo nos gastos com a saúde pública no país.

O Programa é avaliado como importante alternativa de acesso aos medicamentos no Brasil, mas este não isenta o Estado do seu dever de garantir a sua disponibilidade gratuita nas unidades de atendimento do SUS, pois uma parcela importante da população ainda depende da gratuidade. Na minha opinião, o governo poderia posicionar o Programa Farmácia Popular com o objetivo de ampliar o acesso aos medicamentos através do sistema de copagamento, concentrando-se no seu público-alvo inicialmente proposto, e, atendendo as famílias mais carentes, que dependem da gratuidade oferecida pelo Estado, através das farmácias das unidades básicas do SUS. No entanto, como o atendimento feito pelas unidades básicas do SUS ainda deixa a desejar, em termos de qualidade no atendimento e disponibilidade dos medicamentos à população, é importante que também seja mantida sua distribuição com gratuidade nas farmácias populares para os tratamentos considerados prioritários, como diabetes, hipertensão e asma.

Faz-se necessário o desenvolvimento de estudo, em maior profundidade, para avaliar o custo-efetividade do Programa Farmácia Popular, comparando-o com os demais programas

do governo para o acesso aos medicamentos, como a rede básica de farmácias do SUS e a distribuição feita pelo programa “Remédio em Casa”, também do SUS.

Conforme foi constatado na pesquisa de Wendy Carraro (2014), com foco nos aspectos econômicos do Programa, o programa “Aqui tem Farmácia Popular” é mais dispendioso ao governo do que a distribuição de medicamentos feita nas unidades básicas do SUS, considerando não apenas os custos de aquisição dos medicamentos, mas também os gastos operacionais por unidade farmacotécnica das farmácias da rede básica do SUS, comparando-se com os valores de referência ressarcidos pelo governo às farmácias particulares, descontando-se os impostos que retornam ao governo.

De acordo com esta pesquisa, estima-se que, para um grupo de 27 medicamentos distribuídos por ambos os programas, o programa “Aqui tem Farmácia Popular” custa em torno de 150% a mais ao governo do que as farmácias básicas do SUS. Isto traz à tona uma série de questionamentos sobre qual a razão do governo priorizar a distribuição de medicamentos através da integração com a iniciativa privada, nas farmácias credenciadas ao Programa, ao invés de priorizar os investimentos em melhorias na provisão pública de medicamentos através do SUS, que é mais econômica aos “cofres públicos” e oferece vantagens à população, como a gratuidade em toda a lista de medicamentos e a possibilidade de entregas em domicílios, quando necessário, através do programa “Remédio em Casa”.

De acordo com o relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União (2010), comprovou-se que alguns medicamentos distribuídos no programa “Aqui tem Farmácia Popular” chegam a custar ao governo, incluindo os impostos, até 2.507% a mais nas farmácias credenciadas do que nas compras do governo, feitas via licitação, para a sua distribuição nas unidades do SUS. O relatório do TCU destaca que ainda não existe um estudo que avalie o custo-efetividade do Programa Farmácia Popular que justifique a adoção dessa estratégia, que é mais cara ao governo, embora se saiba das ineficiências e desperdícios na distribuição de medicamentos nas unidades do SUS, que acabam comprometendo a sua disponibilidade aos pacientes.

Seria importante desenvolver um estudo comparativo entre estes programas de governo, incluindo não somente os custos de aquisição dos medicamentos e operacional das farmácias básicas do SUS, mas também outros custos, como por exemplo, o custo da falta de disponibilidade de medicamentos para o atendimento à população, que pode aumentar os gastos com internações decorrentes das complicações na saúde dos pacientes pela interrupção

nos tratamentos e também os aumentos nas ações judiciais criadas pela população para o custeio por parte do governo aos medicamentos que deveriam estar disponíveis no SUS.

Outros aspectos poderiam ser também avaliados, como a própria ineficiência logística na provisão pública dos medicamentos, como desperdícios nas compras em excesso de medicamentos, aumentando os custos de obtenção e manutenção dos estoques, incluindo, por exemplo, os gastos com armazenagem e perdas por prazos de validade vencidos. Os problemas de gestão, como a falta de capacitação de pessoal, processos ineficientes e tecnologias de informação arcaicas no atendimento feito pelas unidades do SUS, deveriam ser também considerados nesta avaliação comparativa de custo entre os programas de governo, pois oneram ainda mais os “cofres públicos”, além da gestão ineficiente “abrir oportunidades” para o desvio de recursos e práticas não éticas nestas operações.

A pesquisa PNAUM (2015) vem demonstrar que os programas de governo para o acesso aos medicamentos essenciais para o tratamento de doenças crônicas, incluindo a Farmácia Popular, têm cumprido o seu papel na garantia deste acesso pela população. Os níveis de alcance aos medicamentos para doenças crônicas prevalentes na população brasileira apresentam índices elevados, com 94% para hipertensão, 92,8% para diabetes e 76,1% para doença respiratória pulmonar crônica, necessitando de melhorias na provisão de medicamentos para o tratamento de doenças respiratórias crônicas e doenças agudas, como os casos de febre, resfriados, rinites, infecções e doenças gastrointestinais, pois os resultados da pesquisa revelam que 81,2% dos medicamentos para afecções respiratórias agudas, como gripe, resfriado e rinite ainda são pagos pelos pacientes; 77,9% para dor; 70,9% para febre; 63,1% para infecção e 54,8% para afecções gastrointestinais também são pagos pelos pacientes.

Considero importante que o governo venha estabelecer uma estratégia de complementariedade entre os programas de acesso aos medicamentos, cada qual focando um segmento específico da população, com atenção à “economicidade” destes programas. Nesta premissa constitucional, o governo deve buscar economia na alocação dos recursos públicos entre os programas de governo.

Um outro ponto de atenção é que o Programa Farmácia Popular é importante para ampliar o acesso aos medicamentos essenciais para o tratamento de doenças crônicas a mais pessoas e regiões brasileiras, proporcionando maior capilaridade geográfica, principalmente pela integração com a iniciativa privada. Entretanto o governo deve atentar aos aspectos de economicidade e sustentabilidade do Programa, especialmente na provisão de medicamentos

através da integração com a iniciativa privada, no programa “Aqui tem Farmácia Popular”. Considerando-se que os custos deste Programa são mais altos ao governo que a provisão pública de medicamentos nas unidades do SUS, e, para que o Programa continue sendo atrativo à iniciativa privada, será necessária uma revisão dos valores de referência ressarcidos às farmácias, que estão sem correção desde o início do Programa, além da necessidade de revisão dos impostos sobre medicamentos, que são muito elevados no Brasil. O aspecto sustentabilidade torna-se ainda mais crítico no período de crise econômica em que o país vem atravessando, fazendo-se necessários ajustes fiscais, com cortes nos gastos públicos e aumentos nos impostos, para o reequilíbrio das contas públicas. A área de saúde pública é crítica e prioritária no desenvolvimento econômico e social de um país, mas, infelizmente, esta não têm sido tratada como prioritária pelo governo federal.

A Farmácia Popular, sendo um programa de uma política social de saúde do Estado, vem cumprir, portanto, o seu objetivo de buscar maior bem-estar dos cidadãos e atuar na redistribuição de renda, aliviando as despesas familiares, especialmente as famílias da classe popular que não dependem do SUS para a provisão gratuita dos medicamentos, mas as despesas com medicamentos têm um peso importante em seu orçamento.

NOTAS

(1) Entende-se por Programa, o Programa Farmácia Popular do Brasil.

(2) A entrevista não foi realizada pela recusa do entrevistado em conceder as informações.

(3) Lista de medicamentos distribuídos no programa “Remédio em Casa”: Hidroclorotiazida 25mg; Propranolol 40mg; Atenolol 50mg; Captopril 25mg; Enalapril 20mg; Enalapril 5 mg; Nifedipino 20mg; Anlodipino 5mg; Acido acetilsalicílico 100mg; Metformina 850mg; Metformina 500mg; Glibenclamida 5mg; Gliclazida 30mg; Sinvastatina; Sinvastatina 10 mg; Levotiroxina 25 mcg; Levotiroxina 50 mcg; Levotiroxina 100 mcg; Losartana potássica 50 mg (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ALCOCK, Pete. *Social Policy in Britain: Themes & Issues*. London: MacMillan Press, 1996.
- AMORIM, Maria Cristina S. & PERILLO, Eduardo B.F. (Org. da coletânea). *Para entender a saúde no Brasil 2*. São Paulo: LCTE Editora, 2008.
- ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2007.
- BALDOCK, John. et all. *Social policy*. Oxford/UK: Oxford University Press, 1999.
- BANCO MUNDIAL. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.PUBL>>. <<http://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.PUBL.ZS>>. (acesso em 03.03.2014).
- BARROS, José Augusto C. *A desinformação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 16(2): 421-427, abril-junho 2000.
- BARROS, José Augusto C. & JOANY, Sabrina. *Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição?* Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, 7 (4): 891-898, 2002.
- BERMUDEZ, Jorge Antonio Z. *Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- BRASIL. *Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CARRARO, Wendy B.W.H. *Desenvolvimento Econômico do Brasil e o programa "Aqui tem Farmácia Popular": limitantes e potencialidades*. Tese submetida ao programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.
- DU BOCAGE, Claudia S. P. *Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- BOSCHETTI, Ivanete, BEHRING, Elaine R., SANTOS, Silvana Mara M., MIOTO, Regina Célia T. (Org. da coletânea). *Capitalismo em crise: política social e direitos*. São Paulo: Cortez, 2010.

BRASIL/MS – Ministério da Saúde: *Política Federal de Assistência Farmacêutica*: 1990 a 2002. Elaborado por NEGRI, Barjas. (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf>. (acesso em 28 de dezembro de 2012).

BRASIL/MS – Ministério da Saúde: *Acesso aos Medicamentos, Compras Governamentais e Inclusão Social*. In Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Anexo_2.pdf>. (acesso em 28 de dezembro de 2012).

CARRARO, Wendy B.W.H. *Desenvolvimento Econômico do Brasil e o programa Aqui Tem Farmácia Popular: Limitantes e Potencialidades*. Tese submetida ao programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2014

CARVALHO, Maria Cleide R.D. & ACCIOLY JR., Horácio & RAFFIN, Fernanda N. & CAMPOS, Mariana N. & CRUZ, Marcelle Marie C. & ALVES, Markênia Kélia S. *Representações sociais do medicamento genérico por farmacêuticos: determinação dos sistemas central e periférico*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, .21 (1), janeiro – fevereiro de 2005.

DU BOCAGE, Cláudia S-P. & COSTA, Nilson R. & OSORIO-DE-CASTRO, Claudia G. S. *Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos*. Ciência & Saúde Coletiva. 16(6): 2963-2973, 2011.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde: *Assistência farmacêutica no SUS*. Coleção CONASS/Progestores – *Para entender a gestão do SUS*, 2007, PP.15, 25, 42.

CVS – Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Boletim Informativo de Farmacovigilância*, número 02/junho, 2006. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/bfarmaco_2.pdf>. (no item Áreas Técnicas, Produtos, Farmacovigilância).

Diário do Comércio, Indústria & Serviços, 22 de dezembro de 2011. Disponível em: <www.dci.com.br>. (acesso em 30 de junho de 2012).

Diário Oficial União. 11 de fevereiro de 1999.

Faculdade de Saúde Pública da USP. Revista de Saúde Pública: v.41 - n.1. *Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo*. São Paulo, fevereiro de 2007.

FALEIROS, Vicente P. *A Política Social do Estado Capitalista*. São Paulo: Cortez, 2009.

Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica - FEBRAFARMA. *Saúde e Indústria Farmacêutica em Debate*. São Paulo: Cubzac, 2008.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. *O Brasil em Números – Pesquisa Mundial de Saúde, 2003*. Rio de Janeiro: RADIS – Comunicação em Saúde, 23: 14-33, 2004.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. *Hanseníase - O Brasil corre contra o tempo para erradicar doença milenar*. Rio de Janeiro: RADIS – Comunicação em Saúde, Número 27: pag. 7, Novembro de 2004.

GATES, Bill & Melinda Foundation. *Brazilian National AIDS Program Receives 2003 Gates Award for Global Health*. May 28, 2003. Disponível em: <<http://www.gatesfoundation.org/press-releases/Pages/brazilian-national-aids-program-030528.aspx>>. (acesso em 28 de dezembro de 2012).

GAZETA MERCANTIL. Panorama Setorial – A Indústria Farmacêutica Volume I. São Paulo: 2000.

GOVINDARJ, Ramesh & REICH, Michael R. & COHEN, Jillian C. *World Bank Pharmaceuticals Discussion Paper*. Washington DC: World Bank, 2000. Disponível em: <http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/06/03/000265513_20040603124203/Rendered/PDF/288760Govindar1Pharmacuetical1whole.pdf>. (acesso em 18 de dezembro de 2012).

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP. Relação de medicamentos essenciais da rede básica. Fevereiro de 2014. Disponível em: <<http://www2.hu.usp.br/confira-lista-de-medicamentos-do-sus/>>. (acesso em 14 de janeiro de 2015).

IANNI, Octavio (Org. da coletânea). *Sociologia*. São Paulo: Editora Ática, 1979.

IMS Health – International Medical Service. Disponível em: < www.imshealth.com>. (acesso em 17 de outubro de 2012).

ISHIKAWA, Liliane K. I. Dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. *A assistência farmacêutica na prestação de serviço público de saúde e a legislação consumerista*. Departamento de Direito. São Paulo: 2008.

Jornal O Estado de São Paulo, 24 de agosto de 2011, p. A18

Jornal O Estado de São Paulo, 23 de novembro de 2013. Caderno de economia: “Fila nas Farmácias”: <<http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,filas-nas-farmacias-imp-,1100027>> (acesso em 28 de setembro de 2014).

Jornal O Estado de São Paulo, 26 de junho de 2015. Caderno de economia & negócios: fóruns estadual saúde, p. H3 e H5.

JÚNIOR, Aylton P. e JUNIOR, Luiz C. *Políticas Públicas de Saúde no Brasil*. Londrina: Revista Espaço para a Saúde, v.8, n.1, p.13-19, dez 2006.

LUIZA, Vera Lucia. Acesso a medicamentos: conceitos, polémica y indicadores. In: Tercer Seminario Internacional “Acceso a medicamentos: Derecho Fundamental – Papel Del Estado”, 2002.

Manual “*Aqui tem Farmácia Popular*”. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/manual_farmacia_popular/index.html>. (acesso em 17 de outubro de 2012).

MESSEDER, Ana Márcia & OSORIO-DE-CASTRO, Cláudia G.S.; LUIZA, Vera Lucia. *Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do estado do Rio de Janeiro, Brasil*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 21 (2): 525-534, março – abril de 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – ANVISA. Lei nº 9.294, de 2 de julho de 1996. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/9294_96.htm>. (acesso em 17 de outubro de 2012).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), apresentados no painel Resultados e avanços de pesquisas estratégicas para o SUS no evento Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em novembro de 2014*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/18/PNAUM-cienciasus.pdf>>. (acesso em 24 de julho de 2015) <<http://www.ufrgs.br/pnaum/news/resultados-preliminares-pnaum>>. (acesso em 22 de agosto de 2015).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programas e Projetos, Medicamentos Excepcionais*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>>. no item de assistência farmacêutica (acesso em 3 de janeiro de 2013). <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/8725-brasileiros-terao-mais-opcoes-na-compra-de-medicamentos>>. (acesso em 16 de janeiro de 2014). <http://189.28.128.178/sage/paineis/fundo/fundo_blocos_detalha_cpt.php?uf=&ibge=&cobloco=4&cg=&tc=&rm=&ufcidade=®i=&ano=2013>. (acesso em 03.03.2014). <<http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>>. (acesso em 03.03.2014). <<http://189.28.128.178/sage/#>>. (acesso em 17.03.2015). <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/11-farmacia-popular/9681-lista-de-medicamentos-e-correlatos>>. (acesso em 25 de fevereiro de 2015).

Gestão/Financiamento > Transferência Fundo a Fundo – Competência > Assistência Farmacêutica > Básico da Assistência Farmacêutica: <http://189.28.128.178/sage/> (acesso em 5 de junho de 2015).

NEGRI, Barjas & DI GIOVANNI, Geraldo (Orgs.). *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas, SP: UNICAMP; Instituto de Economia, 2001

Organization for Economic Cooperation and Development - OECD. Health Report 2000.

PEREIRA, Marco Aurélio. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP: “Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal”. Rio de Janeiro, 2013.

PEREIRA, Potyara A. P. *Política Social: temas & questões*. São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, Potyara A. P. *As interfaces da assistência social: destaque à relação com a política de transportes*. Ser Social, Revista do programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social/Universidade de Brasília, Política de Assistência Social, n.12, p. 245-258, jan./jun. 2003.

PICARELLI, Márcia Flávia S. P. & ARANHA, Márcio I. *Política de Patentes em Saúde Humana*. São Paulo: Atlas, 2001.

PIZZOL, Felipe Dal & SILVA, Tatiane & SCHENKEL, Eloir Paulo. *Análise da adequação das propagandas de medicamentos dirigidas à categoria médica distribuídas no Sul do Brasil*. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 14 (1): 85-91, janeiro – março de 1998.

Prefeitura de São Paulo – Secretaria da Saúde. Relação de Medicamentos Essenciais para a Rede Básica - itens para dispensação.. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/MedicamentosEssenciaisparaaRedeBasicaitensparadispensacao\(1\).pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/MedicamentosEssenciaisparaaRedeBasicaitensparadispensacao(1).pdf)>. (acesso em 22 de fevereiro de 2015).

