

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA

MARINA MORGADO GARCIA

**AVALIAÇÃO ECONÔMICA DOS PROGRAMAS REDE FARMÁCIA DE MINAS E
FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: ESTRATÉGIAS PARA O ACESSO A
MEDICAMENTOS COM FINANCIAMENTO DO SUS**

Belo Horizonte
2014

MARINA MORGADO GARCIA

**AVALIAÇÃO ECONÔMICA DOS PROGRAMAS REDE FARMÁCIA DE MINAS E
FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: ESTRATÉGIAS PARA O ACESSO A
MEDICAMENTOS COM FINANCIAMENTO DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação
em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da
Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito
para o título de Mestre.

Área de concentração: Medicamentos e Assistência
Farmacêutica

Orientador: Prof. Dr. Augusto Afonso Guerra Junior

Belo Horizonte
2014

F224a Garcia, Marina Morgado.
Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas e Farmácia Popular do Brasil: estratégias para o acesso a medicamentos com financiamento do SUS / Marina Morgado Garcia. – 2014.
77 f. : il.

Orientador: Augusto Afonso Guerra Junior.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

1. Saúde pública – Teses. 2. Medicamentos – Política governamental – Teses. 3. Política farmacêutica – Teses. 4. Política de saúde – Teses. 5. Economia da saúde – Teses. 6. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 7. Assistência farmacêutica – Teses. I. Guerra Júnior, Augusto Afonso. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 362.1042

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitora de Pesquisa

Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE FARMÁCIA

Diretor

Prof. Gerson Antônio Pianetti

Chefe do Departamento de Farmácia Social

Profª. Wânia da Silva Carvalho

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Coordenador

Profº Djenane Ramalho de Oliveira

Colegiado

Profº Adriano Max Moreira Reis

Profº Augusto Afonso Guerra Junior

Profª Cristiane Aparecida Menezes de Pádua

Profª Cristina Ruas Mariano Brandão

Profª Djenane Ramalho de Oliveira

Profª Edna Afonso Reis

Profº Edson Perini

Profª Eli Iola Gurgel Andrade

Profº Francisco de Assis Acúrcio

Profª Juliana Alvares

Profª Maria Auxiliadora Parreiras Martins

Profª Maria das Graças Lins Brandão

Profª Mariângela Leal Cherchiglia

Profª Marina Guimarães Lima

Profº Mark Drew Crosland Guimarães

Profº Mauro Henrique Nogueira G de Abreu

Profª Micheline Rosa Silveira

Profª Sérgia Maria Starling Magalhães

Profª Wânia da Silva Carvalho

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIA

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado a oportunidade de estar aqui.

Agradeço imensamente aos meus pais, meu irmão, avós e a Vitor, pela confiança, paciência e apoio durante essa caminhada.

Meus sinceros agradecimentos ao meu orientador Augusto Guerra que muito contribuiu para a consolidação desse trabalho.

Agradeço também ao professor Francisco Acúrcio que também permitiu agregar à minha formação, conhecimento e sabedoria.

Não podia deixar de agradecer aos amigos da Superintendência de Assistência Farmacêutica – SAF que me deram força e me fizeram acreditar ser possível.

Agradeço também ao meu avô Fernando Morgado, que apesar de não estar mais aqui, sempre me ensinou e me ajudou a lutar pelos meus sonhos.

Dedico este trabalho a todos aqueles que, como eu, acreditam, que é possível sim haver um SUS universal e de qualidade.

RESUMO DA DISSERTAÇÃO

Introdução: Gastos em saúde cada vez mais elevados em um cenário de limitação orçamentária trazem a necessidade de avaliar economicamente a melhor forma de alocação dos recursos públicos. Nesta perspectiva, torna-se necessário avaliar a eficiência de custo após a privatização de serviços de assistência farmacêutica, em face da alternativa do Estado de executá-los em redes públicas próprias. **Objetivos:** O propósito desta dissertação foi o de realizar uma avaliação econômica entre 2 (dois) Programas de Assistência Farmacêutica disponíveis no Brasil: Programa Farmácia Popular do Brasil – “Aqui tem Farmácia Popular do Brasil” e Rede Farmácia de Minas a partir da revisão de literatura de modelos de programas de assistência farmacêutica. **Métodos:** No artigo 01 foi realizada uma revisão de literatura com vistas a estabelecer o marco legal dos Programas Rede Farmácia de Minas - RFMG e Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria, bem como o levantamento de documentos que esclarecessem sobre estrutura, financiamento/custos envolvidos, medicamentos disponibilizados, localização e quantidade de farmácias instaladas. Em seguida, foi levantada a cobertura, bem como os preços dos medicamentos comuns aos dois programas. Já no artigo 02, foi realizada uma avaliação econômica do tipo custo-minimização sob a perspectiva do financiador público entre os Programas “Aqui tem Farmácia Popular do Brasil” e RFMG. Para tal, foi desenvolvido um modelo que consistia em um levantamento dos custos incorridos nos dois programas até a dispensação de medicamentos aos cidadãos. As incertezas do modelo foram testadas por meio de Monte Carlo. **Resultados:** Ao realizar a comparação entre RFMG e Unidades de Rede Própria - FPB identificou-se que em Minas Gerais, o número de unidades “Rede Própria” inauguradas representam apenas 5,9% dos municípios mineiros enquanto que o número de Unidades da RFMG já inauguradas representa aproximadamente 60% dos municípios mineiros. Além disso, do total de medicamentos disponibilizados pelo RFMG, 53 encontram-se também na relação da “Rede Própria” indicando a sobreposição de ações. Ao avaliar os resultados do artigo 02, identificou-se que se a população inicialmente estimada no RFMG fosse atendida em sua totalidade no FPB – “Aqui tem Farmácia Popular”, haveria um custo incremental de R\$139.324.050,19. Somando-se a isso, a análise de sensibilidade (Monte Carlo) mostrou-se favorável ao RFMG. **Conclusões:** O modelo público, coerente com os princípios e diretrizes do SUS se apresenta com condições mais adequadas para garantir assistência integral e universal de qualidade aos cidadãos. Na avaliação econômica comparativa realizada entre o PFB e RFMG, foi demonstrada maior eficiência na alternativa de aplicação dos recursos diretamente na rede pública

Palavras-chave: Saúde Pública; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Economia da Saúde; Acesso a medicamentos; Sistemas de copagamento; Privatização da Saúde; Assistência Farmacêutica.

DISSERTATION ABSTRACT

Introduction: In a scenario of limited budget, constantly high health expenditures results in the need to evaluate, from an economic stand point, the best form of public resources allocation. In this perspective, it becomes necessary to evaluate cost efficiency after the privatization of pharmaceutical assistance services, seen as an alternative for the state to run these services in their own public networks. **Objectives:** The purpose of this dissertation was to carry out an economic assessment of pharmaceutical assistance programs available in Brazil - The Program Farmácia Popular do Brasil (FPB), "Aqui tem Farmácia Popular" and Rede Farmácia de Minas Gerais (RFMG) - from the literature review of the models of pharmaceutical assistance programs. **Methods:** In Article 1, a narrative review of literature was done, with a view to establishing a legal framework of the *Rede Farmácia Popular do Brasil* and the *Farmácia Popular do Brasil* – “*Rede Própria*”, as well as surveying documents that could shed more light on the structure, funding / costs involved, available drugs, location and the number of pharmacies set up. Next, a survey of the scope of coverage, as well as the prices of common drugs of both programs was carried out. In Article 2, a cost minimization type economic assessment, from public funding perspective was carried out between "Aqui tem Farmácia Popular" and RFMG (Minas Gerais Pharmacy Network). To do this, a model, which consisted of a study of incurred cost in both programs, up to the dispensing of medicines to citizens was developed. The uncertainties of the model were tested through the Monte Carlo Method. **Results:** When the RFMG and the FPB programs were compared, it was found out that in the state of Minas Gerais, the number of FPB units " Own Network " set up, covers only 5.9 % of the municipalities in the state while the number of RFMG Units, already inaugurated, covers approximately 60 % of the municipalities in Minas Gerais. In addition, 53 of the total number of medicines made available by the RFMG program are also found on the list of medicines provided by the FPB "Own Network" program, indicating duplicated actions. When evaluating the results of Article 2, it was found out that if the entire population, initially estimated in the RFMG program, is attended to in the program -"Aqui tem Farmácia Popular", there would be an additional cost of R \$ 139,324,050.19. Adding to this, the Monte Carlo appeared to be favorable to the RFMG program. **Conclusions:** The public healthcare service model, consistent with the principles and guidelines of the SUS model, seems to be more appropriate in ensuring complete and universal quality healthcare services to the citizens. The comparative economic assessment carried out between the PFB and RFMG programs, demonstrates greater efficiency in the alternative to use resources directly in the public health network.

Descriptors: Public Health, Policy, Planning and Health Administration, Health Economics, access to medicines, the copayment systems; Privatization of Health; Pharmaceutical care.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
OBJETIVOS	25
ARTIGO ORIGINAL 1	27
Estratégias Brasileiras para melhorar o acesso aos medicamentos: Um comparativo entre Programa Rede Farmácia de Minas e Programa Rede Própria da Farmácia Popular do Brasil.....	27
ARTIGO ORIGINAL 2	43
Público ou Privado? Avaliação econômica para o acesso a medicamentos com financiamento do SUS	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
ANEXO A: Certificado de apresentação oral na Convencion Internacional de Salud Publica	71
ANEXO B: Certificado de publicação no 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde	73
ANEXO C: Comprovante de submissão de manuscrito	75

APRESENTAÇÃO

O SUS tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados positivos para a população brasileira. Atualmente, dispõe de um conjunto de políticas, planos e programas de saúde já implantados em todo o território nacional.

No campo da Assistência Farmacêutica, várias políticas também vêm sendo adotadas com o intuito de ampliar o acesso a medicamentos pela população. Apesar dos avanços já alcançados, grandes são os desafios que se impõem na gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. Considerada como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolve a alocação de elevados recursos públicos.

Esse cenário, associado ao elevado crescimento da despesa com medicamentos combinado com um financiamento insuficiente para o SUS, é adverso, mas investigações farmacoeconômicas permitem desenvolver instrumentos para a avaliação dos resultados obtidos com os recursos investidos e, com isso, buscar a máxima eficiência alocativa.

Assim, esse processo contínuo de implantação e evolução do SUS leva à necessidade de se avaliar e discutir o papel da informação no campo da saúde a fim de produzir indicadores gerenciais e técnicos capazes de subsidiar o processo de tomada de decisões.

Entretanto, até a presente data, ainda não havia no Brasil e no mundo, estudos que realizassem uma comparação econômica entre programas de assistência farmacêutica cujo propósito é a garantia de acesso a medicamentos com financiamento público.

O acesso constitui-se como um eixo norteador de políticas públicas estabelecidas na área da assistência farmacêutica (AF) e, assegurar o acesso a medicamentos seguros e de qualidade é uma das questões cruciais para a eficácia das políticas de saúde e em específico, para aquelas estabelecidas pelo SUS.

Assim, este estudo, foca nos custos associados aos programas de assistência farmacêutica, que apresentam como principal objetivo, a garantia do acesso aos medicamentos, na perspectiva do financiador público – SUS.