Prefeitura de São Paulo – Secretaria da Saúde. Programa “Remédio em Casa”. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/index.php?p=587>>. (acesso em 22 de fevereiro de 2015).

PRICEWATERHOUSECOOPERS. *Evento sobre Rastreabilidade de medicamentos: Sua empresa está preparada?* São Paulo: 2015

PRZEWORSKI, Adam. *Capitalismo e social-democracia*. São Paulo: Cia. Das Letras, 1995.

REVISTA EXAME. *Melhores & Maiores: as 1000 maiores empresas do Brasil*. São Paulo: Editora Abril, 2015

Secretaria de Estado da Saúde do governo de São Paulo. Disponível em: <<http://portal.saude.sp.gov.br/>>. (acesso em 3 de janeiro de 2013).

Secretaria de Estado da Saúde do governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmacaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmacaceutica/medicamentos-do-componente-basico-da-assistencia-farmacaceutica/programa-dose-certa>>. (acesso em 9 de janeiro de 2015).

Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo - SINDUSFARMA. Indicadores Econômicos. São Paulo: 2012. Disponível em: <<http://www.sindusfarmacomunica.org.br/indicadores-economicos/>>. (acesso em 28 de julho de 2015).

STEIN, Rosa H. *A nova questão social e as estratégias para seu enfrentamento*. Ser Social, Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social/Universidade de Brasília. Questão Social e Serviço Social, n. 6, p. 133-168, jan/jun. 2000.

Triângulo Mineiro. Farmácia do SUS prioriza pacientes da rede pública de saúde em Ituiutaba. Minas Gerais: 9 de agosto de 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/noticia/2014/08/farmacia-do-sus-prioriza-pacientes-da-rede-publica-de-saude-em-ituiutaba.html>>. (acesso em 26 de setembro de 2014).

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU (Brasil). Ata nº 44, de 10 de novembro de 2010. 2010. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-3029-44/10-P. Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2045278.PDF>>. (acesso em: 16 de maio de 2015).

VIEIRA, Fabiola S. *Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inclusos da agenda do Sistema Único de Saúde*. Revista Panam Salud Publica/ Pan Am / Public Health 24(2), 2008

VIEIRA, Fabiola S.; ZUCCHI, Paola. *Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil*. São Paulo: Revista de Saúde Pública, 41 (2): 214-22, abril de 2007.

WHO - World Health Organization. *Medicines Strategy: Framework for Action in Essential Drugs and Medicines Policy*. Geneva: 2000. Disponível em: <www.who.int/medicines/strategy/strategy.pdf>. (acesso em 17 de dezembro de 2012).

WHO - World Health Organization. *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*. Geneva: 2000. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf>. (acesso em 27 de dezembro de 2012).

WHO - World Health Organization. *How to develop and implement a national drug policy, 1988*. Second edition. Geneva: 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/medicinedocs/collect/edmweb/pdf/s2283e/s2283e.pdf>>. (acesso em 3 de dezembro de 2012).

WHO - World Health Organization. *The World Medicines Situation*. Geneva: 2004. Disponível em: <http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_World_Medicines_Situation.pdf>. (acesso em 3 de dezembro de 2012).

WHO - World Health Organization. *Treatment Works, Scaling Up Antiretroviral Treatment – Learning By Doing*. Geneva: 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/3by5/en/treatmentworks.pdf>>. (acesso em 4 de dezembro de 2012).

WHO - World Health Organization. *Measuring transparency in medicines registration, selection and procurement*. Geneva: 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/Transparency4CountryStudy.pdf>>. (acesso em 7 de dezembro de 2012).

WHO - World Health Organization. *Good Governance for Medicines – Promoting Transparency in Medicines Regulation and Procurement*. Geneva: 2006. Disponível em: <http://asksource.ids.ac.uk/cf/keylists/..%5Cdisplay%5Cbibliodisplay.cfm?ID=37068&topic=az&Search=MeTA_Policy_regulation&display=full>. (acesso em 17/10/2012).

WHO - World Health Organization. *Good Governance for Medicines Assessment Instrument*. Geneva: 2007. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/GGM_assessment.pdf>. (acesso em 5 de dezembro de 2012).

WHO - World Health Organization. *Good Governance for Medicines Curbing Corruption in Medicines Regulation and Supply*. Geneva: 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/ENCurbingCorruption4May2010.pdf>>. (acesso em 9 de dezembro de 2012).

ENTREVISTAS

AMORIM, Maria Cristina. Professora titular do departamento de economia e do programa de pos-graduação em administração e coordenadora do grupo de pesquisa com estudos em saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2014. Entrevista concedida à Silvia Rebouças Pereira de Almeida.

ABRAFARMA. Entrevista realizada com presidente executivo da Associação Brasileira de Rede de Farmácias e Drogarias. São Paulo, 2014. Entrevista concedida à Silvia Rebouças Pereira de Almeida.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista realizada com o Departamento de Gerência Técnica da Fiocruz. Rio de Janeiro, 2014. Entrevista concedida à Silvia Rebouças Pereira de Almeida.

JUNQUEIRA, Luciano P. Docente do Departamento de Administração da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2014. Entrevista concedida à Silvia Rebouças Pereira de Almeida.

MARSIGLIA, Regina Giffoni. Docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo e do programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2014. Entrevista concedida à Silvia Rebouças Pereira de Almeida.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Entrevista com o Coordenador Geral de Gestão do Programa Farmácia Popular do Ministério da Saúde. Brasília, 2013. Entrevista concedida à Silvia Rebouças Pereira de Almeida.

PRÓ GENÉRICOS. Entrevista realizada com gerente técnico e administrativo da Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos. São Paulo, 2014. Entrevista concedida à Silvia Rebouças Pereira de Almeida.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Entrevista realizada com o secretário geral, coordenadora da área técnica de assistência farmacêutica e diretor da divisão técnica de suprimentos. São Paulo, 2015. Entrevista concedida à Silvia Rebouças Pereira de Almeida.

SINDUSFARMA. Entrevistas com presidente executivo do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo. São Paulo, 2013/2014. Entrevistas concedida à Silvia Rebouças Pereira de Almeida.

Entrevista com gerente de marketing de uma indústria farmacêutica de medicamentos genéricos. Campinas, 2014. Entrevista concedida à Silvia Rebouças Pereira de Almeida.

Entrevistas com gerente nacional de acesso e gerente institucional da divisão farmacêutica de indústrias farmacêuticas de medicamentos de referência. São Paulo, 2013. Entrevistas concedidas à Silvia Rebouças Pereira de Almeida.

Entrevistas com Coordenação Técnica Farmacêutica, Gerência de Novos Negócios e Gerências de Assuntos Regulatórios e de outras áreas envolvidas no Programa Farmácia Popular, como a área comercial e presidência de redes de farmácias São Paulo, 2014. Entrevistas concedidas à Silvia Rebouças Pereira de Almeida.

Entrevista com a coordenadora do Programa Farmácia Popular nos anos de 2006 e 2007. São Paulo, 2014. Entrevista concedida à Silvia Rebouças Pereira de Almeida.

Entrevista com a gerência da unidade básica de saúde do SUS do distrito de Vila Beatriz. São Paulo, 2015. Entrevista concedida à Silvia Rebouças Pereira de Almeida.

GLOSSÁRIO

Medicamento de Referência - Medicamento inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro. A eficácia e a segurança do medicamento de referência são comprovadas por estudos clínicos.

Medicamento Similar - Contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica. Desde 2003 passou a comprovar a equivalência com o medicamento de referência registrado na Anvisa.

Medicamento Genérico - O medicamento genérico é aquele que contém o mesmo princípio ativo, na mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e com a mesma indicação terapêutica do medicamento de referência. O genérico já é intercambiável pela norma atual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

APÊNDICE

A - Roteiros das entrevistas

Redes de farmácias privadas:

Na sua opinião, o Programa Farmácia Popular é importante como alternativa de acesso aos medicamentos?

O Programa é importante para a empresa?

Existe algum incentivo fiscal para a participação das farmácias particulares no Programa?

A definição das patologias atendidas pelo Programa é satisfatória para atender as necessidades da população?

Qual a sua opinião quanto à universalidade do Programa?

Qual a opinião da empresa quanto ao sistema de subsídio ao Programa, incluindo o copagamento pelos clientes?

O copagamento dos clientes a determinados medicamentos distribuídos no Programa varia de acordo com a negociação feita pela farmácia com seus fornecedores ou estes valores são fixos, e determinados pelo governo?

Como é feito o ressarcimento das farmácias pelo Ministério da Saúde? O valor de referência ressarcido é satisfatório? Como tem sido feitos os reajustes destes valores de referência? A regra adotada para a sua correção é satisfatória?

A empresa tem encontrado alguma dificuldade nas negociações com as indústrias farmacêuticas e distribuidores, dentro dos valores de referência ressarcidos pelo governo para os medicamentos no Programa?

Existem problemas de falta de disponibilidade de produtos distribuídos no Programa? Se sim, quais os motivos?

Existe preferência da farmácia pelos genéricos na distribuição de medicamentos no Programa?

Na sua opinião, quais os fatores críticos para o sucesso deste Programa?

Quais os principais entraves para a sua maior efetividade?

De que maneira o Programa pode se tornar mais efetivo à população no acesso aos medicamentos e mais atrativo aos participantes do Programa?

Abrafarma, representando as principais redes de farmácias no Brasil:

O Programa Farmácia Popular é importante para o segmento de farmácias no Brasil?

O Programa atende ao objetivo de melhorar o acesso da população aos medicamentos?

Quais as vantagens do Programa, comparando-se com outros programas de governo para a distribuição de medicamentos, como a assistência farmacêutica nas unidades básicas do SUS?

Quais os fatores críticos de sucesso do Programa?

Quais os principais desafios e obstáculos do Programa?

Em quais aspectos o Programa poderia se tornar mais efetivo para melhorar o acesso da população aos medicamentos nas farmácias particulares?

Existe algum sistema de informação específico para a gestão deste Programa nas farmácias?

Qual a sua avaliação quanto ao seu desempenho? Alguma sugestão de melhoria?

Os usuários, que são os pacientes, estão satisfeitos com o Programa? Quais os principais pontos de atenção?

Farmácias da rede própria do governo (2):

Existe algum incentivo fiscal para as indústrias farmacêuticas nas vendas feitas diretamente às farmácias da rede própria do governo? Este fornecimento também é feito por indústrias farmacêuticas públicas?

Qual é o órgão do governo responsável pela gestão das farmácias próprias e em parceria com os estados e municípios?

Como é feito o reabastecimento destas farmácias do governo?

Existem problemas de falta de disponibilidade de produtos nestas farmácias? Se sim, qual a razão?

Os medicamentos distribuídos nas redes próprias são mais baratos para a população do que os distribuídos nas redes privadas de farmácias?

A lista de medicamentos da rede própria de farmácias do governo é mais ampla que a lista da rede privada? Se sim, qual a razão?

Os valores de referência utilizados para ressarcir as farmácias no programa “Aqui tem Farmácia Popular” são os mesmos utilizados no ressarcimento da rede própria de farmácias do governo?

Como é feita a transferência de valores para as farmácias da rede própria e para as farmácias em parceria com os estados e municípios?

Existe preferência pelos genéricos neste Programa? Os genéricos tem tido alguma resistência por parte dos usuários e prescritores dos medicamentos?

De que maneira o Programa pode se tornar mais efetivo no acesso aos medicamentos?

Indústrias Farmacêuticas de medicamentos de marca:

O Programa Farmácia Popular atende ao objetivo de melhorar o acesso da população aos medicamentos?

O Programa Farmácia Popular é importante para a empresa?

Quais os fatores críticos de sucesso para este Programa, como mais uma alternativa de acesso aos medicamentos?

Quais os principais obstáculos para o sucesso e crescimento deste Programa?

Qual a sua avaliação quanto ao seu desempenho?

Existem oportunidades de melhoria? Em quais aspectos?

Existe algum incentivo fiscal para a participação neste Programa?

Indústrias farmacêuticas de medicamentos genéricos:

Os genéricos melhoraram o acesso aos medicamentos?

Existem dados estatísticos de acesso aos medicamentos anteriores e posteriores à Lei dos genéricos no Brasil?

Qual a evolução das vendas de genéricos, por patologias clínicas no mercado brasileiro & vendas no Programa Farmácia Popular?

Existe alguma resistência por parte da classe médica para a prescrição dos genéricos? E por parte dos pacientes?

Existe algum incentivo governamental aos genéricos, como por exemplo, prioridade na aprovação de novos registros pela Anvisa?

Existe algum estudo em andamento no Brasil para instituir a obrigatoriedade da prescrição de princípios ativos nas receitas médicas ao invés dos nomes dos medicamentos de referência?

Esta obrigatoriedade poderia representar alguma vantagem para o acesso aos medicamentos no Brasil?

Sindusfarma, representando as indústrias farmacêuticas do estado de São Paulo:

Na sua opinião, o Programa Farmácia Popular atende ao objetivo de melhorar o acesso da população aos medicamentos no Brasil?

Na sua opinião, quais os fatores críticos de sucesso para o Programa Farmácia Popular no acesso aos medicamentos?

Quais os principais obstáculos para o sucesso e crescimento deste Programa?

Existem oportunidades de melhoria? Em quais aspectos?

Qual a sua avaliação quanto ao seu desempenho?

Existe interesse por parte das indústrias farmacêuticas em participarem deste Programa? Em quais condições?

Existe alguma vantagem ou incentivo fiscal para a participação dessas empresas no Programa?

Pró-Genéricos, representando as indústrias farmacêuticas de genéricos:

Na sua opinião, o Programa Farmácia Popular é efetivo como alternativa de acesso aos medicamentos?

Quais os fatores críticos de sucesso para o Programa Farmácia Popular?

Quais os principais obstáculos para o sucesso e crescimento do Programa?

Existem oportunidades de melhoria? Em quais aspectos?

O Programa é importante para as indústrias de medicamentos genéricos?

Existe alguma vantagem ou incentivo fiscal para as empresas participarem do Programa?

Existe algum conflito entre os fabricantes de genéricos e medicamentos de referência que dificulte a participação dos genéricos no Programa?

Ministério da Saúde:

Quais as prioridades em termos de patologias clínicas e tipos de medicamentos atendidos pelo Programa?

Existe alguma correlação entre a lista de medicamentos do Programa e as estatísticas endêmicas de saúde?

Quais os critérios utilizados para a seleção de fornecedores dos medicamentos no Programa?

Qual a estratégia e critérios utilizados para a definição dos canais de distribuição no Programa?

Como é definida a política de subsídios nas farmácias?

Como é feito o ressarcimento entre os participantes da cadeia de distribuição do Programa, abrangendo o governo, indústrias farmacêuticas, distribuidores e farmácias? Existem incentivos fiscais aos participantes?

Como é tratada a questão da complementariedade na distribuição de medicamentos pela Farmácia Popular & unidades básicas de saúde do SUS?

Qual a evolução da verba pública destinada ao Programa? Qual a sua representatividade, comparando-se com os demais programas de distribuição de medicamentos? Qual a tendência?

Qual a participação dos medicamentos de referência, genéricos e similares na distribuição de medicamentos no Programa?

Qual a estratégia de comunicação do Programa à população brasileira?

Existe alguma pesquisa para mensurar a satisfação dos pacientes com o atendimento feito no

Programa Farmácia Popular?

Como é feito o monitoramento do desempenho do Programa nas farmácias e quais os resultados obtidos ao longo dos anos?

Existem planos de melhoria para o Programa? Quais são?

Quais os principais obstáculos e desafios do Programa?

Especialistas em saúde/saúde pública e Coordenadora do Programa (2006/2007):

O Programa Farmácia Popular é importante como alternativa de acesso aos medicamentos no Brasil e como mecanismo de alívio nas despesas familiares?

Qual a sua opinião quanto à universalidade do Programa? Acredita que ele deveria priorizar algum segmento populacional? Se sim, qual?

O critério utilizado para a definição da lista de medicamentos atendidos no Programa, com foco nas doenças não transmissíveis e de uso contínuo, está adequado às necessidades da população brasileira?

Qual a sua opinião quanto ao sistema de copagamento para alguns medicamentos distribuídos no Programa?

Qual a sua opinião quanto à integração entre o governo e as farmácias particulares para a distribuição de medicamentos no Programa?

Qual a sua opinião quanto à verba destinada à saúde pública no Brasil?

Recomenda entrevistar algum profissional da área de saúde pública?

Pacientes, usuários do Programa:

Dados para a segmentação das respostas:

() Receita médica proveniente do SUS

() Receita particular

Há quanto tempo utiliza o Programa?

Quais medicamentos e para quais patologias utiliza no Programa?

Qual a periodicidade de compra ou retirada de medicamentos nas farmácias?

Estes medicamentos são gratuitos ou vendidos com desconto? No caso de necessidade de copagamento, existe alguma dificuldade para a sua compra?

Você tem encontrado estes medicamentos nas farmácias ou existem problemas de falta de disponibilidade dos produtos? Se sim, em quais medicamentos?

Existe algum medicamento que necessite, mas não faz parte do Programa?

Consegue renovar a receita médica em tempo hábil para garantir a continuidade do tratamento? Tem encontrado alguma dificuldade nessa renovação?

Já teve problemas de acesso aos medicamentos nas farmácias por dificuldade de transporte, problemas de saúde ou outra razão?

De modo geral, está satisfeito(a) com o Programa? Tem alguma sugestão de melhoria?

Este Programa de governo proporciona alívio na despesa familiar?

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Coordenadoria da Área Técnica de Assistência Farmacêutica:

Existe alguma política de complementariedade entre as listas de medicamentos distribuídos gratuitamente pelas unidades básicas de saúde do SUS e a lista de medicamentos do Programa Farmácia Popular? Como posso ter acesso à lista atualizada de medicamentos distribuídos pelo SUS?

Existem problemas de falta de medicamentos essenciais nessas unidades, e, se sim, quais as principais razões?

A verba destinada à assistência farmacêutica do SUS é suficiente para atender às demandas da população?

Quais as sugestões para que a assistência farmacêutica pública nas unidades do SUS se torne mais efetiva no acesso aos medicamentos pela população?

Existe algum estudo ou proposta em andamento para priorizar a população da classe popular na concessão de benefícios no Programa Farmácia Popular e nas unidades do SUS?

Diretoria da Divisão Técnica de Suprimentos:

Como está organizada a logística de medicamentos e como é feito o seu reabastecimento nas unidades de atendimento do SUS?

Quais as principais razões relacionadas às faltas de medicamentos?

Conselheiros de Saúde:

Tem recebido algum feedback quanto à satisfação dos usuários com o programa de governo Farmácia Popular?

Se sim, quais as principais questões abordadas por estes usuários?

B - Princípios ativos, na sua forma farmacêutica e apresentação, distribuídos nas unidades básicas de saúde do SUS, na atenção básica à saúde:

1. Aciclovir 200 mg comprimido
2. Ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido
3. Ácido acetilsalicílico 500 mg comprimido
4. Ácido fólico 5 mg comprimido
5. Ácido fólico 0,2 mg/ml solução oral (gotas) frasco
6. Ácido folínico 15 mg comprimido
7. Ácido valpróico 500mg comprimido
8. Ácido valpróico 50 mg/ml solução oral/xarope frasco
9. Albendazol 400 mg comprimido mastigável
10. Albendazol 40 mg/ml suspensão oral frasco
11. Alopurinol 100 mg comprimido
12. Amiodarona, cloridrato 200 mg comprimido
13. Amitriptilina, cloridrato 25 mg comprimido
14. Amitriptilina, cloridrato 75 mg comprimido
15. Amoxicilina 500 mg comprimido
16. Amoxicilina 50 mg/ml pó para suspensão oral frasco
17. Anlodipino, besilato 5 mg comprimido
18. Anlodipino, besilato 10 mg comprimido
19. Atenolol 50 mg comprimido
20. Azitromicina 500 mg comprimido
21. Azitromicina 40 mg/ml suspensão oral frasco
22. Beclometasona, dipropionato 50 µg/dose (equivalente a 42 µg de beclometasona/dose) aerossol nasal frasco
23. Beclometasona, dipropionato 50 µg /dose pó para sol. inalante ou aerossol oral fra
24. Beclometasona, dipropionato 250 µg/dose pó para sol. inalante ou aeros. oral fra.
25. Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 UI pó para suspensão injetável fr-amp
26. Benzilpenicilina benzatina 600.000 UI pó para suspensão injetável fr-amp
27. Benzilpenicilina procaína 300.000 UI + benzilpenicilina potássica 100.000 UI suspensão injetável fr-amp
28. Benzoilmetronidazol 40 mg/ml suspensão oral frasco

29. Biperideno, cloridrato 2 mg comprimido
30. Brimonidina 2 mg/ml (0,2%) solução oftálmica frasco
31. Captopril 25 mg comprimido
32. Carbamazepina 200 mg comprimido
33. Carbamazepina 20 mg/ml (2%) suspensão oral frasco
34. Carbonato de cálcio 500 mg comprimido
35. Carbonato de lítio 300 mg comprimido
36. Carvedilol 12,5 mg comprimido
37. Carvedilol 6,25 mg comprimido
38. Cefalexina comprimido 500 mg
39. Cefalexina 50 mg/ml suspensão oral frasco
40. Cetoconazol 20 mg/g (2%) creme bisnaga
41. Cianocobalamina (vit. B12) 2,5 mg/ml (2.500 µg) solução injetável amp. 2 ml
42. Ciprofloxacino, cloridrato 500 mg comprimido
43. Claritromicina 500 mg comprimido
44. Claritromicina 50 mg/ml pó para suspensão oral frasco
45. Clindamicina, cloridrato 300 mg cápsula
46. Clomipramina, cloridrato 25 mg comprimido
47. Clonazepam 0,5 mg comprimido
48. Clonazepam 2 mg comprimido
49. Clonazepam 2,5 mg/ml (0,25%) solução oral gotas frasco
50. Cloranfenicol 5 mg/g + retinol, acetato 10.000 UI/g + aminoácidos 25 mg/g + metionina 5 mg/g pomada oftálmica bisnaga
51. Cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9 % - 0,154 mEq/ml) solução injetável amp. 10 ml
52. Cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%) solução nasal (gotas) frasco
53. Clorpromazina, cloridrato 100 mg comprimido
54. Clorpromazina, cloridrato 25 mg comprimido
55. Clorpromazina, cloridrato 40 mg/ml (4%) solução oral (gotas) frasco
56. Dalteparina sódica 2.500 UI (12.500 UI/ml) subcutânea seringa 0,2 ml
57. Dalteparina sódica 5.000 UI (25.000 UI/ml) subcutânea seringa 0,2 ml
58. Dexametasona 1 mg/g (0,1%) creme bisnaga
59. Dexametasona 1 mg/ml (0,1%) solução oftálmica frasco
60. Dexametasona 0,1 mg/ml solução oral frasco

61. Dexclorfeniramina, maleato 0,4 mg/ml solução oral frasco
62. Dextrana 1 mg/ml + hipromelose 3 mg/ml solução oftálmica frasco
63. Diazepam 5 mg comprimido
64. Diclofenaco 50 mg comprimido
65. Digoxina 0,25 mg comprimido
66. Dimenidrinato 25 mg/ml + piridoxina, cloridrato vit. B6 5 mg/ml sol. oral gt fr.
67. Dipirona sódica 500 mg comprimido
68. Dipirona sódica 500 mg/ml solução oral gotas frasco
69. Doxiciclina, cloridrato 100 mg comprimido
70. Enalapril, maleato 20 mg comprimido
71. Enalapril, maleato 5 mg comprimido
72. Enoxaparina sódica 60 mg (equiv. a 100 mg/ml) sol. injetável seringa 0,6 ml SC
73. Enoxaparina sódica 40 mg (equiv. a 100 mg/ml) sol. injetável seringa 0,4 ml SC
74. Enoxaparina sódica 20 mg (equiv. a 100 mg/ml) sol. injetável seringa 0,2 ml SC
75. Escopolamina 6,67 mg/ml + dipirona sódica 333,4 mg/ml sol. oral gotas frasco
76. Escopolamina 10 mg/ml solução oral gotas frasco
77. Espiramicina 500 mg (equivalente a 1.500.000 UI) comprimido
78. Espironolactona 100 mg comprimido
79. Espironolactona 25 mg comprimido
80. Estriol 1 mg/g (0,1%) creme vaginal bisnaga
81. Estrogênios conjugados 0,3 mg comprimido
82. Fenitoína 100 mg comprimido
83. Fenobarbital 100 mg comprimido
84. Fenobarbital 40 mg/ml (4%) solução oral gotas frasco
85. Fenoterol 5 mg/ml solução inalante gotas frasco
86. Fluconazol 150 mg cápsula
87. Fluoxetina, cloridrato 20 mg cápsula
88. Furosemida 40 mg comprimido
89. Glibenclamida 5 mg comprimido
90. Gliclazida 30 mg comprimido de liberação modificada
91. Gliclazida 60 mg comprimido de liberacao prolongada
92. Haloperidol 1 mg comprimido
93. Haloperidol 5 mg comprimido

94. Haloperidol 2 mg/ml (0,2%) solução oral gotas frasco
95. Haloperidol, decanoato 50 mg/ml solução injetável amp. 1 ml
96. Hidroclorotiazida 25 mg comprimido
97. Hidrocortisona, acetato 10 mg/g (1%) creme bisnaga
98. Hidróxido de alumínio 60 mg/ml a 63 mg/ml suspensão oral frasco
99. Hipoclorito de sódio 25 mg/ml de cloro ativo (2,5 %) solução frasco 50 ml
100. Ibuprofeno 300 mg comprimido
101. Ibuprofeno 50 mg/ml suspensão oral gotas frasco
102. Imipramina, cloridrato 25 mg comprimido
103. Insulina humana NPH 100 UI/ml suspensão injetável fr-amp.
104. Insulina humana regular 100 UI/ml suspensão injetável fr-amp.
105. Ipratrópio, brometo 0,25 mg/ml (0,025%) solução inalante gotas frasco
106. Isossorbida, dinitrato 5 mg comprimido sublingual
107. Isossorbida, mononitrato 20 mg comprimido
108. Itraconazol 100 mg cápsula
109. Ivermectina 6 mg comprimido
110. Levodopa 100 mg + benserazida 25 mg capsula de liberacao prolongada (HBS)
111. Levodopa 200 mg + benserazida 50 mg comprimido
112. Levodopa 100 mg + benserazida 25 mg comprimido dispersível
113. Levodopa 100 mg + benserazida 25 mg comprimido
114. Levodopa 250 mg + carbidopa 25 mg comprimido
115. Levonorgestrel 0,75 mg comprimido
116. Levonorgestrel 0,15 mg + etinilestradiol 0,03 mg comprimido cartela
117. Levotiroxina sódica 100 µg comprimido
118. Levotiroxina sódica 25 µg comprimido
119. Levotiroxina sódica 50 µg comprimido
120. Loratadina 10 mg comprimido
121. Loratadina 1 mg/ml solução oral frasco
122. Losartana potássica 50 mg comprimido
123. Mebendazol 20 mg/ml suspensão oral frasco
124. Medroxiprogesterona, acetato 10 mg comprimido
125. Medroxiprogesterona, acetato 150 mg/ml suspensão injetável amp./fr-amp. 1 ml
126. Metformina, cloridrato 500 mg comprimido

127. Metformina, cloridrato 850 mg comprimido
128. Metildopa 250 mg comprimido
129. Metoclopramida, cloridrato 10 mg comprimido
130. Metronidazol 250 mg comprimido
131. Metronidazol 100 mg/g (10%) creme ou gel vaginal bisnaga
132. Miconazol, nitrato 20 mg/g (2%) creme vaginal bisnaga
133. Nifedipino 20 mg comprimido liberação prolongada
134. Nistatina 100.000 UI/ml suspensão oral frasco
135. Noretisterona 0,35 mg comprimido cartela
136. Noretisterona enantato 50 mg/ml + estradiol valerato 5 mg/ml sol. injet. ser 1 ml
137. Norfloxacino 400 mg comprimido
138. Nortriptilina, cloridrato 25 mg comprimido
139. Óleo mineral 100 ml frasco
140. Omeprazol 20 mg cápsula
141. Óxido de zinco 150 a 250 mg/g + retinol vit.A 5.000 UI + colecalciferol vit.D 400 UI pomada bisnaga 45 g
142. Paracetamol 500 mg comprimido
143. Paracetamol 200 mg/ml solução oral gotas frasco
144. Periciazina 40 mg/ml (4%) solução oral gotas frasco
145. Permetrina 50 mg/ml (5%) creme/loção frasco
146. Permetrina 10 mg/ml (1%) loção capilar frasco
147. Pilocarpina, cloridrato 20 mg/ml (2%) solução oftálmica frasco
148. Piridoxina, cloridrato (vit. B6) 40 mg comprimido
149. Pirimetamina 25 mg comprimido
150. Prednisolona fosfato sodico 4,02 mg/ml (equivalente a 3 mg/ml de prednisolone base) solução oral frasco 60 ml
151. Prednisona 20 mg comprimido
152. Prednisona 5 mg comprimido
153. Prometazina, cloridrato 25 mg comprimido
154. Propiltiuracila 100 mg comprimido
155. Propranolol, cloridrato 40 mg comprimido
156. Retinol, acetato (vit.A) 50.000 UI/ml + colecalciferol (vit.D) 10.000 UI/ml solução oral gotas frasco 10 ml

157. Risperidona 2 mg comprimido
158. Sais para reidratação oral pó para solução oral
159. Salbutamol, sulfato 100 µg/dose aerossol oral frasco
160. Sertralina 50 mg comprimido
161. Sulfadiazina 500 mg comprimido
162. Sulfametoxazol 800 mg + trimetoprima 160 mg comprimido
163. Sulfametoxazol 40 mg/ml + trimetoprima 8 mg/ml suspensão oral frasco 100 ml
164. Sulfato ferroso 40 mg comprimido
165. Sulfato ferroso 25 mg/ml solução oral gotas frasco
166. Teofilina 100 mg cápsula de liberação prolongada
167. Tiamazol 5 mg comprimido
168. Tiamina, cloridrato (vit. B1) 300 mg comprimido
169. Timolol, maleato 5 mg/ml (0,5%) solução oftálmica frasco
170. Tinidazol 500 mg comprimido
171. Tobramicina 3mg/ml (0,3%) solução oftálmica frasco
172. Varfarina sódica 2,5 mg comprimido
173. Varfarina sódica 5 mg comprimido

Fonte: Lista de medicamentos disponibilizada pela Secretaria da Saúde do Município de São Paulo - dados de julho de 2014, acessados em fevereiro de 2015

C – Lista de medicamentos distribuídos no programa “Dose Certa”:

1. Aciclovir 200 mg – Comprimido
2. Ácido Valpróico 250 mg – Comprimido ou Cápsula
3. Amitriptilina, Cloridrato 25 mg – Comprimido
4. Amoxicilina 250 mg/5ml - Pó para suspensão oral
5. Amoxicilina 500 mg - Cápsula
6. Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 UI – Pó para suspensão injetável
7. Benzilpenicilina procaína + potássica – Pó para suspensão injetável
8. Biperideno, Cloridrato 2 mg – Comprimido
9. Biperideno lactato 5 mg / ml – Solução Injetável
10. Captopril 25 mg – Comprimido
11. Carbamazepina 200 mg – Comprimido
12. Carbonato de Lítio 300 mg – Comprimido
13. Cefalexina 250 mg/5 ml – Pó para suspensão oral
14. Cefalexina 500 mg – Cápsula
15. Cimetidina 200 mg – Comprimido
16. Clomipramina, Cloridrato 25 mg – Drágea
17. Clonazepam 2 mg – Comprimido
18. Clorpromazina 100 mg – Comprimido
19. Clorpromazina 25 mg – Comprimido
20. Dexametasona 1 mg/g – Creme
21. Diazepam 10 mg – Comprimido
22. Diclofenaco sódico 50 mg – Comprimido revestido
23. Digoxina 0,25 mg – Comprimido
24. Dipirona sódica 500 mg/ml – Solução oral
25. Estradiol valerato 5 mg + Noretisterona enantato 50 mg – Solução injetável
26. Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg – Comprimido
27. Fenitoína 100 mg – Comprimido
28. Fenitoína 100 mg – Comprimido
29. Fluoxetina 20 mg - Cápsula
30. Furosemida 40 mg – Comprimido
31. Glibenclamida 5 mg – Comprimido

32. Haloperidol 2 mg/ml – Solução oral
33. Haloperidol 5 mg – Comprimido
34. Haloperidol 5 mg / ml – Solução injetável
35. Haloperidol Decanoato 70,52 mg / ml – Solução injetável
36. Hidroclorotiazida 25 mg – Comprimido
37. Imipramina, Cloridrato 25 mg – Comprimido
38. Levomepromazina 40mg/ml (4%) – solução oral
39. Levonorgestrel 0,75 mg – Comprimido
40. Mebendazol 100 mg – Comprimido
41. Mebendazol 100 mg/5 ml – Suspensão oral
42. Medroxiprogesterona acetato 150 mg – Suspensão injetável
43. Metildopa 250 mg – Comprimido revestido
44. Metoclopramida 10 mg – Comprimido
45. Metronidazol 250 mg – Comprimido
46. Metronidazol 40 mg/ml – Suspensão oral
47. Metronidazol 500 mg/5 g – Geleia vaginal
48. Miconazol 2% - Creme Vaginal
49. Naltrexona 50 mg – Comprimido revestido
50. Nifedipina 20 mg – Comprimido revestido
51. Nistatina 100.000 UI/4 g – Creme vaginal
52. Nitrazepam 5 mg – Comprimido
53. Noretisterona 0,35 mg – Comprimido
54. Nortriptilina 25 mg – Comprimido ou Cápsula
55. Paracetamol 200 mg/ml – Solução oral
56. Polivitamínico – Solução oral
57. Prometazina 25 mg – Comprimido
58. Propranolol 40 mg – Comprimido
59. Sais para Reidratação Oral – Pó para solução oral
60. Salbutamol, Sufato 50 µg / dose – aerosol oral
61. Sertralina 50 mg – Comprimido
62. Sertralina 50 mg – Comprimido
63. Sulfametoxazol 200 mg + Trimetoprima 40 mg/5 ml – Suspensão oral
64. Sulfametoxazol 400 mg + Trimetoprima 80 mg – Comprimido

65. Sulfato Ferroso 25 mg de ferro elementar / ml – Solução oral
66. Tiamina, Cloridrato 300 mg – Comprimido revestido ou drágea
67. Tioridazina 100 mg – Comprimido
68. Elenco de produtos para a saúde:
69. Dispositivo intrauterino com cobre
70. Fita Reagente para Proteinúria

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do governo do Estado de São Paulo, 09/01/2015.