Os resultados obtidos poderão subsidiar o processo de tomada de decisões, sobretudo a alocação eficiente de recursos públicos. Além disso, o sucesso no desenvolvimento metodológico do presente trabalho permite avaliar outros programas/serviços de assistência farmacêutica disponíveis no Brasil e no mundo.

Dessa forma, este trabalho tem como proposta apresentar inicialmente a revisão de literatura dos Programas Farmácia Popular do Brasil abordando tanto as Unidades de Rede Própria como também o Programa “Aqui tem Farmácia Popular” além do Programa Rede Farmácia de Minas.

Em seguida, o próximo passo é realizar e apresentar um levantamento comparativo através do marco legal que fundamenta a criação e o funcionamento dos programas Farmácia Popular do Brasil – Unidades da Rede Própria e Rede Farmácia de Minas, além dos principais incentivos econômicos e recursos consumidos já que os dois programas apresentam gestão exclusivamente pública sem terceirização dos serviços pelo setor privado.

Após a discussão dos resultados encontrados, serão apresentados os resultados de uma nova avaliação, desta vez econômica, cujo objetivo é responder qual dos programas: RFMG ou “Aqui tem Farmácia popular” se apresenta mais eficiente sob a perspectiva do financiador público – SUS já que o Programa Rede Farmácia de Minas apresenta gestão e financiamento exclusivamente públicos e o Programa “Aqui tem Farmácia Popular” que, apesar de apresentar financiamento público, tem os serviços farmacêuticos terceirizados ao setor privado.

O desenvolvimento deste projeto de mestrado ocorreu por meio da elaboração de artigos, que em conjunto, integram a dissertação ao final dos trabalhos. Os objetivos gerais de cada tópico da dissertação são apresentados a seguir.

Este volume contém:

1. Considerações iniciais: onde se apresenta uma justificativa da dissertação e seu conjunto, perpassando pela fundamentação teórica da mesma, a partir de breve revisão dos Programas Farmácia Popular do Brasil abordando tanto as Unidades de Rede Própria como também o Programa “Aqui tem Farmácia Popular” além do Programa Rede Farmácia de Minas.

2. O primeiro artigo apresenta de forma descritiva e comparativa a estrutura, os medicamentos e financiamento além de abordar um panorama com os pontos divergentes e convergentes entre os Programas Rede Farmácia de Minas e Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria, financiados com recursos do Sistema Único de Saúde;
3. O segundo artigo apresenta uma avaliação econômica entre os programas de assistência farmacêutica RFMG e “Aqui tem Farmácia Popular do Brasil” a fim de identificar qual dos modelos se apresenta mais eficiente, na perspectiva do financiador público (SUS);
4. Nas considerações finais são apresentadas as conclusões da dissertação no seu conjunto, relacionando os principais resultados dos artigos. Também são abordadas as principais limitações do trabalho.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Assistência Farmacêutica

A assistência farmacêutica, como política pública, iniciou em 1971 com a criação da Central de Medicamentos – CEME que tinha como objetivo fornecer medicamentos a população que não possuía condições financeiras para adquiri-los, restringindo assim, à aquisição e distribuição de medicamentos.¹

A CEME foi a responsável pela Assistência Farmacêutica no Brasil até o ano de 1997. Neste período, ocorreram inúmeros casos no mercado farmacêutico de desvios de qualidade, falsificações de medicamentos e denúncias de corrupção em licitações que levaram a extinção da Central de Medicamentos pelo Ministério da Saúde (CEME) em 1997. Com sua extinção, as atribuições e responsabilidades foram repassadas a diferentes setores do Ministério da Saúde.²

No entanto, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) só surge 10 anos depois, em função do cenário de desarticulação da assistência farmacêutica prestada entre os diferentes níveis de gestão do sistema e da desorganização dos serviços.

Com a publicação da Política Nacional de Medicamentos estabelecida por meio da Portaria GM/MS nº. 3.916 em 1998, prioridades e diretrizes passaram a ser definidas, tais como gerenciamento dos medicamentos e na organização da Assistência Farmacêutica no SUS.

A Assistência Farmacêutica, de acordo com a Política Nacional de Medicamentos é

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da

¹ BRASIL. Decreto nº 68.806 de 25 de junho de 1971. Dispõe sobre a Criação da Central de Medicamentos - CEME.

² BRASIL. Decreto nº 2.283 de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. Diário oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1997.

*utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.*³

Em 2004, com a publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica⁴, a assistência farmacêutica passa a ser entendida como uma política pública norteadora para formulação de políticas setoriais visando à manutenção e qualificação dos serviços da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde brasileiro.

Financiamento da Assistência Farmacêutica

O financiamento referente à Assistência Farmacêutica foi definido por meio da Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, no Pacto de Gestão, que define a responsabilidade dos três entes do SUS, a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de Assistência Farmacêutica.⁵

No entanto, apenas em 2007 é que ficou definida a forma de transferência dos recursos financeiros federais por meio do bloco da assistência farmacêutica, constituído por três componentes, sendo eles: componente básico, componente estratégico e componente especializado da assistência farmacêutica e é pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Já os recursos para a criação, implantação e manutenção do Programa Farmácia Popular do Brasil não estão contemplados nos blocos da Assistência Farmacêutica, sendo oriundos de atividade orçamentária específica e adicional, não competindo com o orçamento já designado para aquisição de medicamentos para a distribuição gratuita de medicamentos ou com recursos já aprovados para repasse a estados e municípios, não sendo, portanto, computados para os recursos do piso constitucional definido na Emenda Constitucional nº 29.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 40 p

⁴ BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

⁵ BRASIL. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Componente Básico da Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é financiada pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. A contrapartida federal é de R\$ 5,10/habitante/ano, e as contrapartidas estadual e municipal devem ser de no mínimo R\$ 2,36/habitante/ano cada, de acordo com a Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, sendo que esses recursos devem ser aplicados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME.⁶

O repasse do montante federal é feito mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde, aos estados e/ou municípios, de forma regular 12 parcelas anuais. Já a contrapartida estadual é realizada por meio do repasse de recursos financeiros aos municípios, ou em alguns casos, por meio do fornecimento de medicamentos básicos, definidos e pactuados pelas Comissões Intergestores Bipartites.

Por fim, a contrapartida municipal deve ser realizada pelos municípios, com recursos do tesouro municipal, e destinados ao custeio dos medicamentos básicos previstos na RENAME, ou ainda em ações de estruturação e qualificação da Assistência Farmacêutica Básica.

No âmbito deste componente, além do repasse financeiro aos estados e/ou municípios, o Ministério da Saúde – MS também é responsável pela aquisição e distribuição das Insulinas Humanas NPH e Regular e dos contraceptivos orais e injetáveis, além do dispositivo intra-uterino - DIU.

A distribuição das insulinas e os contraceptivos são entregues nos almoxarifados de medicamentos dos todos os Estados, a quem compete distribuí-los aos municípios. Além disso, os municípios, com população maior que 500 mil habitantes, recebem os contraceptivos diretamente do Ministério da Saúde.

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

Medicamentos estratégicos, segundo Ministério da Saúde, são todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico. Além disso, esses medicamentos têm controle e tratamento previstos e definidos por meio do protocolo e normas estabelecidas.

⁶ BRASIL. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência.

Os programas estratégicos têm como objetivo garantir o acesso aos medicamentos por portadores de doenças que configuram problemas de saúde pública. São eles:

- Tuberculose;
- Hanseníase;
- DST/AIDS;
- Endemias Focais;
- Sangue e Hemoderivados;
- Alimentação e Nutrição;
- Controle do Tabagismo.

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), aprovado por meio da Portaria GM/MS nº 2.981 de 26 de novembro de 2009 é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS.⁷ Sua principal característica é a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde.

O principal objetivo do CEAF é garantir tratamento em todas as fases evolutivas das doenças contempladas e, para isso, fez-se necessário uma avaliação sobre o tratamento de tais doenças, com base nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas aprovados pelo Ministério da Saúde.

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

O **Grupo 1** é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento e que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

⁷ BRASIL. Portaria nº 2.981 de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

O **Grupo 2** é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais da Saúde.

O **Grupo 3** é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e dispensação de responsabilidade dos municípios.

Acesso a medicamentos

O acesso aos bens e serviços de saúde é uma expressão muito utilizada na literatura especializada a fim de determinar a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder as necessidades de saúde de uma população adscrita.⁸ O direito ao acesso, ou seja, o direito de ser atendido em todos os tipos de serviços de saúde, independentemente da capacidade de pagamento, já é um direito conquistado por todos os cidadãos brasileiros.

Na área farmacêutica, autores têm relatado que diversas dimensões determinam o acesso aos medicamentos nos serviços pelos usuários, que incluem disponibilidade, acessibilidade geográfica, acomodação, aceitabilidade e capacidade econômica.⁹

A necessidade de viabilizar o acesso da população a medicamentos essenciais, seguros e eficazes emerge como premissa fundamental da Política Nacional de Medicamentos, complementada pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica. No marco da implementação do SUS, o direito e o acesso a saúde tem sido imperativo. Dessa forma, o acesso aos medicamentos deve ser considerado na construção dos sistemas, serviços e programas de saúde.

Nesse contexto e, em decorrência das diretrizes, prioridades e responsabilidades definidas por esses normativos, ações e programas de governo foram desencadeados tendo como foco principal a melhoria desse acesso e o uso racional dos medicamentos considerados essenciais às ações de saúde, como por exemplo, o Programa Dose Certa, do Estado de São Paulo, o Programa Rede Farmácia de Minas (RFMG), do Estado de Minas Gerais e o Programa Farmácia da Bahia, do Estado da Bahia em 2012, que buscam estruturar farmácias comunitárias públicas a fim de garantir a dispensação de medicamentos que compõem a terapêutica da atenção primária.

⁸ DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston, Harvard University Press, 1973.

⁹ GUERRA Jr & ACÚRCIO, F. Políticas de Medicamentos e Assistência Farmacêutica In Medicamentos: Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia / Francisco de Assis Acúrcio (org). Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

Somando-se a esses programas, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa Farmácia Popular do Brasil, com abrangência em todo o território nacional.

Os programas Farmácia Popular do Brasil (FPB) e Rede Farmácia de Minas (RFMG) têm como objetivo comum permitir o acesso dos medicamentos aos usuários, por meio do financiamento com recursos orçamentários públicos, que serão foco deste trabalho.^{10,11}

Programa Farmácia Popular do Brasil – FPB

Criado pelo Decreto nº 5.090 de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.858 de 13 de abril de 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil visa disponibilizar medicamentos em municípios e regiões do território nacional promovendo a universalização do acesso da população aos medicamentos e assegurando medicamentos básicos e essenciais a população assistida pela rede privada e buscando diminuir o impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar.¹²

O Programa Farmácia Popular do Brasil, no âmbito do Programa de Saúde do Governo Federal e no contexto de ações de assistência farmacêutica deve ser considerado como uma política pública cujo objetivo é a ampliação do acesso da população a medicamentos essenciais.

Nesse sentido, o governo federal ainda reforça que o Programa Farmácia Popular é um complemento ao programa de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde, que disponibiliza 810 medicamentos gratuitos aos brasileiros.