D – Lista de medicamentos do programa “Aqui tem Farmácia Popular”:

71. Hipertensão arterial – gratuitos
72. Captopril 25 mg, comprimido
73. Maleato de enalapril 10 mg, comprimido
74. Cloridrato de propranolol 40 mg, comprimido
75. Atenolol 25 mg, comprimido
76. Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido
77. Losartana Potássica 50 mg
78. Diabetes Mellitus – gratuitos
79. Glibenclamida 5 mg, comprimido
80. Cloridrato de metformina 500 mg, comprimido
81. Cloridrato de metformina 500 mg, comprimido de ação prolongada
82. Cloridrato de metformina 850 mg, comprimido
83. Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, frasco-ampola 10 ml
84. Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, frasco-ampola 5 ml
85. Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, refil 3ml (carpule)
86. Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, refil 1,5ml (carpule)
87. Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 10 ml
88. Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 5 ml
89. Insulina Humana Regular 100UI/ml, solução injetável, refil 3ml (carpule)
90. Insulina Humana Regular 100UI/ml, solução injetável, refil 1,5ml (carpule)
91. Asma – gratuitos
92. Sulfato de Salbutamol 5 mg/ml - Solução Inalação
93. Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado
94. Brometo de Ipratrópio 0,25 mg/ml - Administração pulmonar, solução para inalação
95. Brometo de Ipratrópio 0,02 mg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado
96. Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado
97. Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/cápsula - Administração pulmonar, cápsulas inalantes
98. Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado

99. Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado
100. Os demais medicamentos são dispensados nosistema de copagamento, são eles:
101. Contracepção
102. Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg, ampola
103. Norestisterona 0,35 mg, comprimido - cartela com 35 comprimidos
104. Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg, comprimido - cartela com 21 comprimidos
105. Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, ampola
106. Dislipidemia
107. Sinvastatina 10 mg comprimido
108. Sinvastatina 20 mg comprimido
109. Sinvastatina 40 mg comprimido
110. Rinite
111. Budesonida 50 mcg/dose - Adminsitração tópica nasal doseada
112. Budesonida 32 mcg/dose - Adminsitração tópica nasal doseada
113. Parkinson
114. Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
115. Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg
116. Osteoporose
117. Alendronato de Sódio 70 mg
118. Glaucoma
119. Maleato de Timolol 0,25% - Solução Oftalmológica
120. Maleato de Timolol 0,50% - Solução Oftalmológica
121. Incontinência
122. Fralda geriátrica

Fonte: dados de fevereiro de 2014 disponibilizados no site do Ministério da Saúde

E – Lista de medicamentos da rede própria do Programa Farmácia Popular do Basil:

1. Acetato de medroxiprogesterona 150 mg/ml, Ampola
2. Aciclovir 200mg/comp. Comprimido
3. Ácido Acetilsalicílico 500mg/comp., Comprimido
4. Ácido Acetilsalicílico 100mg/comp. Comprimido
5. Ácido Fólico 5mg/comp., Comprimido
6. Albendazol 400mg/comp. mastigável, Comprimido
7. Alendronato de Sódio 70 mg/comp, Comprimido
8. Alopurinol 100mg/comp., Comprimido
9. Amiodarona 200mg/comp., Comprimido
10. Amitriptilina 25mg/comp., Comprimido
11. Amoxicilina 500mg/cáps., Cápsula
12. Amoxicilina 250mg/5ml/pó p/susp. Oral, Frasco 60 ml
13. Amoxicilina 250mg/5ml/pó p/susp. Oral, Frasco 150 ml
14. Atenolol 25mg/comp., Comprimido (gratuito)
15. Azatioprina 50mg/comp., Comprimido
16. Azitromicina 500mg/comp., Comprimido
17. Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000ui/pó p/sus. inj., Frasco-ampola
18. Benzilpenicilina Procaína+Potássica 300.000+100.000ui/pó/sus. inj., Fr-ampola
19. Benzoato de Benzila 200mg/ml/emulsão, Frasco 100 ml
20. Benzoato de Benzila 200mg/ml/emulsão, Frasco 60 ml
21. Biperideno 2mg/comp., Comprimido
22. Brometo de n-butilescopolamina 10 mg/frasco, frasco de 20 ml
23. Captopril 25mg/comp. sulcado, Comprimido (gratuito)
24. Carbamazepina 200mg/comp., Comprimido
25. Carbidopa + Levodopa 25mg + 250mg/comp., Comprimido
26. Cefalexina 500mg/cáps., Cápsula
27. Cefalexina 250mg/5ml/susp. Oral, Frasco 60 ml
28. Cefalexina 250mg/5ml/susp. Oral, Frasco 125 ml
29. Cetoconazol 200mg/comp., Comprimido
30. Ciprofloxacino 500mg/comp., Comprimido
31. Clonazepam 2mg/comp, Comprimido

32. Cloreto de Potássio 60mg/ml/xpe., Frasco 100 ml
33. Cloreto de Sódio 0,9% 9mg/ml/sol. nasal, Frasco
34. Clorpromazina 25mg/comp. Comprimido
35. Clorpromazina 100mg/comp. Comprimido
36. Dexametasona Crem.0,1%, Tubo
37. Dexclorfeniramina 2mg/comp. Comprimido
38. Dexclorfeniramina 0,4mg/sol. Oral, Frasco 120 ml
39. Diazepam 5mg/comp.sulcado, Comprimido
40. Diazepam 10mg/comp.sulcado, Comprimido
41. Digoxina 0,25mg/comp. Comprimido
42. Dipirona 500mg/ml gts, Frasco 10 ml
43. Doxiciclina 100mg/comp. Comprimido
44. Enalapril 10mg/comp. Comprimido (gratuito)
45. Enalapril 20mg/comp. Comprimido (gratuito)
46. Enantato de Noretisterona+Valerato de Estradiol 50mg+5mg/injet., Seringa 1 ml
47. Eritromicina 125mg/5ml/susp. Oral, Frasco 60 ml
48. Eritromicina 500mg/comp./cáps. Comprimido
49. Etinilestradiol+Levonorgestrel 0,03mg+0,15mg/comp, Cartela c/ 21 cápsulas
50. Fenitoína 100mg/comp. Comprimido
51. Fenobarbital 100mg/comp. Comprimido
52. Fluconazol 100mg/rev. Cápsula
53. Fluconazol 150mg/rev. Cápsula
54. Fluoxetina 20mg/comp. Comprimido
55. Furosemida 40mg/comp. Comprimido (gratuito)
56. Glibenclamida 5mg/comp. Comprimido (gratuito)
57. Haloperidol 1mg/comp. Comprimido
58. Haloperidol 5mg/comp. Comprimido
59. Haloperidol 2mg/ml/sol. Oral, Frasco 20 ml
60. Hidroclorotiazida 25mg/comp. Comprimido (gratuito)
61. Ibuprofeno 300mg/comp. Comprimido
62. Levonorgestrel 0,75mg/comp. Comprimido
63. Loratadina 10mg/comp. Comprimido
64. Losartana 50mg/comp. Comprimido (gratuito)

65. Mebendazol 100mg/comp. Comprimido
66. Mebendazol 100mg/5ml/sup. Oral, Frasco 30 ml
67. Metformina 500mg/comp. Comprimido (gratuito)
68. Metformina 850mg/comp. Comprimido (gratuito)
69. Metildopa 250mg/comp.rev. Comprimido (gratuito)
70. Metildopa 500mg/comp.rev. Comprimido (gratuito)
71. Metoclopramida 10mg/comp. Comprimido
72. Metoclopramida 4mg/ml/sol.oral, Frasco 10 ml
73. Metronidazol 250mg/comp. Comprimido
74. Metronidazol 5% creme vaginal, Tubo 50 gramas
75. Metronidazol 200mg/5ml/susp. Oral, Frasco 100 ml
76. Miconazol 2%/locão, Frasco 30 ml
77. Miconazol 2%/pó, Frasco 30 ml
78. Mo de Isossorbida 20mg/comp. Comprimido
79. Neomicina + Bacitracina 5mg + 250ui/g/pom. Tubo 10 gramas
80. Neomicina + Bacitracina 5mg + 250ui/g/pom. Tubo 15 gramas
81. Nifedipina 20mg/comp.lib.cont. Comprimido (gratuito)
82. Nistatina 25.000 UI/crem. Vaginal, Tubo 60 gramas
83. Nistatina 25.000 UI/crem. Vaginal, Tubo 50 gramas
84. Nistatina 100.000 UI/ml/ susp. Oral, Frasco 30 ml
85. Noretisterona 0,35mg/comp. Cartela c/ 35 comprimidos
86. Omeprazol 20mg/cáps. Cápsula
87. Paracetamol 500mg/comp. Comprimido
88. Paracetamol 200mg/ml/sol. Oral gts, Frasco 10 ml
89. Paracetamol 200mg/ml/sol. Oral gts, Frasco 15 ml
90. Paracetamol 100mg/ml/sol. oral gts. Frasco 10 ml
91. Paracetamol 100mg/ml/sol. oral gts. Frasco 15 ml
92. Prednisona 20mg/comp. Comprimido
93. Prednisona 5mg/comp. Comprimido
94. Prometazina 25mg/comp. Comprimido
95. Propranolol 40mg/comp. Comprimido (gratuito)
96. Ranitidina 150mg/comp. Comprimido
97. Sais p/ Reidratação Oral pó p/sol. Oral, Envelope 27,9 gramas

98. Salbutamol 2mg/comp. Sulcado, Comprimido (gratuito)
99. Salbutamol 2mg/5ml/xpe. Frasco 120 ml (gratuito)
100. Salbutamol 2mg/5ml/xpe. Frasco 125 ml (gratuito)
101. Sinvastatina 20mg/comp. Comprimido
102. Sulfametoxazol + Trimetoprima 400mg + 80mg/comp. Comprimido
103. Sulfametoxazol + Trimetoprima 200mg + 40mg/5ml/susp. Oral, Fr 50 ml
104. Sulfametoxazol + Trimetoprima 200mg + 40mg/5ml/susp. Oral, Fr 60 ml
105. Sulfametoxazol + Trimetoprima 200mg + 40mg/5ml/susp. Or, Fr 100 ml
106. Sulfassalazina 500mg/comp. Comprimido
107. Sulfato Ferroso 40mg Fe(II)/comp. rev. Comprimido
108. Sulfato Ferroso 25mg/ml Fe(II)/sol. Oral, Frasco 30 ml
109. Tiabendazol 5%/pom. Tubo 20 gramas
110. Valproato de Sódio 50mg/ml/xpe. Frasco 100 ml
111. Verapamila 80mg/comp. Comprimido (gratuito)
112. Preservativo Masculino Latex, unidade

Fonte: dados de fevereiro de 2014 disponibilizados no site do Ministério da Saúde

F – Entrevista feita com Coordenação Geral de Gestão do Programa Farmácia Popular no Ministério da Saúde, Brasília (2013):

Qual a “razão de ser” do Programa Farmácia Popular no contexto político brasileiro?

A proposta para o Programa é a de ser mais uma alternativa de acesso aos medicamentos, sendo este complementar ao atendimento feito pelas unidades básicas de saúde do SUS, que ainda é a principal alternativa na distribuição de medicamentos pelo governo. Outro objetivo do Programa é qualificar a assistência farmacêutica, oferecendo à população, além dos medicamentos, o atendimento através de farmacêuticos nas farmácias.

As primeiras farmácias do governo foram implantadas pela Fiocruz em 2004, e, depois, foram implementadas farmácias do governo em parceria com os estados e municípios. Em 2006 o Programa lançou uma nova modalidade, através de parcerias com as redes privadas de farmácias, no programa “Aqui tem Farmácia Popular”.

A meta do governo é a de alcançar 600 unidades de farmácias da rede própria do governo no país. As farmácias do governo são gerenciadas pela Fiocruz e distribuem 113 itens no Programa, mediante licitação nas compras de medicamentos. Nas farmácias privadas do programa “Aqui tem farmácia popular” são distribuídos 24 itens.

Para que um medicamento seja distribuído pelo Programa, basta ter registro na Anvisa, e o MS define apenas o princípio ativo a ser distribuído, e não quem será o seu fornecedor. Pela Lei, se o paciente tem receita para medicamento de referência, este pode ser substituído na farmácia pelo genérico. Para similares, estes devem ser prescritos pelo nome comercial do medicamento.

Como o Programa é universal, a maneira de priorizar a população de baixa renda é manter o processo de credenciamento de novas farmácias “em aberto”, ao longo de todo o ano, para os municípios que fazem parte dos “bolsões de pobreza”, em que esta situação de pobreza tem uma relação de “ciclo vicioso” com as doenças crônicas não transmissíveis, e, priorizando também os municípios que não possuem farmácias.

O Programa Farmácia Popular é inovador?

O modelo de copagamento é inovador, considerando-se que o SUS distribui gratuitamente todos os medicamentos de sua lista de dispensação e também é inovador pela facilidade de acesso da população às unidades da rede própria do Programa e farmácias privadas credenciadas, sem a necessidade de se deslocar às unidades básicas de saúde para obter os medicamentos, que têm horários mais restritos de atendimento. Em outros países existem

sistemas semelhantes a este sistema de copagamento.

Como são definidas as prioridades em termos de patologias clínicas e tipos de medicamentos atendidos no Programa?

A lista de medicamentos do Programa está baseada na mesma lista RENAME utilizada na distribuição de medicamentos pelas unidades básicas de saúde do SUS. A prioridade é dada ao atendimento das patologias crônicas não transmissíveis, como é o caso do diabetes, hipertensão e asma; em junho de 2012 o medicamento de asma foi incluído na gratuidade, por se tratar de tratamento prioritário. Na definição do elenco foram considerados, também, os medicamentos que compõem os programas assistenciais e secretarias do Ministério da Saúde.

Existe alguma correlação com as estatísticas endêmicas de saúde? Se sim, estes dados estão disponíveis para consulta?

Não existe essa correlação com as estatísticas endêmicas. Porém, é feita comparação entre os investimentos nas Farmácias Populares & estatísticas de internações nos municípios atendidos pelo Programa. Existem dados comprovando a redução nas internações relacionadas às patologias atendidas no Programa.

Quais os critérios utilizados para a seleção dos fornecedores destes medicamentos distribuídos no Programa? Como acontece essa seleção, a escolha é feita pelo Ministério da Saúde ou é uma seleção independente feita pelas próprias farmácias?

O Ministério da Saúde não tem responsabilidade sobre a marca do medicamento; é uma seleção feita pelas farmácias privadas nas negociações com os distribuidores e fabricantes dos medicamentos, e, o governo apenas define os princípios ativos e suas concentrações a serem distribuídos no Programa; no caso das unidades da rede própria do Programa, as compras são centralizadas pela Fiocruz e são feitas mediante licitação.

Qual a estratégia e critérios utilizados para a definição dos canais de distribuição "unidades da rede própria & farmácias particulares credenciadas ao Programa"?

A meta é aumentar o credenciamento de farmácias particulares para aumentar a capilaridade do Programa, e, qualquer farmácia pode ser credenciada, contanto que esteja com a documentação e registros regularizados.

Como é definida a política de subsídios nas farmácias? Quais as prioridades quanto a gratuidade e descontos nos medicamentos distribuídos no Programa?

Os medicamentos para as patologias crônicas não transmissíveis são prioritários e, portanto, eleitos para a gratuidade.

Como é feito o ressarcimento entre os participantes da cadeia de distribuição deste

Programa - Governo - Indústria - Distribuidor - Farmácia?

O preço de fábrica é o preço máximo para a venda de medicamentos pela indústria ao distribuidor e ao varejo. O preço máximo ao consumidor é o preço máximo de venda ao consumidor pela farmácia (controle de preços pela CMED).

Exemplo: PMC de R\$10,00 (1 comprimido) & R\$5,00 valor de referência ressarcido pelo Ministério da Saúde. Com base nesse valor de referência, o varejista irá negociar com fornecedores, quer sejam distribuidores ou indústrias, para viabilizar a venda com desconto no Programa ou distribuição gratuita, conforme definido pelo Ministério da Saúde. Este estabelece para cada medicamento o valor de referência (portaria 971) e a política de subsídios determina os descontos e coberturas do governo sobre estes valores. Este valor inclui o subsídio aos medicamentos e inclui também um auxílio para a cobertura de custos fixos e operacionais, como gastos em tecnologia da informação e para a manutenção de equipe de funcionários para a gestão das farmácias.

Existem incentivos fiscais aos participantes do Programa?

Não, as farmácias privadas não têm isenção de impostos ou incentivos fiscais para a sua participação no Programa, mas apenas as unidades da rede própria, pois são isentas do imposto estadual ICMS nas suas compras via licitação.

Como é tratada a questão da complementariedade na distribuição de medicamentos pelas Farmácias Populares & unidades de atendimento do SUS?

O Programa Farmácia Popular é apenas uma alternativa complementar à distribuição feita pelas unidades básicas de saúde do SUS, e, não tem como objetivo substituir essas unidades básicas de atendimento.

Como é definida e qual a evolução da verba pública destinada ao Programa? Qual a sua representatividade nos gastos em Saúde Pública ao longo destes anos, desde a sua implantação em 2004?

A assistência farmacêutica representa hoje 13% do orçamento na área de saúde, e, em 2012, o orçamento para a assistência farmacêutica totalizou R\$9 bilhões.

A assistência farmacêutica está dividida em três segmentos: básica, estratégica e de alto custo ou componente especializado da assistência farmacêutica, representando este último, aproximadamente 50% deste orçamento.

O orçamento para o ano de 2013 é de R\$1,9 bilhões para as Farmácias Populares; hoje o Programa atende aproximadamente 6,1 milhões de pacientes, e, atualmente existem 3.818 municípios atendidos pelo Ministério da Saúde no Programa (os demais dados estatísticos

sobre o Programa estão disponibilizados no site do Ministério da Saúde).

Existe alguma estatística comparando a sua participação nos gastos em saúde pública & demais programas do governo de distribuição de medicamentos? Qual a tendência?

A proposta é de o Programa continuar sendo mais uma alternativa de acesso e não substituir às unidades básicas do SUS.

Qual a participação dos medicamentos de referência, genéricos e similares no Programa? Existe alguma prioridade nessa escolha?

Cerca de 80% dos medicamentos distribuídos no Programa são genéricos;

Cerca de 6% a 8% são medicamentos de referência;

O restante, cerca de 12% a 14%, são similares;

Quanto à prioridade na aprovação de novos registros de medicamentos pela Anvisa, é dada prioridade à lista de medicamentos do SUS (Lei 9787 de 1999);

Qual a estratégia de comunicação do Programa à população brasileira?

O MS apenas distribui às farmácias um selo em adesivo para ser inserido no caixa das farmácias para a identificação dos consumidores, porém, os demais materiais publicitários como banners e placas com listas de medicamentos e valores ficam sob a responsabilidade das farmácias; também é feita divulgação do Programa pelo governo através das mídias convencionais como o rádio, televisão, web e jornais.

Existe alguma pesquisa para mensurar a satisfação dos pacientes com o atendimento das farmácias no Programa Farmácia Popular?

Não existe uma pesquisa de satisfação oficial, mas apenas um *feedback* obtido pelo canal de atendimento gratuito do SUS 136, que é a Ouvidoria do SUS. Não é feito um cadastramento dos pacientes contendo informações de endereço, por exemplo, pois a única informação solicitada para esta autorização do benefício pelo Ministério da Saúde é o CPF; de modo geral, o Programa tem sido bem avaliado pela população.

Existe algum *software* ou tecnologia desenvolvidos para a gestão do Programa pelo governo, integrado às farmácias?

Para obter o benefício, basta o paciente apresentar o CPF, um documento com fotografia, a receita médica com validade de 120 dias e o CRM do médico; estes dados são inseridos no software das farmácias e estas informações são enviadas via internet ao Ministério da Saúde que irá analisar e autorizar a venda com desconto de até 90% ou com gratuidade no Programa. Essa autorização é feita pelo Datasus – Departamento de TI do SUS que checa outros dados, como idade para o fornecimento de fraldas geriátricas e sexo feminino para contraceptivos.

Como é feito o monitoramento do desempenho do Programa nas farmácias e quais os resultados obtidos ao longo dos anos?

O monitoramento é diário e feito pelo sistema desenvolvido especialmente para a gestão do Programa e gerando um banco de dados para análises mediante “filtros de seleção” destas informações. Pelo sistema, conseguem detectar fraudes, bloqueando o pagamento e conexão destas farmácias para averiguarem essas ocorrências, como a criação de receitas falsas, por exemplo, para vendas fraudulentas no Programa, e desvios como descontinuidades no fornecimento de medicamentos distribuídos. Até o momento não houve nenhuma descontinuidade que caracterizasse um “boicote” ao Programa pela indústria farmacêutica. É realizado um monitoramento dos ressarcimentos às farmácias, comparando-se com uma média nacional. As farmácias necessitam manter em arquivo os cupons fiscais e vinculados, cópias das receitas médicas e as notas fiscais de aquisição dos medicamentos para confirmarem as vendas com descontos ou com gratuidade no Programa para serem apresentados em ocasiões de fiscalização do governo.

Existem planos de melhoria para o Programa? Quais são?

Sim, ampliar os mecanismos de segurança do Programa, com o objetivo de evitarem fraudes, e, “cruzando informações” nas autorizações para o fornecimento de medicamentos nas Farmácias Populares & retiradas nas unidades básicas do SUS através do cartão SUS, a fim de evitarem retiradas em duplicidade, por exemplo. Um outro plano é aumentar a capilaridade do Programa através de novos credenciamentos de farmácias particulares.

Quais os principais obstáculos e desafios do Programa?

Existem municípios sem farmácias e drogarias, municípios com farmácias, porém sem registros ou farmácias sem internet para a comunicação com o Ministério da Saúde. Um outro desafio é monitorar as unidades básicas de saúde do SUS, verificando se as verbas estão sendo bem direcionadas.

Observação: sabe-se que parte importante da demanda nas Farmácias Populares está representada por pacientes que não encontram os medicamentos disponíveis nas unidades básicas do SUS e acabam procurando as Farmácias Populares para suprirem esta deficiência, portanto, uma melhor gestão e controles nessas unidades do SUS, terão um impacto positivo nas Farmácias Populares, concentrando seus esforços no público-alvo proposto para o Programa, que são as famílias da classe popular que não dependem da gratuidade do SUS para o suprimento de seus medicamentos.

Com relação aos limites, em termos de concentrações dos medicamentos atendidos no Programa, está sendo avaliada a possibilidade de ampliar o benefício para dosagens maiores, quando solicitadas nas prescrições médicas?

As concentrações e limites máximos mensais definidos para cada princípio ativo, cobertas pelo Programa, são definidas por protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e pela lista RENAME. Entretanto, caso haja posologias maiores prescritas pelos médicos, que ultrapassem o limite máximo mensal para um determinado princípio ativo, o paciente pode obter essa cobertura extra mediante encaminhamento de laudo médico justificando essa posologia superior.

Existe alguma regra estabelecida pelo Ministério da Saúde para a comercialização dos medicamentos no Programa pelas indústrias farmacêuticas e distribuidores?

Não há nenhuma regra específica para este segmento e as negociações são feitas pelas farmácias em caráter de “livre mercado”, baseadas no valor de referência e ressarcimentos definidos pelo Ministério da Saúde para cada medicamento no Programa.

Existe algum tipo de "boicote" por parte das indústrias farmacêuticas e distribuidores de medicamentos para a venda e distribuição de medicamentos no Programa?

Nas farmácias do governo não há nenhuma reclamação de descontinuidade de medicamentos e nas farmácias privadas também não foi detectada nenhuma descontinuidade que caracterizasse boicote das indústrias farmacêuticas ao Programa.

Existe algum estudo avaliando outras alternativas de fornecimento de medicamentos no Programa, como a indústria pública da Fundação do Remédio Popular – FURP e farmácias de manipulação?

A FURP atende apenas a demanda do governo por medicamentos e esse atendimento não se estende às redes privadas de farmácias. Para se obter autorização do Ministério da Saúde, é necessário informar o código de barras do medicamento autorizado pela Anvisa e, as farmácias de manipulação não trabalham com códigos de barra nos produtos e atendem de modo personalizado os pacientes, dificultando o controle pelo Ministério da Saúde, o que hoje inviabiliza a participação deste segmento no Programa (Lei 5991 de 1973). Para as Farmácias Populares dos municípios, o Ministério da Saúde contribui com R\$10 mil mensais.

ANEXOS

A - Lei Orgânica da Saúde – SUS:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>

B - Lei de Patentes:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9279.htm>

C - ANVISA:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm>

D - Regulamentação do Setor Farmacêutico:

<http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/2003/L10.742.htm>

E – Lei de Propaganda (Lei 9.294/96):

<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/L9294.htm>

F - Lei dos Genéricos:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9787.htm>

G - Lei do Programa Farmácia Popular:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.858.htm>

H - Portaria Nº 971, de 15 de maio de 2012 - *Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil:*

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0971_15_05_2012.html>

I - Decreto nº 57.816, de 27 de fevereiro de 2012.

<<http://www.legislacao.sp.gov.br/legislacao/dg280202.nsf/5fb5269ed17b47ab83256cfb00501469/b892aa70872883bd832579b2004afd8f?OpenDocument>>

J - Manual do Programa na rede de farmácias "Pague Menos"



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 971, DE 15 DE MAIO DE 2012

Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos;

Considerando a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, instituindo normas para licitações e contratos da Administração Pública;

Considerando a Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal;

Considerando a Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos;

Considerando a Lei nº 10.522, de 19 de julho de 2002, que dispõe sobre o Cadastro Informativo dos créditos não quitados de órgãos e entidades federais;

Considerando a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento;

Considerando o Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que institui o Programa Farmácia Popular do Brasil;

Considerando a Portaria nº 1.480/GM/MS, de 31 de dezembro de 1990, e a RDC/ANVISA nº 10, de 21 de outubro de 1999, as quais resolvem que os produtos absorventes higiênicos descartáveis, destinados ao asseio corporal estão isentos de registro, continuando porém sujeitos ao regime de Vigilância Sanitária, para os demais efeitos da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, do Decreto nº 79.094, de 5 de janeiro de 1.977, e legislação correlata complementar;

Considerando o dever do Estado de garantir os meios indispensáveis à prevenção, à promoção e à recuperação da saúde;

Considerando a necessidade de oferecer alternativas de acesso à assistência farmacêutica, com vistas à promoção da integralidade do atendimento à saúde;

Considerando a meta de assegurar medicamentos essenciais para o tratamento dos agravos com maior incidência na população, mediante redução de seu custo para os pacientes; e

Considerando que o Programa Farmácia Popular do Brasil prevê a instalação de Farmácias Populares em parceria com Estados, Distrito Federal, Municípios e instituições, bem como com a rede privada de farmácias e drogarias, resolve:

Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre as normas operacionais do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB).

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º O PFPB consiste na disponibilização de medicamentos e/ou correlatos à população, pelo Ministério da Saúde (MS), pelos meios descritos abaixo:

I - a "Rede Própria", constituída por Farmácias Populares, em parceria com os Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos; e

II - o "Aqui Tem Farmácia Popular", constituído por meio de convênios com a rede privada de farmácias e drogarias.

Parágrafo único. O PFPB Aqui Tem Farmácia Popular tem por objetivo disponibilizar à população, por meio da rede privada de farmácias e drogarias, os medicamentos e correlatos previamente definidos pelo MS, nos termos do Anexo II desta Portaria.

Art. 3º Para os efeitos desta Portaria, consideram-se as seguintes definições:

31 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, por força do disposto no § 1º do art. 32 daquela Lei.

§ 3º Não poderão ser credenciadas ao PFPB Aqui Tem Farmácia Popular novas filiais cuja matriz esteja passando por processo de auditoria no Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS).

I - concentrador: empresa terceirizada que já possui a comunicação com o sistema de vendas do PFPB e irá prover os serviços, a qual é contratada pelas farmácias e drogarias da rede privada;

II - medicamento: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, que contém um ou mais fármacos juntamente com outras substâncias, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico;

III - correlato: a substância, produto, aparelho ou acessório não enquadrado nos conceitos de droga, medicamento ou insumo farmacêutico, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins diagnósticos e analíticos, os cosméticos e perfumes, e, ainda, os produtos dietéticos, óticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários;

IV - cupom fiscal: documento fiscal emitido em bobina de papel nas operações realizadas pelo equipamento fiscal;

V - cupom vinculado: documento não-fiscal emitido em bobina de papel nas operações realizadas pelo equipamento fiscal que contém as informações normatizadas referentes as vendas realizadas pelo Programa;

VI - denominação Comum Brasileira (DCB): denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária;

VII - princípio ativo: substância quimicamente caracterizada, cuja ação farmacológica é conhecida e responsável total ou parcialmente pelos efeitos terapêuticos do medicamento;

VIII - unidade de produto (up): fração unitária corresponde a uma unidade farmacotécnica do medicamento ou a fração unitária de produtos correlatos;

IX - valor de referência (vr): preço referencial fixado pelo Ministério da Saúde para cada princípio ativo e correlato constante do Programa e definido para cada unidade de produto (up);

X - preço de dispensação - rede própria (pd-rp): valor do medicamento e correlato fixado para as farmácias da rede própria do PFPB; e XI - 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.

CAPÍTULO II

DAS OPERACIONALIZAÇÃO E DO FUNCIONAMENTO DO PFPB

Art. 4º Na "Rede Própria", a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) será a executora das ações inerentes à aquisição, estocagem, comercialização e dispensação dos medicamentos, podendo para tanto firmar convênios com a União, Estados, Distrito Federal, Municípios e instituições, sob a supervisão direta e imediata do MS.

Art. 5º No "Aqui tem Farmácia Popular", a operacionalização do PFPB ocorrerá diretamente entre o MS e a rede privada de farmácias e drogarias, mediante relação convenial regida pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

Art. 6º O elenco de medicamentos e/ou correlatos disponibilizados no âmbito do PFPB, bem como seus valores de referência e preços de dispensação, encontram-se previstos nos Anexos I a V desta Portaria.

Art. 7º No "Aqui Tem Farmácia Popular" e na "Rede Própria", os medicamentos definidos para o tratamento da hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus serão distribuídos gratuitamente aos usuários.

Parágrafo único. Quando os medicamentos para hipertensão arterial e diabetes mellitus forem comercializados com preço de venda menor que o valor de referência definido no Anexo I desta Portaria, o MS pagará 100 % (cem por cento) do valor de venda.

Art. 8º Na "Rede Própria", a dispensação dos medicamentos e/ou correlatos ocorrerá mediante o ressarcimento correspondente, tão somente, aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, conforme valores de dispensação estabelecidos.

Art. 9º No "Aqui Tem Farmácia Popular", o MS pagará até 90% (noventa por cento) do valor de referência estabelecido, sendo obrigatório o pagamento pelo paciente da diferença entre o percentual pago pelo MS e o pv-at do medicamento e/ou correlato adquirido.

Parágrafo único. Nos casos em que o medicamento e/ou correlato forem comercializados com o preço de venda menor do que o valor de referência definido no Anexo II desta Portaria, o MS pagará 90% (noventa por cento) do preço de venda e o paciente a diferença.

Seção I

Do "Aqui Tem Farmácia Popular"

Subseção I

Da Adesão ao PFPB Aqui Tem Farmácia Popular

Art. 10. Poderão participar do PFPB Aqui Tem Farmácia Popular as farmácias e drogarias que atenderem aos seguintes critérios:

I - requerimento e termo de adesão assinados pelo representante legal da empresa;

II - ficha cadastral preenchida;

III - inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), da Secretaria de Receita Federal do Brasil;

IV - registro na junta comercial;

V - autorização de funcionamento emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ativa e válida, nos termos da legislação vigente;

VI - situação de regularidade com a Previdência Social;

VII - farmacêutico responsável técnico com Certificado de Regularidade Técnica (CRT) válido e emitido pelo Conselho Regional de Farmácia (CRF);

VIII - dispor de equipamento eletrônico habilitado a emitir cupom fiscal e vinculado para processamento das operações eletrônicas do Programa, conforme detalhamento constante no na Seção VII deste Capítulo;

IX - dispor de sistema de gerenciamento eletrônico capaz de realizar requisições eletrônicas, por meio de interface web; e

X - pessoal treinado para atuar no PFPB, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos.

§ 1º Para fins dos incisos V e VI do "caput", a validade da autorização da ANVISA e a regularidade junto à Previdência Social deverão considerar a data em que o requerimento de adesão for formulado.

§ 2º Ressalvado o disposto no inciso VII deste artigo, é dispensável, para a habilitação, a satisfação das exigências previstas nos arts. 28 a 31 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, por força do disposto no § 1º do art. 32 daquela Lei.

§ 3º Não poderão ser credenciadas ao PFPB Aqui Tem Farmácia Popular novas filiais cuja matriz esteja passando por processo de auditoria no Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS)

Art. 11. Após a análise dos documentos, a adesão das farmácias e drogarias ao PFPB Aqui Tem Farmácia Popular será autorizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS), com o seguinte fluxo:

I - publicação no Diário Oficial da União (DOU); e

II - disponibilização de login e senha para o representante legal das farmácias e drogarias e login e senha para os atendentes para acesso ao Sistema Eletrônico de Autorização de Dispensação de Medicamentos e Correlatos (ADM).

Art. 12. O login e senha provisórios e definitivos a serem utilizados nas transações do PFPB serão enviados para o correio eletrônico indicado pelo estabelecimento credenciado em seu cadastro.

§ 1º Após a publicação da adesão e o cadastro no sistema, o estabelecimento receberá automaticamente um login e senha provisórias que para realizar testes de homologação de conexão entre o seu sistema eletrônico adotado e o Sistema Autorizador do MS.

§ 2º Após a conclusão dos testes de homologação, o estabelecimento deverá solicitar ao MS o envio da senha e login definitivos para acesso ao ambiente de produção do Sistema Autorizador.

§ 3º A senha definitiva permitirá, além da realização das transações de venda, o acesso ao link disponível em "<http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular>".

Art. 13. A(s) senha(s) de acesso ao Sistema Autorizador é exclusiva do estabelecimento, sendo que o seu representante legal assume inteira responsabilidade pelo seu uso de acordo com as normas do Programa.

Art. 14. O estabelecimento credenciado poderá optar por conexão direta ou conexão indireta por meio de terceiros, no caso, concentrador, permanecendo, ainda assim, de inteira responsabilidade do estabelecimento credenciado o cumprimento de todas as normas do Programa.