O programa FPB pode ser operacionalizado por meio de dois modelos de gestão, que serão descritos a seguir: Programa Farmácia Popular do Brasil – Unidades de Rede Própria e Programa “Aqui tem Farmácia Popular do Brasil”.

Programa Farmácia Popular do Brasil – Unidades de Rede Própria

¹⁰ SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – SAF. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Plano estadual de estruturação da rede de assistência farmacêutica: uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2008.

¹¹ BRASIL. *Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004* - Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília, 2004

¹² BRASIL. *Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004* - Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências.

No Programa Farmácia Popular do Brasil – Unidade de Rede Própria, a Fundação Osvaldo Cruz - FIOCRUZ é responsável por prover o acesso aos medicamentos através de rede própria de farmácia que pode ser estabelecida por convênios com as três esferas de governo e instituições sob a supervisão direta do Ministério da Saúde. O Programa Farmácia Popular do Brasil – Unidades de Rede Própria garantem a padronização das unidades implantadas nos municípios.

Nessas unidades, há o fornecimento de medicamentos que compõem o “Programa Saúde Não Tem Preço”. Além disso, as unidades próprias contam com um elenco de medicamentos, os quais são dispensados pelo seu valor de custo representando uma redução de até 90% do valor de mercado, tais como anticoncepcionais, por exemplo.

Programa “Aqui tem Farmácia Popular”

A fim de suprir a demanda dos serviços, visando garantir aos usuários, mediante ressarcimento dos custos, tanto para os que possuem plano de saúde privado, como também aos usuários do SUS que não encontrarem, medicamentos disponíveis na atenção primária, a partir de 2003, o Ministério da Saúde passou a privatizar os serviços de assistência farmacêutica do SUS para a atenção primária, por meio do credenciamento direto de farmácias privadas, o programa Farmácia Popular do Brasil (FPB),

O referido programa opera na lógica do copagamento podendo o medicamento ser obtido na rede privada conveniada (drogarias e farmácias) com o programa “Aqui tem Farmácia Popular”. Os valores pagos pelo usuário variam em função do tipo de medicamento disponível (referência, genérico ou similar) e do preço calculado com base em valor de referência (VR) estabelecido para cada medicamento.

Programa “Saúde Não Tem Preço”

Em fevereiro de 2011 foi lançada pelo Governo Federal, o programa “Saúde Não Tem Preço com o propósito de viabilizar a gratuidade dos medicamentos para hipertensão e diabetes disponíveis no Programa Farmácia Popular do Brasil. A partir de junho do mesmo ano, o MS incluiu na lista do Programa “Saúde Não Tem Preço”, 3 (três) outros medicamentos, indicados no tratamento de Asma.

Programa Rede Farmácia de Minas Gerais

Considerando a necessidade da adoção de políticas de assistência farmacêutica que levassem em conta o porte populacional dos municípios, foi criado o Programa Rede Farmácia de Minas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais por meio da Superintendência de Assistência Farmacêutica em 2007 e implementado por meio da Resolução SES/MG nº 1416 de 21 de fevereiro de 2008.¹³

O principal objetivo do referido programa é o de garantir o acesso aos medicamentos pela população por meio da organização da Assistência Farmacêutica no âmbito municipal, otimizando os recursos financeiros e aprimorando as atividades técnico-gerenciais. A proposta do Estado de Minas Gerais busca a criação de um novo modelo de assistência farmacêutica pública, no qual a farmácia deixa de ser vista apenas como uma estrutura física para guarda e distribuição de medicamentos e passa a ser considerado, um local de atendimento humanizado aos usuários do SUS dos municípios, com dispensação de medicamentos de forma gratuita.

O Programa visa à implantação de farmácias comunitárias públicas nos municípios de Minas Gerais, através de incentivo financeiro estadual para construção e custeio das unidades além de recursos para a contratação de farmacêuticos. Busca ainda a caracterização de Farmácias Comunitárias públicas a serem integradas em rede no SUS/MG. O Programa mineiro tem por objetivo contemplar todos os 853 municípios mineiros.

Justificativa do projeto de mestrado

No Brasil, a composição de gasto em saúde é incompatível com o financiamento de um sistema que visa ser público e universal.¹⁴ No entanto, para que os programas e políticas no campo da saúde sejam implantados, é preciso que sejam assegurados os recursos para execução das atividades e também que sua gestão seja eficaz, efetiva e eficiente.

Ao realizar uma análise, a partir da década de 1980, observa-se que o governo federal participava com 75% do financiamento público da saúde, e os estados e municípios com 25%. Após a nova constituição federal publicada em 1988 e com o advento da Emenda Constitucional 29 e sua

¹³ MINAS GERAIS. Resolução SES nº 1.416 de 21 de fevereiro de 2008 e atualizações.

¹⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2010: Financiamento dos Sistemas de Saúde*. Disponível em <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>

respectiva regulamentação, o cenário é alterado passando os municípios e estados a assumir progressivamente novas e maiores responsabilidades, e somados, elevaram sua participação de 25% para 54% do total do financiamento público da saúde, enquanto a participação da União caiu de 75% para 46%.¹⁵

Atualmente, a soma do gasto público e privado em saúde situa-se em torno de 8,4% do Produto Interno Bruto – PIB.¹⁶ Estima-se que 43% das despesas sejam realizadas diretamente pelo setor público. Ao se considerar sistemas de saúde universais, como é o caso brasileiro, os valores despendidos em saúde ainda parecem estar muito aquém das necessidades e comparativamente do gasto per capita de muitos países.

Além disso, nos últimos anos as despesas nas três esferas de governo com medicamentos vêm crescendo em ritmo mais acelerado que os outros gastos em saúde. O gasto do Ministério da Saúde, por exemplo, com os programas de medicamentos do componente básico, estratégico e especializado em 2008, foi superior a R\$ 4,9 bilhões. Quando se acrescenta a estimativa de alocação por parte de estados e municípios, chega-se ao valor estimado para o SUS de quase R\$ 7 bilhões com a aquisição de medicamentos para uso ambulatorial. Tal situação tem evidenciado a escalada do gasto federal com medicamentos nos últimos anos, com o aumento de sua participação no gasto total do Ministério da Saúde. Em 2009, as despesas com consumo final de medicamentos no Brasil foram de 1,9% do PIB.¹⁷ Ao se analisar os gastos com saúde (públicos e privados) constatou-se que os medicamentos foram responsáveis por cerca de 22,0%.¹⁸

Somando-se a isso, tem-se observado o aumento crescente da rede de farmácias privadas no Brasil associado a um cenário político de credenciamento/financiamento público cada vez maior em farmácias privadas em todo o território nacional.

Além disso, metade do orçamento da assistência farmacêutica, R\$ 1 bilhão de reais é consumida para comprar 25 itens da Farmácia Popular. Outro 1 bilhão é partilhado entre Estados e Municípios, que são encarregados de comprar 343 medicamentos para distribuir a população. Neste contexto, a

¹⁵ OLIVEIRA, M. A. Org. *Direito Sanitário: Oportuna discussão via coletânea de textos do 'blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania'*. 1. ed. ANVISA, CONASEMS, CONASS. Brasília: 2012.

¹⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2010: Financiamento dos Sistemas de Saúde*.

¹⁷ VIEIRA, Fabiola Sulpino. *Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007*. Rev. Saúde Pública vol.43 n.º 4 São Paulo. ago. 2009.

¹⁸ CONTA-SATÉLITE de saúde: Brasil 2007-2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 104 p. (Contas Nacionais, nº 37).

disparidade entre os valores repassados merece avaliação no que se refere a eficiência e à efetividades das alternativas assistenciais.

Se de um lado o acesso a medicamentos é fundamental na garantia do direito constitucional à saúde, por outro, tornou-se motivo de preocupação pela evolução dos gastos. Nesse contexto, assegurar o acesso a medicamentos é um dos principais desafios do SUS, constituindo-se no eixo norteador de políticas públicas estabelecidas na área da Assistência Farmacêutica, representando, hoje, uma das áreas com maior impacto financeiro no âmbito do SUS.

Nesse contexto, gastos em saúde, cada vez mais elevados, em um cenário de limitação orçamentária, trazem a necessidade de se avaliar economicamente, qual é a melhor forma de alocação dos recursos públicos no campo da Assistência Farmacêutica.

Nesta perspectiva da política pública de saúde, o dilema apresentado, está focado em avaliar a eficiência e custo-efetividade da privatização de serviços de assistência farmacêutica, em face da possibilidade de executá-los diretamente em redes públicas próprias. Em ambas as propostas, os serviços devem ser universais e financiados com recursos públicos.

Assim, o objetivo desta dissertação é trazer à luz as informações sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil nos dois modelos, propostos pelo MS, e o Programa Rede Farmácia de Minas de forma comparativa com respeito a sua estruturação organizacional e financiamento como também por meio da avaliação econômica dos medicamentos comuns aos programas Rede Farmácia de Minas e “Aqui tem Farmácia Popular do Brasil”.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Realizar avaliação econômica entre os Programas de Assistência Farmacêutica disponíveis no Brasil: Programa Farmácia Popular do Brasil – “Aqui tem Farmácia Popular do Brasil” e Rede Farmácia de Minas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar e apresentar uma revisão sobre os Programas de Assistência Farmacêutica: Rede Farmácia de Minas e Farmácia Popular do Brasil: Aqui tem Farmácia Popular do Brasil e Rede Própria apresentando de forma descritiva e comparativa a estrutura, os medicamentos e o financiamento abordando os pontos convergentes e divergentes dos dois programas;
2. Realizar avaliação de custo-minimização entre os Programas RFMG e Farmácia Popular do Brasil – “Aqui tem Farmácia Popular” a fim de esclarecer qual dos modelos se apresenta como o mais eficiente.