§ 1º No caso de opção por conexão indireta, as farmácias e drogarias deverão informar, obrigatoriamente, no ato do cadastro, o número de CNPJ do concentrador.

§ 2º Os concentradores ficam igualmente sujeitos ao cumprimento das regras estabelecidas para o Programa, podendo ser penalizados com o bloqueio da conexão ao sistema de vendas DATASUS.

Art. 15. A publicação de que trata o inciso I do art. 11 configura a relação convencional estabelecida entre o MS e a empresa, a qual será regida na forma da Lei nº 8.666, de 1993.

Art. 16. O Requerimento do Termo de Adesão (RTA) terá validade até o dia 30 (trinta) de abril de cada ano.

§ 1º A renovação do RTA não será automática.

§ 2º As farmácias e drogarias que não efetuarem a renovação no prazo estipulado terão a conexão com o sistema de vendas DATASUS bloqueado até sua regularização.

Subseção II

Da Autorização de Comercialização e da Dispensação dos Medicamentos e Correlatos

Art. 17. A Autorização de Dispensação de Medicamentos e Correlatos (ADM) será processada por meio eletrônico, em tempo real, com base no código de barras EAN da embalagem do medicamento e/ou do correlato.

Art. 18. As ADMs serão validadas pelo MS quando contiverem todas as informações indicadas na Subseção VI desta Seção, desde que atendidos todos os critérios do PFPB.

Art. 19. A cada operação, obrigatoriamente, o estabelecimento deve emitir duas vias do cupom fiscal e do cupom vinculado.

Art. 20. O cupom vinculado, obrigatoriamente, deverá conter as seguintes informações, conforme modelo sugestão do Anexo V desta Portaria:

I - nome completo por extenso do beneficiário ou seu representante legal, em caso de menor de idade sem CPF;

II - número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do beneficiário ou seu representante legal, em caso de menor de idade sem CPF;

III - assinatura do beneficiário ou seu representante legal;

IV - endereço do beneficiário ou espaço para preenchimento, devendo, obrigatoriamente, ser preenchido no ato da compra;

V - razão social e CNPJ da empresa;

VI - nome do responsável legal da empresa;

VII - número de autorização do DATASUS;

VIII - UF e Número de inscrição do médico no Conselho Regional de Medicina (CRM);

IX - valor total da venda, do subsídio do MS, da parcela a ser paga pelo beneficiário e do custo-zero dos medicamentos para hipertensão arterial e diabetes mellitus;

X - data da compra;

XI - nome do medicamento, apresentação e/ou correlato;

XII - código de barras do medicamento e/ou correlato;

XIII - posologia diária ou prescrição diária;

XIV - quantidade autorizada;

XV - saldo atual (conforme posologia ou prescrição diária);

XVI - data da próxima compra;

XVII - identificação do operador da transação; e

XVIII - número da Ouvidoria do MS para consultas ou denúncias (136).

Art. 21. O paciente, obrigatoriamente, deve assinar o cupom vinculado, sendo que uma via deve ser mantida pelo estabelecimento e a outra entregue ao paciente.

Art. 22. O estabelecimento deve manter por 5 (cinco) anos para apresentação, sempre que necessário, as vias assinadas dos cupons vinculados e cupons fiscais em ordem cronológica de emissão, com arquivamento de 2 (duas) cópias, uma em meio físico e outra em meio magnético e/ou arquivo digitalizado, no próprio estabelecimento.

Parágrafo único. No caso de não ser possível a guarda das cópias dos documentos de que trata o "caput" deste artigo em meio magnético e/ou arquivo digitalizado, o estabelecimento poderá arquivá-las em meio físico na respectiva empresa que a ela presta serviços contábeis ou em outro estabelecimento de sua preferência.

Art. 23. Para a comercialização e a dispensação dos medicamentos e/ou correlatos no âmbito do PFPB, as farmácias e drogarias devem obrigatoriamente observar as seguintes condições:

I - apresentação pelo paciente, de documento oficial com foto no qual conste o seu número de CPF, e sua fotografia; e

II - apresentação de prescrição médica, no caso de medicamentos, ou prescrição, laudo ou atestado médico, no caso de correlatos, com as seguintes informações:

a) número de inscrição do médico no CRM, assinatura e carimbo médico e endereço do estabelecimento de saúde;

b) data da expedição da prescrição médica; e

c) nome e endereço residencial do paciente.

§ 1º As farmácias e drogarias deverão providenciar 2 (duas) cópias legíveis da prescrição, laudo ou atestado médico apresentado pelo paciente no ato da compra, arquivando-as uma em meio físico e outra em meio magnético e/ou arquivo digitalizado no próprio estabelecimento, e mantê-las por 5 (cinco) anos para apresentação sempre que for solicitado.

§ 2º Caberá as farmácias e drogarias manter por um prazo de 5 (cinco) anos para apresentação, sempre que necessário, as notas fiscais de aquisição dos medicamentos e/ou correlatos do PFPB junto aos fornecedores, com arquivamento de 2 (duas) cópias, uma em meio físico e outra em meio magnético e/ou arquivo digitalizado, no próprio estabelecimento.

§ 3º No caso de não ser possível a guarda das cópias dos documentos de que tratam os §§ 1º e 2º em meio magnético e/ou arquivo digitalizado no próprio estabelecimento, as farmácias e drogarias poderão arquivá-las em meio físico na respectiva empresa que a ela presta serviços contábeis ou em outro estabelecimento de sua preferência.

Art. 24. Para os medicamentos do PFPB, as prescrições terão validade de 120 (cento e vinte) dias a partir de sua emissão, exceto para os contraceptivos, cuja validade é de 12 (doze) meses.

Parágrafo único. As vendas posteriores aos períodos fixados no "caput" deste artigo devem necessariamente ser realizadas mediante a apresentação de nova prescrição.

Art. 25. O quantitativo do medicamento solicitado deve corresponder à posologia mensal compatível com os consensos de tratamento da doença para o qual é indicado e a dispensação deve obedecer aos limites definidos pelo PFPB.

§ 1º Nos casos das prescrições que ultrapassam a quantidade mensal estabelecida, o interessado deverá enviar ao DAF/SCTIE/MS, requerimento contendo os dados pessoais e informações para contato, a receita médica com os dados do usuário (nome, endereço e CPF) juntamente com um relatório feito pelo médico, com a Classificação Internacional de Doenças(CID), justificando dessa forma a prescrição.

§ 2º A autorização para a dispensação de medicamentos que ultrapassar a quantidade mensal (extrateto) terá validade de 120 (cento e vinte) dias, podendo ser renovada por meio do envio da documentação atualizada ao MS.

§ 3º O quantitativo excedente requerido somente será liberado, após análise pelo DAF/SCTIE/MS.

Art. 26. Para a comercialização de Fralda Geriátrica no âmbito do PFPB, as farmácias e drogarias obrigatoriamente devem observar as seguintes condições:

I - disponibilizar Fraldas Geriátricas para Incontinência de produtores que cumpram os requisitos técnicos estabelecidos pela Portaria nº 1480/GM/MS, de 31 de dezembro de 1990, e RDC/ANVISA nº 10, de 21 de outubro de 1999;

II - para a dispensação de Fraldas Geriátricas para Incontinência, o paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; e

III - apresentação, pelo paciente, de documento no qual conste seu número de CPF, e sua fotografia;

Art. 27. Para as Fraldas Geriátricas do PFPB, as prescrições, laudos ou atestados médicos terão validade de 120 (cento e vinte) dias a partir de sua emissão, podendo a retirada ocorrer a cada 10 dias, ficando limitado a 4 (quatro) unidades/dia de fralda.

Parágrafo único. As vendas posteriores ao período fixado no caput deste artigo devem necessariamente ser realizadas mediante a apresentação de nova prescrição/laudo/atestado médico.

Art. 28. Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da prescrição, laudo ou atestado médico, quando se enquadrar nas seguintes condições:

I - incapacidade nos termos dos art. 3º e 4º do Código Civil, desde que comprovado; e

II - pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 anos.

§ 1º A dispensação dos medicamentos e/ou correlatos, nos casos previstos nos incisos I e II do "caput", somente será realizada mediante apresentação dos seguintes documentos:

I - do paciente, titular da receita, de documento oficial com foto, o qual conste o seu número de CPF, salvo menor de idade que permite a apresentação da certidão de nascimento; e

II - do representante legal, o qual assumirá, juntamente com o estabelecimento, as responsabilidades pela efetivação da transação: CPF e RG.

§ 2º Considera-se representante legal aquele que for:

I - declarado por sentença judicial;

II - portador de instrumento público de procuração que outorgue plenos poderes ou poderes específicos para aquisição de medicamentos e/ou correlatos junto ao programa;

III - portador de instrumento particular de procuração com reconhecimento de firma, que autorize a compra de medicamentos e/ou correlatos junto ao programa; e

IV - portador de identidade civil que comprove a dependência do menor de idade, titular da receita médica.

§ 3º As farmácias e drogarias deverão providenciar 2 (duas) cópias da documentação prevista no § 1º e § 2º deste artigo no ato da compra, arquivando-as uma em meio físico e outra em meio magnético e/ou arquivo digitalizado no próprio estabelecimento, e mantê-las por 5 (cinco) anos para apresentação sempre que for solicitada.

§ 4º Aos usuários comprovadamente analfabetos, será aceita a digital no Cupom Vinculado, desde que o próprio paciente compareça ao estabelecimento credenciado para a aquisição dos medicamentos e/ou correlatos do PFPB, devendo uma cópia do RG do paciente ser providenciada pelo estabelecimento e arquivada por 5 (cinco) anos.

§ 5º No caso de não ser possível a guarda das cópias dos documentos de que trata o § 3º em meio magnético e/ou arquivo digitalizado no próprio estabelecimento, as farmácias e drogarias poderão arquivá-las em meio físico na respectiva empresa que a ela presta serviços contábeis ou em outro estabelecimento de sua preferência.

Subseção

III

Do Pagamento pelo Ministério da Saúde

Art. 29. O MS efetuará 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.

§ 1º As ADMs efetuadas no ambiente de homologação não são computadas a título de pagamento.

§ 2º Quando o valor das autorizações validadas for menor que o das ADMs estornadas ou em outras hipóteses em que haja óbice à compensação de créditos, será emitida à farmácia e/ou drogaria Guia de Recolhimento a União (GRU) para quitação do débito.

§ 3º Poderá ser emitida à farmácia e/ou drogaria uma Guia de Recolhimento a União (GRU) no valor global do total a ser estornado ao MS.

Art. 30. Para estabelecimentos matriz e filiais, os valores devidos serão agrupados e os pagamentos serão efetuados exclusivamente para a empresa matriz.

Art. 31. Os pagamentos serão efetuados em contas específicas abertas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS) nos valores atestados pelo Diretor do DAF/SCTIE/MS, e observadas as normas próprias da administração financeira pública.

Art. 32. O atesto dos pagamentos terá por base as informações geradas pelo Sistema Autorizador DATASUS.

Art. 33. Para fins de verificação pelo estabelecimento credenciado, estarão disponíveis em <http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular> os relatórios das transações realizadas, bem como as transações rejeitadas no processamento.

Subseção IV

Da Identidade Visual e da Publicidade do PFPB

Art. 34. As farmácias e drogarias credenciadas deverão obrigatoriamente exibir em seus estabelecimentos peças publicitárias que identifiquem o credenciamento ao PFPB, indicadas a seguir:

I - adesivo antifalsificação fornecido pelo MS, sendo proibido sua reprodução, e que deverá ser utilizado próximo ao caixa de pagamento;

II - banner produzido pelo estabelecimento credenciado de acordo com as normas de publicidade do PFPB, a ser afixado na frente do estabelecimento credenciado; e

III - tabela contendo os valores de referência contidos nos Anexos I e II, disponível em <http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular>.

§ 1º A logomarca do "Aqui Tem Farmácia Popular" não pode ser alterada e é obrigatório o uso do slogan ou marca do Governo Federal, vinculada à logomarca, bem como a inscrição do "Ministério da Saúde".

§ 2º É proibida a publicidade em domicílio de paciente ou o uso do nome do PFPB e das peças publicitárias fornecidas pelo Ministério da Saúde em qualquer tipo de manifestação diversa das previstas nesta Portaria.

§ 3º Não é permitido vincular o PFPB a outras marcas, promoções e/ou demais produtos do estabelecimento credenciado.

Art. 35. Os estabelecimentos habilitados somente poderão utilizar material publicitário e fazer campanha publicitária quando iniciarem as vendas, seguindo as diretrizes definidas pelo MS no Manual de Diretrizes para Aplicação em Peças Publicitárias específico do Programa, disponível em <http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular>.

Art. 36. Não é permitido às farmácias e drogarias não-credenciadas, descredenciadas ou apenas "em fase de credenciamento" exibirem publicidade referente ao PFPB, uma vez que somente o processo de credenciamento não garante que o mesmo será aprovado.

Art. 37. O não cumprimento das normas de publicidade do PFPB sujeitará o estabelecimento às penalidades previstas na Subseção V deste Capítulo.

Subseção V

Do Controle, do Monitoramento e das Penalidades

Art. 38. As transações das empresas serão verificadas mensalmente, ou quando houver necessidade, segundo os dados processados pelo Sistema Autorizador de Vendas, para controle e monitoramento do PFPB.

Art. 39. O MS solicitará ao estabelecimento credenciado, sempre que necessário, a prestação de informações detalhadas sobre as suas operações, cópia das prescrições, laudos ou atestados médicos, das notas fiscais, dos cupons fiscais e vinculados, amostra de material publicitário e demais documentos comprobatórios das autorizações realizadas, as quais deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 10 (dez) dias.

Art. 40. O descumprimento de qualquer das regras dispostas nesta Portaria e seus Anexos pelas farmácias e drogarias caracteriza prática de irregularidade no âmbito do PFPB, considerando-se irregulares as seguintes situações, entre outras:

I - comercializar e dispensar medicamentos e/ou correlatos fora da estrita observância das regras de execução do PFPB, dispostas nesta Portaria;

II - deixar de exigir a prescrição, laudo ou atestado médico, a apresentação do CPF e a assinatura do titular do CPF no cupom vinculado;

III - deixar de cobrar do paciente o pagamento da sua parcela referente à compra do(s) medicamento(s) e/ou correlato(s), salvo para as dispensações de medicamentos indicados para hipertensão arterial e diabetes mellitus que poderá atingir até 100% do vr;

IV - comercializar e dispensar medicamentos e/ou correlatos do PFPB em nome de terceiros;

V - estornar a venda cancelada ou irregular, com prazo superior a 7 (sete) dias da consolidação da transação;

VI - comercializar medicamentos e correlatos com senha diversa daquela que foi conferida exclusivamente ao estabelecimento credenciado;

VII - firmar convênios e parcerias com empresas, cooperativas e instituições congêneres para operações coletivas no âmbito do PFPB;

VIII - fazer uso publicitário do PFPB fora das regras definidas nesta Portaria;

IX - deixar de expor as peças publicitárias que identifiquem o credenciamento ao PFPB, estabelecidas no art. 34;

X - cadastrar pacientes em nome do PFPB fora do estabelecimento, especialmente, em domicílio;

XI - entregar medicamentos e/ou correlatos do PFPB fora do estabelecimento, especialmente em domicílio, uma vez que a venda exige a presença do paciente no estabelecimento, munido dos documentos necessários;

XII - deixar de observar as regras do órgão de vigilância sanitária para funcionamento do estabelecimento;

XIII - permitir que pessoa distinta do titular da receita ou seu procurador legal assine em nome do paciente, o que poderá caracterizar falsidade ideológica;

XIV - rasurar quaisquer documentos necessários para a validação da venda dos itens constantes do elenco do programa;

XV - receber a prescrição, laudo ou atestado médico com data posterior a autorização consolidada;

XVI - lançar no sistema de vendas do programa, informações divergentes das constantes na prescrição, laudo ou atestado médico e no documento do paciente;

XVII - dispensar medicamentos e/ou correlatos cuja prescrição, laudo ou atestado médico que já tiverem sido dispensados ou fornecidos, cuja comprovação se dê por meio da presença de carimbo com a inscrição fornecido; e

XVIII - realizar a substituição do medicamento prescrito em desacordo com a Legislação vigente.

Parágrafo único. O DAF/SCTIE/MS poderá, a qualquer tempo, requisitar os documentos que comprovam a regularidade das farmácias e drogarias junto ao órgão de vigilância sanitária.

Art. 41. O DAF/SCTIE/MS suspenderá preventivamente os pagamentos e/ou a conexão com os Sistemas DATASUS sempre que detectar indícios ou notícias de irregularidade(s) na execução do PFPB pelos estabelecimentos.

§ 1º O estabelecimento com suspeita de prática irregular será notificado pelo DAF/SCTIE/MS a apresentar, no prazo de 15 (quinze) dias, documentos e esclarecimentos e sobre os fatos averiguados.

§ 2º Apresentados ou não os esclarecimentos e documentos pelo estabelecimento no prazo indicado no § 1º deste artigo e verificando-se que não foram sanados os indícios ou notícias de irregularidades, o DAF/SCTIE/MS solicitará ao DENASUS a instauração de procedimento para averiguação dos fatos.

§ 3º Em casos excepcionais, o DAF/SCTIE/MS poderá solicitar ao DENASUS a instauração de procedimento para averiguação, antes que seja oportunizado à empresa um prazo para apresentar esclarecimentos.

Art. 42. O DAF/SCTIE/MS decidirá sobre o descredenciamento do estabelecimento, por meio de decisão fundamentada, sem prejuízo da imposição das penalidades previstas no art. 87 da Lei nº 8.666, de 1993, nas seguintes hipóteses:

I - após o recebimento do relatório conclusivo do procedimento instaurado pelo DENASUS; ou

II - constatadas irregularidades e os documentos constantes nos autos demonstrem autoria e materialidade.

Parágrafo único. O DAF/SCTIE/MS poderá, ainda, quando julgar cabível, encaminhar cópia dos autos à Polícia Federal e ao Ministério Público para a adoção das providências pertinentes, tendo em vista a atuação desses órgãos na apuração das infrações penais em detrimento de bens, serviços e interesses da União.

Art. 43. Após relatório conclusivo do DENASUS, o estabelecimento será notificado para recolher aos cofres públicos o débito correspondente ao valor repassado pelo Ministério da Saúde nas transações consideradas irregulares, no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da notificação, sem prejuízo da multa prevista no art. 45 desta Portaria.

§ 1º Caso o valor não seja recolhido no prazo fixado no "caput", será instaurada Tomada de Contas Especial pelo MS.

§ 2º Em conformidade com os ditames da Lei nº 10.522, de 19 de julho de 2002, será realizada a inscrição do nome da empresa no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), sem prejuízo do ajuizamento da pertinente ação de cobrança pela Procuradoria da Fazenda Nacional.

§ 3º Quando houver multa a ser paga à União, o MS poderá deduzir dos valores de pagamentos pendentes.

Art. 44. Ao estabelecimento com decisão de cancelamento definitivo que pretender pleitear a liquidação de eventual competência pendente, caberá apresentar requerimentos por escrito assinado com firma reconhecida do representante legal ao DAF/SCTIE/ MS, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da publicação de cancelamento.

Parágrafo único. Recebido o requerimento, o DAF/SCTIE/MS solicitará a realização de nova auditoria pelo DENASUS no estabelecimento, o qual apurará o montante a ser liquidado, nos termos da legislação vigente.

Art. 45. O descumprimento de qualquer das regras estabelecidas no presente instrumento ensejará à aplicação de multa de até 10% (dez por cento), calculada sobre o montante das vendas efetuadas no âmbito do PFPB referente aos últimos 3 (três) meses completos das transações consolidadas e/ou bloqueio da conexão com os Sistemas DATASUS por um prazo de 3 (três) a 6 (seis) meses.

Parágrafo único. Caso o estabelecimento tenha aderido ao PFPB há menos de 90 (noventa) dias, o cálculo será realizado levando-se em consideração as vendas efetuadas desde a data da publicação da sua adesão.

Art. 46. O estabelecimento que for descredenciado por motivo de irregularidades somente poderá aderir novamente ao PFPB Aqui Tem Farmácia Popular após um período superior a 2 (dois) anos do cancelamento do contrato.

§ 1º O descredenciamento de qualquer filial, por motivo de irregularidades, enseja a punição de toda a pessoa jurídica, matriz e filiais, nos termos do "caput".

§ 2º Excetua-se do disposto no "caput" os casos de incorporação ou fusão de empresas já credenciadas, mediante autorização previa do DAF/SCTIE/MS, cujo Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) não tenha sido descredenciado em um período inferior a 2 (dois) anos e o responsável legal comprovar que não houve qualquer alteração quanto a localização do estabelecimento.

§ 3º A penalidade prevista no "caput" estende-se ao proprietário ou empresário individual, aos sócios empresários e, ainda, o farmacêutico responsável à época em que foram praticadas as irregularidades que ocasionaram o cancelamento da empresa detentora do CNPJ utilizado para a adesão ao PFPB.

Subseção VI

Do Processamento Eletrônico das Autorizações das Dispensações de Medicamentos e Correlatos (ADM)

Art. 47. O processamento eletrônico da ADM é composto de três fases, nas quais o estabelecimento credenciado envia dados ao Sistema Autorizador referente à transação que, por sua vez, verifica as informações constantes em sua base de dados e retorna à verificação dos dados.

Parágrafo único. Após o envio de dados pelo estabelecimento credenciado em cada uma das fases do processamento eletrônico da ADM, o Sistema Autorizador verificará as informações constantes em sua base de dados e retornará à verificação dos dados.

Art. 48. A primeira fase do processo eletrônico só poderá ser realizada mediante a utilização de solução de segurança fornecida pelo MS, nas seguintes condições:

I - a solução de segurança será responsável pela identificação da estação de trabalho (computador) e da transação;

II - a identificação da transação é obtida através da solução de segurança; e

III - cada estação de trabalho (computador) deve ser identificada e cadastrada junto ao MS para realização da dispensação, conforme orientações a seguir:

a) o cadastramento é de responsabilidade das farmácias e drogarias;

b) as farmácias e drogarias são responsáveis pelas informações fornecidas; e

c) o cadastramento deve ser realizado exclusivamente pela internet. Parágrafo único. É de responsabilidade do estabelecimento a instalação, configuração e integração da solução de segurança.

Art. 49. Todas as fases do processo eletrônico só poderão ser realizadas mediante autenticação eletrônica do atendente com as seguintes determinações:

I - o cadastramento de todos os atendentes é de responsabilidade das farmácias e drogarias;

II - as farmácias e drogarias são responsáveis pelas informações fornecidas;

III - o cadastramento deve ser realizado exclusivamente pela internet.

Parágrafo único. Fica concedido o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da publicação desta Portaria, para que o cadastramento de todos os atendentes das farmácias e drogarias seja realizado.

Art. 50. Na primeira fase do processo eletrônico, o estabelecimento informará os seguintes dados:

I - código da solicitação;

II - CNPJ do estabelecimento;

III - CPF do paciente;

IV - CRM do médico que emitiu a prescrição;

V - Unidade Federativa que emitiu o CRM do médico prescritor;

VI - data de emissão da prescrição;

VII - identificador da transação;

VIII - lista de medicamentos e correlatos, na qual para cada item deverá ser informado:

a) código de barras EAN da apresentação do medicamento e do correlato;

b) quantidade solicitada, em unidade conforme definida pelo Programa;

c) valor unitário do medicamento e correlato; e

d) quantidade diária prescrita.

IX - login das farmácias e drogarias;

X - senha das farmácias e drogarias;

XI - login do atendente das farmácias e drogarias; e

XII - senha do atendente das farmácias e drogarias.

Art. 51. Na segunda fase, após ter recebido a confirmação da primeira fase, o estabelecimento deve informar ao Sistema Autorizador os dados que fazem parte do processo de autorização, quais sejam:

I - código da solicitação enviado na primeira fase;

II - número da preautorização gerado pelo Sistema Autorizador e recebido pelo estabelecimento;

III - número do cupom fiscal gerado pelo estabelecimento;

IV - login das farmácias e drogarias;

V - senha das farmácias e drogarias;

VI - login do atendente das farmácias e drogarias; e

VII - senha do atendente das farmácias e drogarias.

§ 1º O Sistema Autorizador confirmará os medicamentos e correlatos autorizados ou uma mensagem e código de erro em casos de não autorização.

§ 2º Os códigos de retorno do sistema autorizador estão disponíveis em <http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular> e também no sítio eletrônico do PFPB.

§ 3º As transações realizadas com mais de um medicamento e/ou correlato retornarão com a mesma autorização.

Art. 52. Na terceira e última fase, o estabelecimento confirmará o recebimento da pré-autorização e enviará os seguintes dados:

I - número da preautorização;

II - número do cupom fiscal gerado pelo estabelecimento;

III - lista de medicamentos e correlatos autorizados com as seguintes informações:

a) código de barras (EAN) da apresentação do medicamento e do correlato;

b) quantidade autorizada em unidades de produto (up);

c) valor da parcela do MS informado pelo Sistema Autorizador; e

d) valor da parcela do paciente informada pelo Sistema Autorizador.

IV - login das farmácias e drogarias;

V - senha das farmácias e drogarias;

VI - login do atendente das farmácias e drogarias; e

VII - senha do atendente das farmácias e drogarias.

Parágrafo único. O estabelecimento receberá confirmação e finalização do processo de autorização da dispensação dos medicamentos e dos correlatos.

Art. 53. Para eventual estorno de transações já efetuadas serão necessários os seguintes dados:

I - número da autorização;

II - número do cupom fiscal;

III - CNPJ do estabelecimento;

IV - lista de medicamentos e correlatos, na qual para cada item deverá ser informado:

a) código de barras EAN da apresentação do medicamento e correlato; e

b) quantidade a ser estornada.

V - login das farmácias e drogarias;

- VI - senha das farmácias e drogarias;
- VII - login do atendente das farmácias e drogarias; e
- VIII - senha do atendente das farmácias e drogarias.

Art. 54. A configuração da conexão do sistema eletrônico das farmácias e drogarias com o Sistema Autorizador se dará pelo envio automático de e-mail com o usuário e senha para o endereço fornecido pelo estabelecimento no momento do cadastro no PFPB.

Art. 55. Em <http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular>, estão disponíveis informações técnicas do Programa, bem como do processamento por meio do sistema eletrônico.

Seção II

Da Dispensação dos Medicamentos e Correlatos nas Unidades da Rede Própria do PFPB

Art. 56. A dispensação de medicamentos e correlatos na Rede Própria do PFPB ocorrerá mediante o ressarcimento correspondente, tão somente, aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, conforme valores de dispensação descritos nos Anexos III e IV.

Parágrafo único. A dispensação de que trata o caput ocorrerá de acordo com o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão e pelo Manual Básico.

Art. 57. Os medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial e diabetes mellitus serão dispensados gratuitamente pelas unidades da Rede Própria do PFPB.

Art. 58. A dispensação dos medicamentos nas unidades da Rede Própria do PFPB ocorrerá por meio do sistema de vendas DATASUS, observados os procedimentos estabelecidos na Subseção II da Seção I deste Capítulo.

Seção III

Do Modelo de Gestão da Rede Própria

Art. 59. O PFPB, realizado em ação conjunta entre o MS e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), será coordenado por um Conselho Gestor, vinculado diretamente à SCTIE/MS.

Parágrafo único. O Conselho Gestor do PFPB terá a seguinte composição:

- I - três representantes da SCTIE/MS, sendo um deles o Diretor do DAF/SCTIE/MS, que o coordenará; e
- II - três representantes indicados pela Presidência da FIOCRUZ.

Art. 60. As atividades do PFPB serão desenvolvidas de acordo com a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, pela FIOCRUZ, por meio da Gerência Técnica e da Gerência Administrativa do Programa Farmácia Popular do Brasil e pelo MS, por meio da SCTIE/MS, sob a responsabilidade do DAF/SCTIE/MS.

Art. 61. Ao Conselho Gestor do Programa Farmácia Popular do Brasil compete:

- I - aprovar anualmente o Plano de Metas e o Plano de Desenvolvimento;
- II - aprovar anualmente o Relatório de Gestão do PFPB;
- III - monitorar a execução orçamentária e a movimentação financeira;
- IV - acompanhar as propostas de convênios com instituições públicas ou privadas que visem apoiar o desenvolvimento do PFPB;
- V - aprovar o Manual Básico do PFPB;
- VI - orientar e participar da formulação de indicadores de resultados e do impacto do PFPB;
- VII - sugerir a habilitação de parceiros e a celebração de convênios que se façam necessárias, não previstas ou contempladas nas normas e requisitos estabelecidos; e
- VIII - propor o elenco de medicamentos e/ou correlatos, e definição do preço de dispensação a ser disponibilizado pelo PFPB.

Art. 62. À Gerência Técnica do Programa Farmácia Popular do Brasil compete:

- I - monitorar a qualidade dos serviços prestados pelas unidades vinculadas ao PFPB;
- II - coordenar as ações de formação e capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento das atividades;
- III - coordenar as ações de atenção e de informação ao usuário, aos profissionais de saúde e aos parceiros;
- IV - promover a avaliação permanente da lista de produtos e serviços disponibilizados; e
- V - coordenar a elaboração de manuais e procedimentos operacionais referentes a todas as atividades técnicas e às ações desenvolvidas nas farmácias.

Art. 63. À Gerência Administrativa do Programa Farmácia Popular do Brasil compete:

- I - dar suporte à instalação e à manutenção de unidades mediante a celebração de convênios ou parceria entre o MS, a FIOCRUZ e os Municípios, os Estados, o Distrito Federal e Instituições;
- II - acompanhar e monitorar o gerenciamento das farmácias do PFPB;
- III - participar do planejamento de aquisição de produtos, de reposição de estoques de produtos, outros insumos materiais, equipamentos e contratação de serviços necessários para implantação das unidades do PFPB;

IV - acompanhar os processos de logística referentes à guarda, ao transporte e à distribuição de medicamentos e correlatos, insumos diversos, materiais e equipamentos das unidades do PFPB; e
V - aprovar os projetos das instalações e áreas físicas das farmácias a serem implantadas pelos Municípios, Estados, Distrito Federal e entidades conveniadas, visando adequação ao disposto no Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil.

Art. 64. Ao DAF/SCTIE/MS compete:

I - estabelecer mecanismos de controle e monitoramento da implementação, do desenvolvimento e dos resultados do PFPB; e

II - supervisionar por meio de suas coordenações, as seguintes ações:

a) instrução dos processos administrativos de habilitação de Municípios, Estados e Distrito Federal e pela celebração de convênios com as instituições autorizadas;

b) instrução dos processos administrativos de habilitação de empresas parceiras, nos termos desta Portaria;

c) emissão dos pareceres sobre as solicitações de habilitações de Municípios, Estados e Distrito Federal segundo procedimentos e critérios definidos no Manual Básico do PFPB;

d) emissão dos pareceres sobre as solicitações de celebração de convênios com instituições autorizadas, segundo procedimentos e critérios definidos no Manual Básico do PFPB; e

e) emissão dos pareceres sobre as solicitações de credenciamento de empresas parceiras nos termos desta Portaria.

Art. 65. As despesas decorrentes das ações desencadeadas pelo Conselho Gestor do Programa Farmácia Popular do Brasil incidirão sobre Ação Programática de Manutenção e Funcionamento das Farmácias Populares - 10.303.2015.8415.0001.

CAPÍTULO III DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 66. A qualquer tempo, o representante legal do estabelecimento ou procurador deste poderá requerer sua exclusão do PFPB, mediante o envio de documento assinado e com firma reconhecida, contendo os dados da empresa.

Paragrafo único. O estabelecimento descredenciado a pedido, na forma do caput, somente poderá aderir ao PFPB novamente após 6 (seis) meses, contados da data da publicação do descredenciamento no Diário Oficial da União (DOU).

Art. 67. O MS manterá informações e orientações sistemáticas sobre a operação do PFPB em <http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular>.

§ 1º As definições estratégicas, bem como as normas para adesão e manutenção do PFPB, instalação e gestão das Unidades, repasses de recursos fundo a fundo, celebração de convênios, monitoramento, avaliação e controle estão previstas no "Programa Farmácia Popular do Brasil - Manual Básico", disponível em <http://www.saude.gov.br> no link Farmácia Popular.

§ 2º As farmácias e drogarias credenciadas deverão seguir as normas de procedimento constantes no "Manual de Orientações às Farmácias e Drogarias Credenciadas no Aqui Tem Farmácia Popular" disponível na <http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular>.

Art. 68. Esta Portaria entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Art. 69. Ficam revogadas as Portarias nº 184/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 25, de 04 de fevereiro de 2011, Seção 1, p. 35, e nº 233/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 31, de 14 de fevereiro de 2011, Seção 1, p. 90.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

1. O que é o Programa da Farmácia Popular do Brasil?

O programa Farmácia Popular favorece principalmente a população que apresenta dificuldades em manter os tratamentos de saúde devido ao alto custo dos remédios. O programa é realizado por meio de transferência de recursos oriundos do Ministério da Saúde. Isso não causa prejuízo à distribuição realizada na rede pública ou à implantação de farmácias populares em parceria com governos estaduais, municipais ou entidades filantrópicas.

2. A quem se destina o Programa Farmácia Popular?

O programa atende toda a população, principalmente aqueles que possuem dificuldades em manter os tratamentos de saúde devido ao alto preço dos remédios e que, geralmente, não buscam assistência do Sistema Único de Saúde (SUS).

3. Quais são os documentos necessários e as informações necessárias para a comercialização e a dispensação dos medicamentos através da Farmácia Popular?

Os documentos que devem ser **apresentados e copiadas** são os seguintes:

PACIENTE (titular da receita):	REPRESENTANTE LEGAL:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ CPF + documento com foto; OU ➤ RG/ Passaporte/ CTPS/Carteira Profissional com o nº do CPF; OU ➤ Carteira Nacional de Habilitação. <p>EXCEÇÃO: para o menor (menos de 18 anos) basta apresentação da <u>Certidão de nascimento</u> ou RG, quando não possuir o CPF.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CPF; E ➤ RG; E ➤ Documento de representação (procuração ou sentença judicial) <p>O representante legal assumirá, juntamente com o estabelecimento, as responsabilidades pela efetivação da transação.</p>
+	
<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA Para as Fraldas Geriátricas: PRESCRIÇÃO MÉDICA ou LAUDO ou ATESTADO</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de inscrição do médico no CRM, assinatura e carimbo médico e endereço do consultório; ➤ Data da expedição da prescrição médica; e ➤ Nome e endereço residencial do paciente. 	