ARTIGO ORIGINAL 1

Estratégias Brasileiras para melhorar o acesso aos medicamentos: Um comparativo entre Programa Rede Farmácia de Minas e Programa Rede Própria da Farmácia Popular do Brasil.**Brazilian strategies to improve medicines access: Comparison between Rede Farmácia de Minas and Rede Própria Farmácia Popular in Brazil****2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**

01 a 03 de outubro de 2013

Trabalho aprovado para publicação nos Anais

ISBN 978-85-85740-00-9

GARCIA, Marina Morgado¹; GUERRA Jr, Augusto Afonso¹; ACURCIO, Francisco de Assis¹¹ Faculdade de Farmácia - Universidade Federal de Minas Gerais**Resumo**

A criação da Central de Medicamentos no Brasil em 1971 é um dos marcos que referenciam a inserção da assistência farmacêutica, enquanto política pública. Seu principal objetivo era melhorar o acesso da população de baixa renda aos medicamentos essenciais. Com a sua extinção, em 1997, as atribuições e responsabilidades foram repassadas a diferentes setores do Ministério da Saúde, determinando a formulação de uma nova política para promover o acesso aos medicamentos no Brasil, a então Política Nacional de Medicamentos, publicada em 1998. O acesso constitui-se como um eixo norteador de políticas públicas estabelecidas na área da assistência farmacêutica (AF) e, assegurar esse acesso a medicamentos seguros e de qualidade é uma das questões cruciais para a eficácia das políticas de saúde e em específico para aquelas estabelecidas pelo SUS. Dentre diversas estratégias e programas propostos em diferentes esferas de governo que visam a melhoria desse acesso aos medicamentos, pode-se destacar dois programas de assistência farmacêutica distintos: Programa do Estado de Minas Gerais, “Rede Farmácia de Minas” e Programa do Ministério da Saúde o “Programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria”. Nesse sentido, o presente estudo visa apresentar de forma descritiva e comparativa a estrutura, os medicamentos e financiamento dos Programas Rede Farmácia de Minas e Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria. Para desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma revisão de literatura com vistas a estabelecer marco legal que fundamenta a criação e o funcionamento dos programas em questão, bem como relatórios e estudos que esclareçam sobre estrutura, financiamento/custos envolvidos, medicamentos disponibilizados, localização e quantidade de farmácias efetivamente instaladas até maio de 2013. A partir dos dados obtidos na revisão, buscou-se esclarecer a cobertura, bem como preços unitários dos medicamentos comuns aos dois programas. Ao analisar a localização dessas unidades observam-se diferenças entre a localização: enquanto as unidades de Rede Farmácia de Minas Gerais devem estar preferencialmente, próximas a uma unidade básica de saúde, a Rede Própria deve estar localizada em regiões de grande fluxo de pessoas, preferencialmente em regiões centrais e recomenda-se que sejam evitadas áreas próximas às unidades públicas de atenção à saúde. Já em relação a cobertura de abrangência dos programas, em Minas Gerais, o número de unidades próprias do Programa Farmácia Popular – “Rede Própria” inauguradas representam apenas 5,9% dos municípios mineiros (n=50). Ao analisarmos o número de Unidades da Rede Farmácia de Minas já inauguradas, observa-se uma

cobertura de cerca de 60% dos municípios de Minas Gerais, totalizando 509 unidades inauguradas e em funcionamento em todo o estado. Ao analisarmos em todo o território nacional, observamos que, do total de municípios brasileiros (n=5.570), há apenas 558 unidades Rede Própria, inauguradas e em funcionamento e em 441 municípios, o que representa uma cobertura de menos de 10% da população brasileira. Por fim, ao avaliar os preços unitários referentes aos medicamentos disponibilizados em ambos os programas é possível observar diferenças. Dessa forma, este trabalho aponta para a necessidade de estudos complementares sobre o financiamento e a disponibilidade de medicamentos na rede pública municipal. Os gestores devem buscar articular suas ações, evitando sobreposições e contraposições, que levam inevitavelmente a ineficácia das ações traçadas e a ineficiência no que tange a aplicação dos recursos orçamentários definidos para a saúde no âmbito nacional.

Palavras-chave:

Política pública, acesso a medicamentos, medicamentos essenciais, assistência farmacêutica, financiamento, Rede Farmácia de Minas, Programa Farmácia Popular do Brasil.

Introdução

A criação da Central de Medicamentos - CEME pelo Estado Brasileiro no início da década de setenta é um dos marcos que referenciam a inserção da assistência farmacêutica, enquanto política pública. Seu principal objetivo era melhorar o acesso da população de baixa renda aos medicamentos essenciais por meio de estratégias centralizadas de aquisição e distribuição de medicamentos. (BRASIL, 1971)

A CEME teve grande relevância na assistência farmacêutica pública no Brasil até o ano de 1997. Com a sua extinção, nesse mesmo ano, as atribuições e responsabilidades foram repassadas a diferentes setores do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997). O fim da CEME determina a formulação de uma nova política para promover o acesso aos medicamentos no Brasil e ainda em 1998 é publicada a Política Nacional de Medicamentos estabelecida por meio da Portaria GM/MS nº. 3.916 em 1998.

As diretrizes, prioridades e responsabilidades definidas, estabelecem um novo modelo para a organização da assistência farmacêutica no país, com enfoque na regulação sanitária e no acesso aos medicamentos no SUS.

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde aprova texto complementar à política de medicamentos vigente, enfatizando a assistência farmacêutica no SUS, que passa a ser entendida como uma política pública norteadora para formulação de políticas setoriais visando à manutenção e qualificação dos serviços da assistência farmacêutica no sistema público brasileiro. Esse texto complementar foi

intitulado de Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), apesar de não apresentar em sua estrutura, diretrizes, responsabilidades, ações ou financiamento.

O acesso aos medicamentos está relacionado com a capacidade de um sistema de atenção a saúde responder as necessidades de saúde de uma população (Donabedian, 1973).

Nesse contexto, assegurar acesso a medicamentos seguros e de qualidade é fundamental na busca pela eficácia das políticas de saúde e em específico para aquelas estabelecidas pelo SUS. Além disso, a AF se apresenta como uma das áreas da saúde com maior impacto orçamentário tanto para o setor público como para as famílias.

Por esse motivo, as políticas adotadas por diferentes esferas de governo, definidas por múltiplas regulamentações e atos normativos, buscam estabelecer diversas ações e/ou programas públicos tendo como objetivo principal a melhoria do acesso e uma melhor qualidade no uso dos medicamentos considerados essenciais às ações de saúde.

Dentre diversas estratégias e programas propostos em diferentes esferas de governo após o estabelecimento da Política Nacional de Medicamentos, pode-se destacar dois programas de assistência farmacêutica distintos, os quais tem como principal foco o acesso aos medicamentos necessários às ações saúde no âmbito da atenção primária e dos programas delineados para ações epidemiológicas estratégicas em âmbito municipal, a saber:

- a) Programa do Estado de Minas Gerais em parceria com municípios, que cria uma rede de farmácias comunitárias públicas para fornecer medicamentos essenciais, a “Rede Farmácia de Minas” e;
- b) Programa do Ministério da Saúde, que estabelece uma rede de farmácias em parceria com municípios para venda de medicamentos essenciais a baixo custo: “Programa Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria”.

Assim, o presente estudo visa descrever e comparar características estruturais de dois (2) programas públicos de assistência farmacêutica financiados com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como justificativa que os programas públicos parecem se apresentar em sobreposição, como duplicidade de esforços e de alocação de recursos em um ambiente de nítida escassez. Torna-se relevante o aprofundamento em estudos que possam esclarecer essas iniciativas, em específico, os programas de assistência farmacêutica com financiamento público no Brasil.

O presente trabalho busca assim, realizar uma descrição e comparação das estruturas, medicamentos e financiamento público para trazer informações que possam contribuir para discussões e decisões políticas futuras.

Objetivos

Apresentar de forma descritiva e comparativa a estrutura, os medicamentos e financiamento dos Programas Rede Farmácia de Minas e Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria.

Metodologia

Para desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma revisão de literatura com vistas a estabelecer marco legal que fundamenta a criação e o funcionamento dos Programas Rede Farmácia de Minas e Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria, bem como relatórios e estudos que esclareçam sobre estrutura, financiamento/custos envolvidos, medicamentos disponibilizados, localização e quantidade de farmácias efetivamente instaladas até maio de 2013.

A partir dos dados obtidos na revisão, buscou-se esclarecer a cobertura, em termos de farmácias instaladas no território nacional para o programa federal e no território estadual para o programa mineiro, bem como preços unitários dos medicamentos comuns aos dois programas. Os resultados obtidos serão apresentados em valores absolutos e relativos por meio de tabelas e gráficos.

Resultados e Discussão

- **Programa Rede Farmácia de Minas Gerais**

Com o objetivo de adotar políticas de assistência farmacêutica que levassem em conta o porte populacional dos municípios de forma a permitir a expansão equitativa do acesso, em 2008, foi criado o Plano de Reestruturação da Assistência Farmacêutica do Estado de Minas Gerais. O referido Plano foi elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais por meio da Superintendência de Assistência Farmacêutica em 2007 e implementado por meio da Resolução SES/MG nº 1.416 de 21 de fevereiro de 2008. Apresenta como objetivo principal a garantia de acesso a medicamentos pela população mineira.

Em sua fase inicial, o Programa mineiro priorizava municípios com população inferior a 10.000 habitantes, o que correspondia a 57,3% do referido Estado contemplado. Em 2009, por meio da

Resolução SES/MG nº 1.795 houve a expansão para municípios com população de até 30.000 habitantes passando contemplar 78,7% dos municípios do Estado. A partir de 2011, as normas vigentes ampliaram a cobertura do programa aos municípios com mais de 30.000 habitantes. O objetivo da expansão é contemplar todos os 853 municípios mineiros.

- **Programa Farmácia Popular do Brasil**

O Programa Farmácia Popular do Brasil tem como objetivo disponibilizar a baixo custo medicamentos em municípios e regiões do território nacional promovendo a universalização do acesso da população aos medicamentos e assegurando medicamentos básicos e essenciais a população assistida pela rede privada e buscando diminuir o impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar. (BRASIL, 2004)

A justificativa do Governo Federal para implantar o programa Farmácia Popular do Brasil é a ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais. (BRASIL, 2004) Todavia, a estratégia busca a recuperação de custos junto ao usuário, ao comercializar os produtos produzidos ou adquiridos prioritariamente de laboratórios oficiais e complementarmente pelo setor privado. A estratégia de recuperação de custos de medicamentos foi marcada historicamente pelo projeto conhecido como *Iniciativa de Bamako*, no qual um acordo feito em 1987 entre os ministros africanos da área da saúde, com o apoio da Organização Mundial de Saúde - OMS e da UNICEF - United Nations Children's Fund procurava incentivar a participação da comunidade na administração e no financiamento de medicamentos essenciais. (TEARFUND INTERNACIONAL LEARNING ZONE)

O referido Programa disponibiliza medicamentos por meio de:

- Rede Própria: constituída de farmácias populares em parcerias com Estados, Distrito Federal e municípios;
- “Aqui tem Farmácia Popular”: constituído por meio de convênios com a rede privada de farmácias e drogarias.

Neste artigo, tem-se como foco apenas a estratégia Rede Própria.

Farmácia de Minas versus Farmácia Popular – Rede Própria

O quadro 01 apresenta as principais diferenças e semelhanças entre os programas de assistência farmacêutica em questão:

Quadro 01: Quadro esquemático com as principais diferenças e semelhanças entre os programas “Rede Farmácia de Minas” e “Farmácia Popular - Rede Própria”

Item	Programa Farmácia Popular do Brasil	Programa Rede Farmácia de Minas
Principal objetivo	Atendimento a pessoas que utilizam serviços de saúde e que têm dificuldades em adquirir medicamentos em estabelecimentos comerciais	Atendimento a pessoas que utilizam serviços públicos de saúde e
Localização	Regiões centrais, preferencialmente distante de unidades públicas de atenção a saúde	Preferencialmente próximas às Unidades Básicas de Saúde
Área física	120m ²	70 a 80 m ² *
Equipamentos e mobiliários	Aquisição centralizada na FIOCRUZ	Aquisição centralizada na SES-MG
Regulamentação	Licença de Funcionamento	Licença de Funcionamento
	Regularização de Localização	Regularização de Localização
	Licença do Corpo de Bombeiros	Licença do Corpo de Bombeiros
	Regulação Sanitária	Regulação Sanitária
	Inscrição estadual	Inscrição estadual
	Licença de Autoridade Sanitária Local	Licença de Autoridade Sanitária Local
Abrangência do Programa	Nacional	Estadual
Recursos humanos – Contratação	responsabilidade do município	responsabilidade do município
Capacitação de Pessoal	realizada pelo MS através da FIOCRUZ	realizada pelo Estado e eventualmente pelo município
Número de funcionários	1 farmacêutico	1 farmacêutico
	1 farmacêutico co-responsável	1 a 3 atendentes
	1 assistente de gestão	
	5 auxiliares de gestão	
	1 auxiliar de serviços gerais	
Forma de repasse dos equipamentos	empréstimo por comodato	Doação
Recursos financeiros para construção	exclusivamente federal	estadual/ municipal
Forma de repasse dos recursos para construção	fundo a fundo	fundo a fundo
Manutenção da Unidade	responsabilidade do município	responsabilidade municipal
Estoque inicial de medicamentos	Consignação	aquisição pelo Estado/ município/União
Gestão de estoque de medicamentos	cabe a unidade	cabe a unidade
Número de medicamentos disponibilizados	112	161
Compra dos medicamentos	Fiocruz	Estado/Município/União
Dispensação	Gratuita** para hipertensão, diabetes e asma e copagamento do usuário para outros produtos	Gratuita** para todos os produtos

Item	Programa Farmácia Popular do Brasil	Programa Rede Farmácia de Minas
Número de classes terapêuticas disponibilizadas	23*	28*
Avaliação e controle	realizada pelo MS	realizada pelo Estado, município e União
Sistema de Informação	Sistema eletrônico disponibilizado pelo MS	SIGAF sistema disponibilizado pela SUS/MG

* Análise considerando apenas medicamentos básicos
 **Gratuito significa que foi financiado por meio dos impostos recolhidos da sociedade sem a existência de pagamentos adicionais pelos cidadãos no ato da dispensação

O que se observa ao analisar os objetivos propostos pelos programas é uma diferença importante no que diz respeito ao público prioritário de atendimento: enquanto a Rede Farmácia de Minas visa atender pacientes do SUS o Programa Farmácia Popular do Brasil busca atender principalmente a população que tem dificuldade em obter acesso aos medicamentos prescritos seja no SUS ou no setor privado. (GARCIA et al, 2012).

Outro ponto que merece destaque está relacionado à localização dessas unidades, enquanto as unidades de Rede Farmácia de Minas Gerais devem estar necessariamente em local de fácil acesso, preferencialmente, próximos a uma unidade básica de saúde, a Farmácia Popular do Brasil deve ser localizada em regiões de grande fluxo de pessoas, preferencialmente em regiões centrais ou em núcleos comerciais de bairros; em vias públicas de fácil acesso e recomenda-se que sejam evitadas áreas próximas às unidades públicas de atenção à saúde (GARCIA et al, 2012).

Cobertura no território de abrangência dos Programas

A Rede Farmácia de Minas pretende cobrir todos os 853 municípios mineiros, cuja prioridade inicial foi definida pela faixa de habitantes que varia de Modalidade I a Modalidade IV, de acordo com o número de habitantes em cada município do Estado de Minas Gerais (Tabela 01):

Tabela 01: Distribuição da frequência absoluta de municípios considerando o número de habitantes e a modalidade de farmácias

Modalidade de Farmácias	Número de habitantes	Número de municípios
Modalidade I	Até 10.000	493
Modalidade II	De 10.000 a 20.000	189
Modalidade III	De 20.000 a 100.000	145
Modalidade IV	Acima de 100.000	26

Já o programa “Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria” priorizava inicialmente, os municípios sedes de regiões metropolitanas. No entanto, apresenta como objetivo final cobrir todos os

municípios brasileiros, o que corresponde a 5.570 municípios com pelo menos uma Farmácia Popular – Rede Própria.

Em Minas Gerais, o número de unidades próprias do Programa Farmácia Popular – “Rede Própria” inauguradas representam apenas 5,9% dos municípios mineiros (n=50), conforme Gráfico 01. Ao analisarmos o número de Unidades da Rede Farmácia de Minas já inauguradas, observa-se uma cobertura de aproximadamente 60% dos municípios de Minas Gerais, totalizando 509 unidades inauguradas e em funcionamento em todo o estado. (Gráfico 02).

Gráfico 01: Número de Unidades Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria em funcionamento no Estado de Minas Gerais ao longo dos anos de 2004 a 2013.

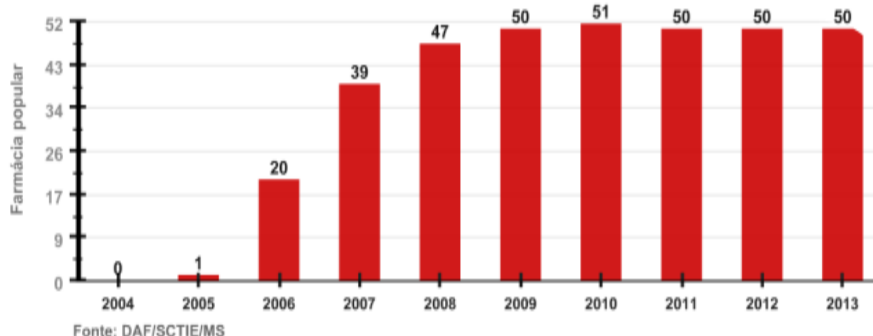
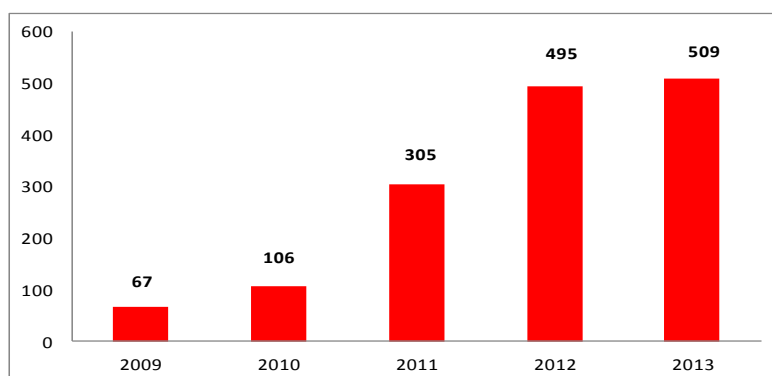
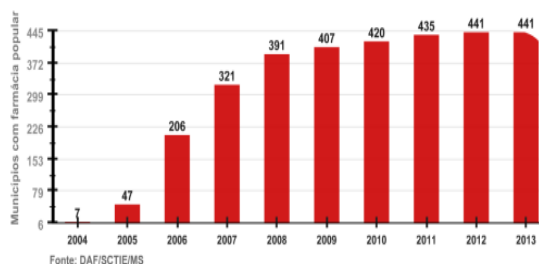
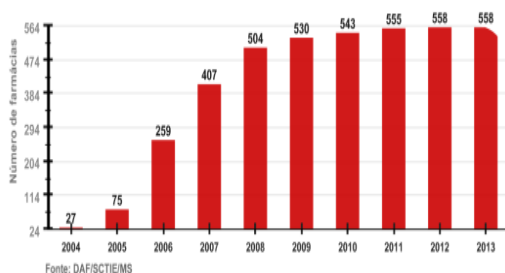


Gráfico 02: Número de Unidades Rede Farmácia de Minas em funcionamento no Estado de Minas Gerais ao longo dos anos de 2009 a 2013.



Ao analisarmos os Gráficos 03 e 04, em todo o território nacional, observamos que, do total de municípios brasileiros (n=5.570), há apenas 558 unidades Farmácia Popular do Brasil – “Rede Própria”, inauguradas e em funcionamento e em 441 municípios, o que representa uma cobertura de menos de 10% dos municípios da população brasileira. (Brasil, 2013)

Gráficos 03 e 04: Número de Unidades Farmácia Popular do Brasil – Rede Própria em funcionamento no Brasil e o número de municípios com Unidade Farmácia Popular do Brasil ao longo dos anos de 2004 a 2013.



Incentivos econômicos

Ao analisar a disponibilidade orçamentária entre os 2 modelos, verificam-se diferenças entre recursos financeiros destinados à construção e manutenção das Unidades, conforme Tabela 02.

Tabela 02: Comparação entre recursos financeiros destinados à construção e manutenção dos Programas Rede Farmácia de Minas e Farmácia Popular

Recurso financeiro	Programa Rede Farmácia de Minas	Programa Farmácia Popular
Infra-estrutura física	R\$ 55.000,00	R\$ 50.000,00
Equipamentos e mobiliário	R\$ 35.000,00	não declarado
Gastos com manutenção e recursos humanos	R\$1.200,00 a cada mês	R\$10.000,00 durante 12 meses

Relação de medicamentos

No Programa Rede Farmácia de Minas, os medicamentos constam na Deliberação CIB-SUS/MG 1.392 de 20 de fevereiro de 2013 do Componente Básico, além de medicamentos adquiridos pelo próprio município, sendo 153 medicamentos e insumos adquiridos pelo ente estadual e 8 medicamentos do Programa Saúde da Mulher adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos pelo Estado aos municípios.

Já no Programa Farmácia Popular - Rede Própria é disponibilizada uma relação com 112 medicamentos comercializados por valores inferiores aos preços definidos para venda em farmácias e drogarias, que pode ser justificada pelo volume e processo de aquisição dos medicamentos.

É importante destacar que do total de medicamentos disponibilizados pelo Programa Rede Farmácia de Minas 53 encontram-se na relação do Programa Farmácia Popular – Rede Própria indicando a sobreposição de ações, já que em ambos os casos as farmácias são operadas pela administração municipal, utilizando, mesmo que parcialmente recursos do SUS.

Outro aspecto relevante é que, essa sobreposição de listas pode gerar duplicidades de atendimento, aumentando a possibilidade de uso irracional dos medicamentos já que não existe controle ou integração de informações sobre usuários atendidos e produtos dispensados, seja pela rede pública ou pelas unidades do programa farmácia popular rede própria e/ou aqui tem farmácia popular. Apesar da ampliação do acesso ser desejável, a qualidade no uso dos medicamentos é determinada pela existência de cuidado farmacêutico alinhada às linhas guia e diretrizes clínicas de tratamento preconizadas pelo SUS. As ações não deveriam se restringir a simples aquisição e distribuição.

Preços unitários dos medicamentos

Ao avaliar os preços unitários referentes aos medicamentos disponibilizados em ambos os programas é possível observar diferenças, conforme Tabela 03. Neste estudo adotou-se a perspectiva de que os produtos fornecidos pelo setor público são sempre custeados pela sociedade, seja por meio dos impostos recolhidos sem a existência de pagamentos adicionais pelos cidadãos no ato da dispensação ou pela recuperação mesmo que parcial dos custos. O que se constata é que o mesmo medicamento distribuído pela Rede Farmácia de Minas aos municípios pode custar para o usuário no Programa Farmácia Popular Rede Própria até 8,25 vezes mais, como é o caso da azitromicina, antimicrobiano usado para diversas infecções. Em apenas quatro produtos fornecidos pelo programa Farmácia

Popular foram encontrados preços mais baixos ou semelhantes aos preços da Rede Farmácia de Minas, como no caso da fluoxetina comumente utilizada para depressão e para tratamentos de casos de ansiedade, por exemplo.