4. Quando o paciente for representado, o CPF do representante deve ser utilizado para a compra?

O CPF do representante só será utilizado se o paciente for menor e o mesmo não possuir esse documento. Nos outros casos de representação, o CPF deve ser o do paciente, mas o representante legal precisa apresentar o seu mais o RG.

5. Qual é a validade das prescrições?

Em regra, as prescrições têm validade de 120 dias.
EXCEÇÃO: **anticoncepcionais**, que têm validade de 12 meses.

6. Pode ser vendida quantidade maior do que a estabelecida pelo programa? Qual é o procedimento a ser seguido?

Sim, pode ser vendida uma quantidade maior do que a estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Deve ser seguido o seguinte **procedimento**: o paciente deverá enviar ao DAF/SCTIE/MS, a receita contendo os dados do usuário (nome, endereço e CPF) juntamente com um relatório feito pelo médico, classificando a patologia com o seu CID, justificando dessa forma a prescrição. Não há prazo determinado para resposta. Qualquer dúvida, pedir para o paciente entrar em contato com o telefone 0800611997 do Ministério da Saúde.

7. Como deve ser a operacionalização para a comercialização das Fraldas Geriátricas?

- Disponibilizar Fraldas Geriátricas para Incontinência de produtores que cumpram os requisitos técnicos estabelecidos pela Portaria nº 1480/GM/MS, de 31 de dezembro de 1990, e nº 10/RDC/ANVISA, de 21 de outubro de 1999;
- Para a dispensação de Fraldas Geriátricas para Incontinência, o paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; e
- Apresentação, pelo paciente, de documento no qual conste seu número de CPF, e sua fotografia;

8. Quem está dispensado da presença física na filial para a compra dos medicamentos?

Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da prescrição, laudo ou atestado médico quando estiver nas situações a seguir:

- I - os menores de dezesseis anos;
- II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento;
- III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.
- IV - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;
- V - os ébrios (bêbados) habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;
- VI - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;
- VII - os pródigos (esbanjam dinheiro);
- VIII - pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

9. Quem deve ser o representante legal daqueles que estão dispensados da presença para a compra?

Considera-se representante legal aquele que for:

- I - declarado por sentença judicial;
- II - portador de instrumento público de procuração que outorgue plenos poderes ou poderes específicos para aquisição de medicamentos e/ou correlatos junto ao programa (**esse documento é feito por um tabelião**);
- III - portador de instrumento particular de procuração com **reconhecimento de firma**, que autorize a compra de medicamentos e/ou correlatos junto ao programa; e
- IV - portador de identidade civil que comprove a dependência do menor de idade, titular da receita médica com o respectivo documento do menor, Certidão de Nascimento ou RG, quando o menor possuir.

OBS: Qualquer outro documento que pretenda substituir os documentos acima, **NÃO É VÁLIDO**.

10. Quem pode comprar fraldas geriátricas?

APENAS pessoas com idade igual ou superior a **60 anos**.

Caso o idoso não possa comparecer, deve o seu representante portar uma procuração ou uma sentença judicial de curatela, a qual declarará que o idoso não possui o discernimento completo para praticar determinados atos.

O documento a ser utilizado para compra deve ser o do idoso, assim como, nas outras compras realizadas mediante representação.

11. O que é uma tutela ou uma curatela ou uma emancipação?

Tutela é um instrumento de proteção ao **menor** decretado por um juiz a um que não seja o pai ou a mãe.

Curatela é um instrumento de proteção ao **incapaz maior de idade** que é decretado por um juiz.

Emancipação é um instrumento público pelo qual o pai e/ou a mãe permite que o filho menor de idade fique apto a prática dos atos da vida civil sem a necessidade de assistência.

12. O Pai e/ou a mãe precisam comprovar?

A representação da figura paterna ou materna com relação ao filho ocorre naturalmente, basta comprovar a filiação existente, mediante a Certidão de Nascimento ou outro documento do menor que traga descrito os seus genitores. Pai e mãe exercem o que legalmente se chama de Poder Familiar, que é exercido em relação ao seu filho **menor** de 18 anos, o qual deve assistir ou representar.

13. Como devem proceder as farmácias e drogarias com os usuários do programa que são analfabetos?

Aos usuários comprovadamente analfabetos, será aceita a **digital no Cupom Vinculado**, desde que o próprio paciente compareça ao estabelecimento credenciado para a aquisição dos medicamentos pelo Programa da Farmácia Popular.

14. Quais os documentos que devem ser mantidos nas farmácias e drogarias e qual é prazo de permanência?

O prazo de permanência é de 5 anos dos seguintes documentos:

I - Prescrições, laudos ou atestados

II – Cupons Fiscais

III – Cupons Vinculados

IV – Notas Fiscais dos fornecedores de aquisição dos medicamentos

V – Documentos pessoais necessários a compra: **Documento Oficial com Foto + CPF + Prescrição + Procuração quando necessário.**

15. Quais os medicamentos e correlatos que estão na lista?

Estão na lista os seguintes medicamentos e correlatos:

HIPERTENSÃO ARTERIAL – Gratuito para população

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Captopril 25 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,28	0,28
Maleato de enalapril 10 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,39	0,39
Cloridrato de propranolol 40 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,08	0,08
Atenolol 25 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,19	0,19
Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,08	0,08
Losartana Potássica 50 mg	1 (um) comprimido	0,32	0,32

DIABETES MELLITUS – Gratuito para população

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Glibenclamida 5 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,12	0,12
Cloridrato de metformina 500 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,13	0,13
Cloridrato de metformina 500 mg, comprimido de ação prolongada	1 (um) comprimido de ação prolongada	0,18	0,18
Cloridrato de metformina 850 mg, comprimido	1 (um) comprimido	0,16	0,16
Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, frasco-ampola 10 ml	1 (um) frasco/ampola 10ml	26,55	26,55
Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, frasco-ampola 5 ml	1 (um) frasco/ampola 5ml	13,27	13,27
Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, refil 3ml (carpule)	1 (um) refil 3ml	7,96	7,96
Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, refil 1,5ml (carpule)	1 (um) refil 1,5ml	3,99	3,99
Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 10 ml	1 (um) frasco/ampola 10ml	26,55	26,55
Insulina Humana Regular 100 UI/ml,	1 (um)	13,27	13,27

solução injetável, frasco-ampola 5 ml	frasco/ampola 5ml		
Insulina Humana Regular 100UI/ml, solução injetável, refil 3ml (carpules)	1 (um) refil 3ml	7,96	7,96
Insulina Humana Regular 100UI/ml, solução injetável, refil 1,5ml (carpules)	1 (um) refil 1,5ml	3,99	3,99

ASMA – Gratuito para população

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Sulfato de Salbutamol 5 mg/ml - Solução Inalação	1 (um) mililitro	0,88	0,88
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,10	0,10
Brometo de Ipratrópio 0,25 mg/ml - Administração pulmonar, solução para inalação	1 (um) mililitro	0,27	0,27
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,06	0,06
Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,13	0,13
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/cápsula - Administração pulmonar, cápsulas inalantes	1 (uma) cápsula	0,25	0,25
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,25	0,25
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose - Administração pulmonar, inalador doseado	1 (uma) dose	0,15	0,15

CONTRACEPÇÃO

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg, ampola	1 (uma) ampola	11,31	10,17
Noretisterona 0,35 mg, comprimido - cartela com 35 comprimidos	1 (uma) cartela	4,96	4,46
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg, comprimido - cartela com 21 comprimidos	1 (uma) cartela	4,19	3,77
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, ampola	1 (uma) ampola	12,36	11,12

DISLIPIDEMIA

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Sinvastatina 10 mg comprimido	1 (um) comprimido	0,26	0,23

Sinvastatina 20 mg comprimido	1 (um) comprimido	0,51	0,46
Sinvastatina 40 mg comprimido	1 (um) comprimido	0,99	0,89

RINITE

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Budesonida 50 mcg/dose - Administração tópica nasal doseada	1 (uma) dose	0,13	0,12
Budesonida 32 mcg/dose - Administração tópica nasal doseada	1 (uma) dose	0,09	0,08

DOENÇA DE PARKINSON

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg	1 (um) comprimido	0,64	0,58
Cloridrato de Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg	1 (um) comprimido	1,17	1,05

OSTEOPOROSE

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Alendronato de Sódio 70 mg	1 (um) comprimido	3,74	3,37

GLAUCOMA

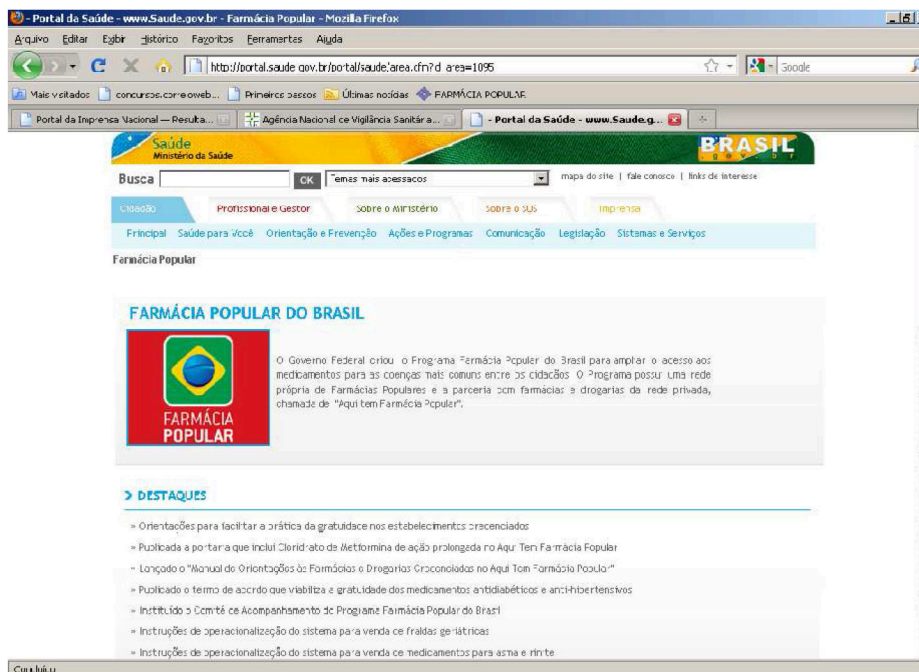
Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Maleato de Timolol 0,25% - Solução Oftalmológica	1 (um) mililitro	0,40	0,36
Maleato de Timolol 0,50% - Solução Oftalmológica	1 (um) mililitro	0,96	0,86

INCONTINÊNCIA

Produto de higiene	Unidade	Valor de referência por tira	Valor máximo para pagamento pelo MS
Fralda geriátrica	1 (uma) tira	0,71	0,64

16. Quais as marcas e quais os tamanhos das Fraldas Geriátricas que estão sendo vendidos pelo Programa da Farmácia Popular?

Uma das fraldas que são vendidas é a Amorável tamanho G. Verificar demais produtos no site do Ministério da Saúde http://10.1.1.213/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35651&janela=1.



17. Como e quantas são as fases de venda?

Para que seja realizada a venda do medicamento ou fralda deve o operador responsável realizar três fases:

Primeira fase:

- I - código da solicitação;
- II - CNPJ do estabelecimento;
- III - CPF do paciente;
- IV - CRM do médico que emitiu a prescrição;
- V - Unidade Federativa que emitiu o CRM do médico prescriptor;
- VI - data de emissão da prescrição;
- VII - identificador da transação;
- VIII - lista de medicamentos e correlatos, na qual para cada item deverá ser informado:
 - a) código de barras EAN da apresentação do medicamento e do correlato;
 - b) quantidade solicitada, em unidade conforme definida pelo Programa;
 - c) valor unitário do medicamento e correlato;
 - d) quantidade diária prescrita;
- IX - login das farmácias e drogarias;
- X - senha das farmácias e drogarias;
- XI - login do atendente das farmácias e drogarias; e
- XII - senha do atendente das farmácias e drogarias.

Segunda fase:

- I - código da solicitação, enviado na primeira fase;
- II - número da pré-autorização gerado pelo Sistema Autorizador e recebido pelo estabelecimento;
- III - número do cupom fiscal gerado pelo estabelecimento;
- IV - login das farmácias e drogarias;
- V - senha das farmácias e drogarias;
- VI - login do atendente das farmácias e drogarias; e
- VII - senha do atendente das farmácias e drogarias.

O Sistema Autorizador confirmará os medicamentos e correlatos autorizados ou uma mensagem e código de erro em casos de não autorização. Os códigos de retorno do sistema autorizador estão disponíveis em <http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular> e também no sítio eletrônico do Programa Farmácia Popular. As transações realizadas com mais de um medicamento e/ou correlato retornarão com a mesma autorização.

Terceira e última fase:

- I - número da pré-autorização;
- II - número do cupom fiscal gerado pelo estabelecimento;
- III - lista de medicamentos e correlatos autorizados com as seguintes informações:
 - a) código de barras (EAN) da apresentação do medicamento e do correlato;
 - b) quantidade autorizada em unidades de produto (up);
 - c) valor da parcela do MS informado pelo Sistema Autorizador;
 - d) valor da parcela do paciente informada pelo Sistema Autorizador;
- IV - login das farmácias e drogarias;
- V - senha das farmácias e drogarias;
- VI - login do atendente das farmácias e drogarias; e
- VII - senha do atendente das farmácias e drogarias.

O estabelecimento receberá confirmação e finalização do processo de autorização da dispensação dos medicamentos e dos correlatos.

18. O que é necessário para o estorno de transações?

Para estorno de transações já efetuadas serão necessários os seguintes dados:

- I - número da autorização;
- II - número do cupom fiscal;
- III - CNPJ do estabelecimento;
- IV - lista de medicamentos e correlatos, na qual para cada item deverá ser informado:
 - a) código de barras EAN da apresentação do medicamento e correlato; e
 - b) quantidade a ser estornada.
- V - login das farmácias e drogarias;
- VI - senha das farmácias e drogarias;
- VII - login do atendente das farmácias e drogarias; e
- VIII - senha do atendente das farmácias e drogarias.

Códigos de retorno do Web Service

00S	Solicitação pré-autorizada.
01S	Solicitação parcialmente pré-autorizada.
02S	Solicitação não autorizada. Nenhum medicamento autorizado.
10S	Solicitação não autorizada. Login não informado.
11S	Solicitação não autorizada. Senha não informada.
12S	Solicitação não autorizada. Login ou senha inválido.
13S	Solicitação não autorizada. Farmácia está ligada a um concentrador.
14S	Solicitação não autorizada. CNPJ do estabelecimento não informado.
15S	Solicitação não autorizada. Estabelecimento não credenciado.
16S	Solicitação não autorizada. CPF do paciente não informado.
17S	Solicitação não autorizada. CPF do paciente é inválido.
18S	Solicitação não autorizada. CPF não cadastrado na Receita Federal.
19S	Solicitação não autorizada. CRM do médico que emitiu a receita não informado.
20S	Solicitação não autorizada. Sigla UF CRM do médico que emitiu a receita não informada.
21S	Solicitação não autorizada. Sigla UF CRM do médico que emitiu a receita inválida.
22S	Solicitação não autorizada. Data de emissão da Receita não informada.
23S	Solicitação não autorizada. Data de emissão inválida.
24S	Solicitação não autorizada. Data de emissão superior a 180 dias.
25S	Solicitação não autorizada. Código de Solicitação da Farmácia não informado.
26S	Solicitação não autorizada. Lista de medicamento não informada.
27S	Solicitação não autorizada. Combinação restritiva de medicamentos
28S	Solicitação não autorizada. Campo obrigatório não informado ou é inválido em um dos medicamentos.
29S	Solicitação não autorizada. CNPJ do estabelecimento informado é inválido.
30S	Solicitação não autorizada. CRM do médico que emitiu a receita é inválido.
31S	Solicitação não autorizada. Senha não alterada. Para acessar este serviço o usuário deve primeiramente alterar a sua senha. Acesse o cadastro na WEB para fazer isto.
32S	Solicitação não autorizada. Problemas com o cadastro do login e senha.
33S	Solicitação não autorizada. CNPJ do estabelecimento informado é inexistente.
34S	Solicitação não autorizada. Erro no cadastro do concentrador.
35S	Solicitação não autorizada. O usuário concentrador logado não tem permissão para fazer acesso representando o estabelecimento informado.
36S	Solicitação não autorizada. Erro no cadastro da farmácia.
37S	Solicitação não autorizada. Usuário farmácia logado não tem permissão para fazer acesso ao Programa Farmácia Popular representando a farmácia informada na solicitação.
38S	Solicitação não autorizada. Estabelecimento inativo.
39S	Solicitação não autorizada. Caractere inválido no campo login. Este campo só pode conter caracteres numéricos.
40S	Solicitação não autorizada. Caractere inválido no campo senha. Este campo só pode conter letras e numeros.
42S	Solicitação não autorizada. Caractere inválido no campo CRM. Este campo só pode conter caracteres numéricos.
43S	Solicitação não autorizada. Limite de caracteres para o campo código de solicitação ultrapassado. A quantidade máxima de caracteres para este campo é 15 caracteres.
44S	Solicitação não autorizada. Caractere inválido no campo código da solicitacao. Este campo só pode conter caracteres numéricos.
45S	Solicitação não autorizada. Não há subsídio definido para o princípio ativo/concentração corrente.