Tabela 03: Comparação dos Programas Farmácia Popular – Rede Própria e Rede Farmácia de Minas

Item	Valor de aquisição Rede Farmácia de Minas	Valor de dispensação Programa Farmácia Popular - Rede própria	Diferença em número de vezes	
ACIDO FOLICO 5 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,01	R\$ 0,05	3,62	mais caro
ALBENDAZOL 400 MG COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	R\$ 0,12	R\$ 0,56	4,55	mais caro
ALENDRONATO SÓDIO 70 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,21	R\$ 0,37	1,76	mais caro
ALOPURINOL 100 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,02	R\$ 0,08	4,00	mais caro
AMIODARONA CLORIDRATO 200 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,09	R\$ 0,20	2,15	mais caro
AMITRIPTILINA CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,06	R\$ 0,22	3,44	mais caro
AMOXICILINA 50 MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL - Frasco com 60ml	R\$ 0,89	R\$ 1,96	2,20	mais caro
AMOXICILINA 500 MG CÁPSULA	R\$ 0,05	R\$ 0,19	3,86	mais caro
AZATIOPRINA 50 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,72	R\$ 1,40	1,94	mais caro
AZITROMICINA 500 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,32	R\$ 2,64	8,25	mais caro
BENZILPENICILINA BENZATINA 1200000 UI PÓ PARA INJETÁVEL	R\$ 0,70	R\$ 1,50	2,15	mais caro
BIPERIDENO CLORIDRATO 2 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,04	R\$ 0,07	2,03	mais caro
CARBAMAZEPINA 200 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,06	R\$ 0,13	2,16	mais caro
CEFALEXINA 50 MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL - Frasco com 60 ml	R\$ 1,59	R\$ 4,96	3,13	mais caro
CEFALEXINA 500 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,08	R\$ 0,40	5,29	mais caro
CIPROFLOXACINO CLORIDRATO 500 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,08	R\$ 0,38	5,07	mais caro
CLONAZEPAM 2 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,08	R\$ 0,06	0,73	mais barato
CLORETO DE SÓDIO 9 MG/ML SOLUÇÃO NASAL	R\$ 1,60	R\$ 0,95	0,59	mais barato
CLORPROMAZINA CLORIDRATO 100 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,09	R\$ 0,13	1,34	mais caro
CLORPROMAZINA CLORIDRATO 25 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,09	R\$ 0,10	1,11	mais caro
DEXAMETASONA 1 MG/G CREME	R\$ 0,37	R\$ 1,00	2,74	mais caro
DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 0,4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	R\$ 0,64	R\$ 2,07	3,25	mais caro
DEXCLORFENIRAMINA MALEATO 2 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,01	R\$ 0,06	4,03	mais caro
DIAZEPAM 10 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,02	R\$ 0,08	3,64	mais caro

Item	Valor de aquisição Rede Farmácia de Minas	Valor de dispensação Programa Farmácia Popular - Rede própria	Diferença em número de vezes	
DIAZEPAM 5 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,02	R\$ 0,04	1,95	mais caro
DIGOXINA 0,25 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,02	R\$ 0,06	3,66	mais caro
DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	R\$ 0,29	R\$ 0,70	2,41	mais caro
ERITROMICINA 500 MG COMPRIMIDO REVESTIDO	R\$ 0,25	R\$ 0,54	2,16	mais caro
ERITROMICINA ESTOLATO 50 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	R\$ 2,05	R\$ 2,30	1,12	mais caro
FENITOÍNA SÓDICA 100 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,05	R\$ 0,10	2,03	mais caro
FENOBARBITAL SÓDICO 100 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,03	R\$ 0,06	1,89	mais caro
FLUCONAZOL 150 MG CÁPSULA	R\$ 0,12	R\$ 0,95	8,26	mais caro
FLUOXETINA CLORIDRATO 20 MG CÁPSULA	R\$ 0,06	R\$ 0,06	0,94	~
HALOPERIDOL 2 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	R\$ 2,00	R\$ 1,94	0,97	~
HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,03	R\$ 0,12	4,53	mais caro
LORATADINA 10 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,03	R\$ 0,05	1,47	mais caro
MEBENDAZOL 20 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	R\$ 0,42	R\$ 1,10	2,62	mais caro
METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL - Frasco com 10 ml	R\$ 0,60	R\$ 0,75	1,25	mais caro
METRONIDAZOL 250 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,03	R\$ 0,10	3,13	mais caro
METRONIDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	R\$ 0,97	R\$ 2,40	2,47	mais caro
MICONAZOL NITRATO 20 MG/ML LOÇÃO	R\$ 0,85	R\$ 1,86	2,19	mais caro
OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA	R\$ 0,03	R\$ 0,23	7,69	mais caro
PARACETAMOL 200 MG/ML SOLUÇÃO ORAL - Frasco com 15 ml	R\$ 0,36	R\$ 1,27	3,54	mais caro
PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,02	R\$ 0,09	5,49	mais caro
PREDNISONA 20 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,05	R\$ 0,18	4,00	mais caro
PREDNISONA 5 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,02	R\$ 0,08	4,00	mais caro
RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,03	R\$ 0,12	3,65	mais caro
SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL 3,5+1,5+2,9+20 G+G+G+G PÓ PARA PREPARAÇÃO EXTEMPORÂNEA	R\$ 0,24	R\$ 0,60	2,50	mais caro
SULFAMETOXAZOL+TRIMETROPRIMA 40+8 MG/ML+MG/ML SUSPENSÃO ORAL - FRASCO COM 50 ml	R\$ 0,60	R\$ 1,45	2,42	mais caro
SULFAMETOXAZOL+TRIMETROPRIMA 400+80 MG+MG COMPRIMIDO	R\$ 0,03	R\$ 0,08	2,35	mais caro
SULFATO FERROSO SULFATO 25 MG/ML SOLUÇÃO ORAL	R\$ 0,74	R\$ 0,75	1,02	mais caro
SULFATO FERROSO SULFATO 40 MG COMPRIMIDO	R\$ 0,02	R\$ 0,04	1,82	mais caro
VALPROATO SÓDIO 50 MG/ML XAROPE	R\$ 1,64	R\$ 4,05	2,47	mais caro

Considerações finais

O Programa Farmácia Popular – Rede Própria fornece vários medicamentos que deveriam ser fornecidos também por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, sob a responsabilidade direta dos gestores municipais. Este estudo aponta para a necessidade de serem realizados estudos complementares na qual se avalie sobre o financiamento e a disponibilidade/aceso da população a medicamentos na rede pública municipal, pois uma vez instalado o sistema de recuperação de custos em produtos da atenção primária em saúde alguns gestores poderiam optar por desinvestir, repassando parte dos custos para os usuários. Isto poderia prejudicar a integralidade da assistência terapêutica (VIEIRA, 2010). Além disto, diversas políticas econômicas adotadas pelo país fizeram com que as famílias custeassem parcela crescente do gasto em saúde no Brasil num contexto de envelhecimento da população e consequente aumento pela demanda por serviços de saúde.

É preciso que sejam realizados debates sobre o papel dos serviços públicos de assistência farmacêutica como da Rede Farmácia de Minas quanto do “Programa Farmácia Popular do Brasil” frente aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde a fim de se avaliar a sua necessidade ou pelo menos adequação de elenco de produtos e integração entre profissionais de saúde por meio das linhas guia e diretrizes clínicas estabelecidas.

Os gestores devem buscar articular suas ações, evitando sobreposições e contraposições que levam inevitavelmente a ineficácia das ações traçadas e a ineficiência no que tange a aplicação dos recursos orçamentários definidos para a saúde no âmbito nacional.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011)

BRASIL. Decreto nº 68.806 de 25 de junho de 1971. Dispõe sobre a Criação da Central de Medicamentos - CEME.

BRASIL. Decreto nº 2.283 de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. Diário oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

BRASIL. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004 - Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004 - Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Básico. Farmácia Popular do Brasil. Ampliando o acesso aos medicamentos. Brasília, 2004.

BRASIL. Portaria GM nº 2.587 de 06 de dezembro de 2004 - Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. Brasília, 2004

BRASIL. Portaria nº 184, de 03 de fevereiro de 2011 – Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, 2011

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston, Harvard University Press, 1973.

GARCIA, Marina Morgado; GUERRA JUNIOR, Augusto Afonso; ACÚRCIO, Francisco; MACEDO, Renata Cristina. Modelos de Assistência Farmacêutica no Brasil. Programa Rede Farmácia de Minas e Programa Farmácia Popular do Brasil. Convenção Internacional de Saúde Pública, Havana, Cuba 2012.

GUERRA JUNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. A. . Acesso aos medicamentos no Brasil. In: Francisco de Assis Acurcio. (Org.). Medicamentos e assistência farmacêutica. 1ed.Belo Horizonte: Coopmed, 2003, v. 1, p. 113-124.

MINAS GERAIS. Superintendência de Assistência Farmacêutica – SAF. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano estadual de estruturação da rede de assistência farmacêutica: uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2008a

MINAS GERAIS. Resolução SES nº 1.416 de 21 de fevereiro de 2008. Institui critérios, valores e prazos para apresentação de propostas visando à concessão do incentivo financeiro para estruturação das unidades da rede estadual de Assistência Farmacêutica no âmbito da 1ª etapa do Programa Farmácia de Minas – Rede Farmácia de Minas, 2008b.

MINAS GERAIS. Resolução SES nº 1.795 de 11 de março de 2009. Institui critérios, valores e prazos para apresentação de propostas visando à concessão do incentivo financeiro para estruturação das unidades da rede estadual de Assistência Farmacêutica no âmbito da 2ª etapa do Programa Farmácia de Minas – Rede Farmácia de Minas.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 867 de 20 de julho de 2011: Pactua no âmbito do Estado de Minas Gerais o Componente Básico da Assistência Farmacêutica a ser realizado no SUS/MG e dá outras providências, 2011.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.392 de 20 de fevereiro de 2013: Pactua no âmbito do Estado de Minas Gerais o Componente Básico da Assistência Farmacêutica a ser realizado no SUS/MG e dá outras providências, 2013.

Tearfund Internacional Learning Zone. Fornecimento de medicamentos essenciais - A Iniciativa de Bamako. Disponível em <http://tilz.tearfund.org/Portugues/Passo+a+Passo+3140/Passo+a+Passo+37/Fornecimento+de+medicamentos+essenciais+-+A+Iniciativa+de+Bamako.htm>. Acesso em 16 de junho de 2013.

VIEIRA, FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010; 27(2):149–56. 1 Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento/ SE, Brasília, DF, Brasil.

ARTIGO ORIGINAL 2**Público ou Privado? Avaliação econômica para o acesso a medicamentos com financiamento do SUS**

Public or Private? Economic evaluation for access to medicines with funding from SUS

Marina Morgado Garcia¹

Augusto Afonso Guerra Junior²

Francisco de Assis Acúrcio^{2,3}

Manuscrito submetido em 12 de abril de 2014

Revista de Saúde Pública

Instituições:

1. Pós-graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Antônio Carlos, 6627. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270901
2. Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Antônio Carlos, 6627. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 31270901.
- 3 Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Minas Gerais (UFMG). Av. Alfredo Balena, 190. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130100.

RESUMO

Objetivo: Realizar uma avaliação econômica entre os programas de assistência farmacêutica Rede Farmácia de Minas Gerais- RFMG e Farmácia Popular do Brasil - FPB a fim de esclarecer qual dos modelos se apresenta como o mais eficiente. **Métodos:** Foi realizada uma avaliação econômica do tipo custo-minimização sob a perspectiva do financiador público. Para a realização da avaliação econômica foi desenvolvido um modelo que consistia em um levantamento dos custos incorridos nos dois programas até a dispensação de medicamentos aos cidadãos. Todos os custos e recursos econômicos consumidos foram coletados no período de janeiro a agosto de 2013 em leis, portarias, editais de licitação, relatórios e manuais. As incertezas do modelo proposto foram testadas para sua robustez através de análise de sensibilidade univariada e probabilística, por meio de Monte Carlo. **Resultados:** Se a população inicialmente estimada no RFMG fosse atendida em sua totalidade no PFPB, haveria um custo incremental de R\$139.324.050,19. A análise sensibilidade (Monte Carlo) mostrou-se favorável ao RFMG. Foram realizadas 10 mil simulações resultando em um valor médio de R\$ 114.053.709,99 para RFMG/SUS e de R\$ 254.106.120,65 para o programa FPB. **Conclusões:** O Brasil apresenta uma formulação avançada de políticas públicas para a saúde, inclusive na área de medicamentos e assistência farmacêutica. A ação governamental mostra fragilidades diante das forças de mercado. A Política Nacional de Medicamentos vigente enfatiza a necessidade de fortalecimento da assistência farmacêutica para além da mera aquisição e entrega do produto. O modelo público, coerente com os princípios e diretrizes do SUS se apresenta com condições mais adequadas para garantir assistência integral e universal de qualidade aos cidadãos. A avaliação econômica realizada reforça essa afirmativa, uma vez que encontrou maior eficiência na alternativa de aplicação dos recursos diretamente na rede pública.

Descritores

Saúde Pública; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Economia da Saúde; Acesso a medicamentos; Sistemas de copagamento; Privatização da Saúde; Assistência Farmacêutica.

ABSTRACT

Objective: We conducted an economic assessment of the Pharmaceutical Assistance - Rede Farmácia de Minas Gerais-RFMG and Farmácia Popular do Brasil-FPB to ascertain which of the two models stands out as the most efficient. **Method:** A cost minimization type economic assessment, from a Public Funding perspective, was carried out. To do this, a model, which consisted of a study of incurred costs in both programs, up to the dispensing of medicine to citizens, was developed. All costs and economic resources used were collected, in the period from January to August 2013, based on laws, ordinances, bidding documents, reports and manuals. The uncertainties of the proposed model were tested for their robustness through a univariate and probabilistic sensitivity analysis using the Monte Carlo method. **Results:** If the entire population initially estimated in the RFMG program were attended in the FPB program, there would be an additional cost of R\$ 139,324,050.19. The sensitivity analysis (Monte Carlo) appeared to be favorable to the RFMG Program. A total of 10 000 simulations were carried out, resulting in a median value of R\$ 114,053,709.99 for the RFMG / SUS program and R\$ 254,106,120.65 for the FPB program. **Conclusions:** Brazil has put in place advanced public health policies, including in the dispensing of medicines and pharmaceutical services. Government actions show weakness when challenged by market forces. The current National Drug Policy emphasizes the need to strengthen pharmaceutical services beyond the mere acquisition and delivery of pharmaceutical products. The public healthcare service model, consistent with the principles and guidelines of the SUS, seems to be more appropriate in ensuring complete and universal quality healthcare services to the citizens. The economic study conducted reinforces this fact, as it appears to be a more efficient alternative of the direct use of resources in the public health network.

Descriptors

Public Health, Policy, Planning and Health Administration, Health Economics, access to medicines, the copayment systems; Privatization of Health; Pharmaceutical care.

Introdução

No Brasil, o financiamento público da assistência farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, cujos recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento. Além disso, o SUS também financia tratamentos oncológicos e oftalmológicos.

Assegurar o acesso a medicamentos tornou-se uma das questões cruciais dentro das prioridades nacionais de saúde e tem se constituído em eixo norteador de políticas públicas. O desafio da viabilização do acesso dos cidadãos a medicamentos eficazes, seguros e de qualidade apresenta-se com grande relevância e elevado impacto financeiro para o setor público.

Nos últimos anos as despesas nas três esferas de governo com medicamentos vêm crescendo em ritmo mais acelerado que os outros gastos em saúde.²⁹ Em 2009, as despesas com consumo final de medicamentos no Brasil foram de 1,9% do PIB.¹² Ao se analisar os gastos com saúde (públicos e privados) constatou-se que os medicamentos foram responsáveis por cerca de 22,0%.¹²

Atualmente, a soma do gasto público e privado em saúde situa-se em torno de 8,4% do Produto Interno Bruto – PIB.²³ Estima-se que 43% das despesas sejam realizadas diretamente pelo setor público. Ao se considerar sistemas de saúde universais, como é o caso brasileiro, os valores despendidos em saúde ainda parecem estar aquém das necessidades nacionais e comparativamente inferiores ao gasto per capita de muitos países.²²

Após a queda do muro de Berlim na década de 1990 e a crise econômica que dominou os anos 1980, destacaram-se teorias econômicas liberais, originadas na Universidade de Chicago, com o economista Milton Friedman que por sua vez influenciou a formação intelectual de diversos economistas latino-americanos. As experiências supostamente bem sucedidas adotadas no Chile nos anos 1970 e 1980 estimularam instituições financeiras e organismos internacionais multilaterais baseados nos Estados Unidos, a partir dos anos 1990, a recomendar um conjunto de políticas econômicas neoliberais. Dentre os principais pontos propalados, destacam-se:

- ***Disciplina fiscal; Reforma tributária; Redução dos gastos públicos;***
- ***Privatização das estatais; Desregulamentação (afrouxamento das leis econômicas e trabalhistas);***
- ***Juros de mercado; Câmbio de mercado;***
- ***Direito à propriedade intelectual; Abertura comercial; Investimento estrangeiro direto, com eliminação de restrições;***

O Brasil desde a década de 1990 vem adotando todas estas recomendações, tendo como justificativa a aceleração do desenvolvimento econômico. A privatização de empresas e serviços públicos ainda é um dos pontos mais controversos e debatidos na sociedade brasileira. Mesmo assim, a partir de 2003, o Ministério da Saúde passou a privatizar os serviços do SUS de assistência farmacêutica para a atenção primária, por meio do credenciamento direto de farmácias privadas, o programa Farmácia Popular do Brasil (FPB).

Ainda como reflexo do pensamento liberal na Suécia, desde o final da década de 1990 se debatia a privatização da rede de farmácias públicas “*Apotheket*”. Mas foi em 2009, que o país passou a adotar medidas a fim de reduzir os custos para o Sistema Nacional de Saúde, adotando a flexibilização do monopólio estatal e a privatização das farmácias.¹¹

Paradoxalmente às políticas privatizantes adotadas no país e no mundo na última década foram criados programas e serviços públicos em assistência farmacêutica como o Programa Dose Certa, do Estado de São Paulo, o Programa Rede Farmácia de Minas (RFMG), do Estado de Minas Gerais e o Programa Farmácia da Bahia, do Estado da Bahia em 2012, que buscaram estruturar farmácias comunitárias públicas para a dispensação de medicamentos que compõem a terapêutica da atenção primária.¹⁶

Gastos em saúde cada vez mais elevados em um cenário de limitação orçamentária trazem à tona a necessidade de avaliar economicamente a melhor forma de alocação dos recursos públicos. Nesta perspectiva o dilema apresentado, após a adoção pelo país do modelo econômico liberal dos anos 1990, está centrado em avaliar a eficiência e custo após a privatização de serviços de assistência farmacêutica definidos em lei, em face da alternativa do Estado executá-los diretamente em redes públicas próprias. Até o momento, o pensamento político dominante tem sido o da privatização dos serviços públicos, sob o mote da maior qualidade e eficiência na aplicação dos recursos orçamentários.

Os programas FPB e RFGM têm como objetivo em comum permitir o acesso dos medicamentos aos usuários, por meio do financiamento com recursos orçamentários públicos.^{2,3,4,6,18,20,28} O acesso aos bens e serviços de saúde é uma expressão muito utilizada pela literatura para determinar a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder as necessidades de saúde de uma população adscrita.¹⁴ Na área farmacêutica, autores têm relatado que diversas dimensões determinam o acesso aos medicamentos nos serviços pelos usuários.¹⁶ Dentre essas, as mais relevantes são:

- **Disponibilidade:** produtos selecionados devem estar prontamente disponíveis ao usuário;

- **Acessibilidade geográfica:** os serviços, nos quais são disponibilizados os produtos devem estar localizados levando-se em conta o deslocamento habitual dos usuários;
- **Acomodação:** os serviços devem estar organizados de forma a permitir comodidade ao usuário, sem burocracia;
- **Aceitabilidade:** Os serviços devem considerar as percepções culturais dos usuários, tomando-se por base os referenciais sociais existentes;
- **Capacidade Econômica:** os bens e serviços a serem ofertados devem considerar as limitações orçamentárias dos pagadores (famílias e/ou governo) e sua capacidade em arcar com esses custos.

No Brasil, como em outros países, tem havido grande debate em torno da eficiência na prestação dos serviços públicos e sobre a composição de um mix de serviços público-privado em saúde. Uma das perspectivas defendidas seria que o SUS atuasse como comprador de serviços privados para atender às demandas de saúde da população. Em outra, que o SUS se constitua como prestador direto desses serviços de saúde para os brasileiros. Em ambos os cenários, os serviços devem ser universais e financiados com recursos públicos. Nesse contexto, o objetivo neste estudo é realizar uma avaliação econômica entre os programas de assistência farmacêutica RFMG e FPB para identificar qual dos modelos se apresenta mais eficiente para prover acesso aos medicamentos para os cidadãos, na perspectiva do financiador público (SUS). A seguir apresenta-se uma breve descrição dos dois programas avaliados.

Programa Farmácia Popular do Brasil - FPB

Em sua primeira fase (2004) o programa FPB teve como estratégia para prover acesso aos medicamentos essenciais com comercialização de produtos a baixo custo (Rede Própria). Em 2006, o programa foi revisado e passou credenciar a rede privada de farmácias e drogarias para fornecer medicamentos por regime de copagamento.^{2,3,4,6,26} Em 2013, haviam credenciadas 25.624 farmácias e drogarias privadas. Cerca de 80% da demanda foi por medicamentos para hipertensão e diabetes. No mesmo período os gastos do MS aumentaram 2,5 vezes, saltando de R\$ 763 milhões em 2011 para R\$ 1,9 bilhão de reais.⁷

Programa Rede Farmácia de Minas

O Programa Rede Farmácia de Minas foi criado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais com vistas a estruturar nos municípios serviços públicos de assistência farmacêutica, com elevado padrão de qualidade sanitária e integrado aos serviços de atenção primária.^{19,29} O principal objetivo do referido programa é o de garantir acesso a todos os medicamentos distribuídos pelo SUS para a

população. O Programa incentivou a instalação e qualificação de uma rede de farmácias comunitárias públicas nos 853 municípios de Minas Gerais.

Inicialmente, o Programa mineiro priorizou municípios com população inferior a 10.000 habitantes, o que correspondia a 57,3% das cidades do Estado. Em 2009 foram incluídas cidades com até 30.000 habitantes (78,5%) e em 2011 o programa ampliou sua cobertura para todos os municípios do Estado.

Métodos

1. Desenho de Estudo e tipo de análise

Uma avaliação econômica do tipo custo-minimização foi realizada, com a utilização de um modelo de árvore de decisão. Nesse tipo de análise, calcula-se a diferença de custos entre alternativas quando se estima que produzam resultados equivalentes. Portanto, as alternativas diferem apenas nos custos que incorrem. Como ambos os programas FPB e RFMG têm como objetivo viabilizar o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais, este trabalho assume que os medicamentos previamente selecionados pelo SUS possuem padrão de qualidade, eficácia e segurança semelhantes, uma vez que são adquiridos obrigatoriamente após serem avaliados e registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Em consonância com as Diretrizes Metodológicas para Avaliações Econômicas de Tecnologias em Saúde do Brasil,⁸ a estimativa dos custos incorridos nos dois programas até a dispensação de medicamentos aos cidadãos foi realizada em três etapas:

I) identificação dos custos relevantes à avaliação;

II) mensuração dos recursos usados e;

III) valoração dos recursos.

2. Identificação dos custos relevantes à avaliação

Na rede pública (RFMG) foram identificados os custos envolvidos até a dispensação final, classificados como:

- 1) Gestão do programa: planejamento, controle, seleção e programação;*
- 2) Aquisição: custos de aquisição que envolve o custo unitário, custo por tratamento mensal e custo do processo de aquisição;*
- 3) Operação logística: armazenamento, distribuição e transporte, custos com perdas;*
- 4) Dispensação e manutenção nas farmácias: custos associados ao funcionamento e à manutenção das farmácias, custos com perdas.*

O custo médio por dispensação na rede pública foi calculado pela razão entre a soma dos custos até a dispensação pela quantidade média de dispensações por dia e número médio de medicamentos por prescrição.

Na modalidade FPB, o SUS terceiriza a dispensação para o setor privado. O valor de ressarcimento pago pelo SUS às farmácias privadas credenciadas inclui os custos referentes às etapas de aquisição, operação logística, dispensação e manutenção das unidades. Analogamente ao programa RFMG também existem custos com a gestão do programa e perdas relativas a fraudes. Desta forma, os custos foram identificados e classificados como:

- 1) *Gestão do programa: planejamento, controle, seleção e programação;*
- 2) *Dispensação: custo unitário e custo por tratamento mensal fixado com base nos valores de ressarcimento pelo MS; custo da operação de ressarcimento; custos com perdas.*

O programa FPB também está sujeito a perdas devido ao pagamento de dispensações fraudulentas ou indevidas, conforme apontado no *Relatório de Auditoria Operacional no Programa Farmácia Popular do Brasil – Sistema de Copagamento* do Tribunal de Contas da União ¹⁰ que verificou haver faturamento de medicamentos para pessoas que nunca haviam demandado o programa ou já falecidos. Desta forma, também existe um custo associado a perdas no programa FPB, em sua etapa final de dispensação. A Figura 01 ilustra os processos de cada um dos programas avaliados.

2.1. Origem dos dados econômicos

Os recursos econômicos consumidos, inclusive medicamentos disponibilizados, foram coletados em leis, portarias, editais de licitação, relatórios e manuais produzidos pela administração pública e que descrevem os respectivos programas. Também foram consultados os valores de mercado para os custos com recursos humanos de acordo com dados da Estação de Pesquisa de Sinais do Mercado de Trabalho (EPSM). ¹⁵ O número médio de dispensações no setor público (RFMG) foi obtido diretamente no SIGAF. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a agosto de 2013.

3. Mensuração e valoração dos recursos usados

3.1. Custo unitário dos medicamentos

O custo unitário dos medicamentos na RFMG foi estabelecido pelo valor registrado pela SES/MG no último processo licitatório de aquisição realizado até dezembro de 2012.¹⁷ Para o FPB, o valor considerado foi o publicado na Portaria MS nº 971/2012 ⁶ que define os valores de referência a serem pagos às farmácias privadas por dispensação ao paciente.

Todos os fornecedores de medicamentos para consumo final devem recolher impostos no ato da venda. Assim o financiador público ao adquirir ou ressarcir o custo dos medicamentos recebe de

volta parcela do valor pago devido à carga tributária incidente sobre vendas de medicamentos no Brasil. Esta é composta por diferentes tributos e pode também variar por grupos terapêuticos e Estados da federação. Neste estudo adotou-se o valor médio de carga tributária de 26,27% (8,83% a 33,14%) para descontar os valores referentes aos custos unitários.²⁴

3.2. Custo de tratamento mensal

Os custos estimados para tratamento foram estabelecidos a partir da multiplicação do custo unitário de aquisição pela quantidade de unidades farmacêuticas necessárias para um tratamento mensal. Por sua vez, o número de unidades farmacêuticas necessárias para um tratamento foi estabelecido a partir dos parâmetros de dose diária definida (DDD) multiplicada por trinta dias para cada medicamento, de acordo com o Sistema de Classificação Anatômico-Terapêutico das Substâncias.³⁰

O custo de tratamento mensal foi ajustado para agregar os valores percentuais relativos ao custo da operação logística, custo com perdas e custo da dispensação e manutenção das unidades ou de ressarcimento, quando necessário. No Programa FPB, o custo de tratamento mensal foi calculado a partir do valor de referência e o número de unidades farmacêuticas por mês de tratamento, agregado ao custo com perdas.

3.3. Custo do Operador Logístico

O custo de operação logística foi definido com base no valor contratado por licitação efetuada pela SES/MG em 2011 para a realização dos serviços integrados de armazenagem e distribuição/transporte até as unidades de dispensação da RFMG o qual agrega valor médio de 2% sobre o custo unitário.

3.4. Custo com perdas de medicamentos

Os custos com perdas de medicamentos incluem custos relacionados com incertezas na programação, quando essas levam a uma aquisição maior que a demanda futura. Também guardam relação com problemas no armazenamento e transporte, sejam por avarias, fraudes e desvios de produtos ou expiração de validade. Os estudos na literatura sobre perdas são escassos e não apresentam estatísticas sobre o assunto no país. Todavia, a ANVISA determina que todas as empresas e instituições que atuam na cadeia do medicamento devem elaborar plano de gerenciamento de resíduos sólidos. Assim, infere-se haver perdas nos setores público e privado do país. O padrão para perdas de produtos farmacêuticos no setor público varia de 2 a 5% em unidades monetárias do volume anual movimentado, podendo chegar a 10% em situações específica.^{16, 21} Nesse estudo adotou-se o valor de 5% de perdas no RFMG e de 2% no programa FPB, considerando a possibilidade de perdas por fraude.

3.5. Custo médio mensal de dispensação e manutenção nas farmácias da RFMG do SUS/MG

Os custos médios mensais de dispensação e manutenção em farmácias da RFMG do SUS/MG foram definidos pela soma de todos os recursos gastos na produção do serviço, conforme Tabela 02. Os custos relativos ao imóvel foram valorados com base no custo do m² construído no ano de 2012 no Estado bem como no valor estimado para locação (0,5% a 0,7% do valor total do imóvel), divulgados pelo Conselho Regional de Corretores de Imóveis de Minas Gerais. Os valores de mercado referentes ao salário dos funcionários foram extraídos da base EPSM.¹⁵ Os demais custos foram levantados a partir de despesas típicas de unidades da RFMG.

O funcionamento da unidade foi parametrizado para doze horas de atendimento por dia, cinco dias por semana por 22 dias por mês. A jornada de trabalho considerada para os funcionários foi de 40 horas semanais e o tempo médio de uma dispensação adotado foi de 6 minutos. As unidades da Rede Farmácia de Minas realizam diariamente, em média, cerca de 300 dispensações resultando em 6.600 dispensações mensais. O número médio de dispensações foi extraído, da capacidade média de atendimento diária, registrada no SIGAF, multiplicado por 22 dias e dividido pelo número médio de medicamentos prescritos por paciente.

Adotou-se o valor médio de 2,2 medicamentos prescritos por paciente^{13, 27}. O custo médio mensal global (dispensação+manutenção) em farmácias da RFMG foi estimado a partir da razão entre a soma dos recursos consumidos pelo número médio de dispensações realizadas, disponível no SIGAF.

3.6. Unidades farmacêuticas solicitadas na RFMG e estimativa de gasto anual

O número de unidades farmacêuticas solicitadas no Estado de Minas Gerais ao longo do ano de 2012 foi obtido a partir do Relatório de Gestão da Superintendência de Assistência Farmacêutica – 2012.¹⁹ A partir disto, estimou-se o número de tratamentos mensais para cada medicamento no ano de 2012 e a estimativa do valor total gasto pela SES/MG para os medicamentos comuns aos dois programas.

4. Análise de sensibilidade

Para a análise de sensibilidade, buscou-se identificar os principais parâmetros sujeitos a variabilidade e incertezas em suas mensurações e valorações. Assim, foram realizadas análises univariadas dos parâmetros a fim de melhorar a confiabilidade dos resultados desta avaliação econômica. Em seguida, foram verificadas faixas plausíveis de variação dos fatores relacionados à incerteza e definidos os intervalos das medidas. Os diferentes resultados decorrentes da variação dos parâmetros selecionados foram calculados e apresentados. Além disso, as incertezas do modelo proposto foram testadas para sua robustez através de análise de sensibilidade univariada e probabilística, usando a simulação de Monte Carlo.

5. Limitações do estudo

Neste trabalho considerou-se que o acesso aos medicamentos previamente selecionados pelo SUS é o benefício que justifica a alocação dos recursos econômicos nos programas públicos de medicamentos. Sabe-se que no programa Farmácia Popular do Brasil, em alguns casos, habilita possibilidade do paciente acessar diferentes marcas, conforme prescrição médica. Na dispensação realizada pelo SUS, a prescrição é atendida com o produto disponível, resultado do certame licitatório. Potenciais diferenças terapêuticas não foram analisadas neste estudo.

Outra limitação está relacionada à gestão dos programas, onde se assumiu a equivalência de custos nas atividades de planejamento, controle, seleção, programação e aquisição (na RFMG) ou custos de operação envolvidos nos processos de pagamentos/ressarcimento pelo MS às farmácias conveniadas (no FPB). Além disso, os custos associados com propaganda e marketing dos dois programas não foram identificados e valorados.

Resultados

Medicamentos disponibilizados pelos programas

O programa FPB fornece 15 subgrupos farmacológicos, 24 medicamentos, 41 apresentações e 1 insumo na rede credenciada de farmácias e drogarias privadas. Além disso, o programa RFMG fornece na rede de farmácias comunitárias públicas dos SUS nos 853 municípios 74 subgrupos farmacológicos, 129 medicamentos, 240 apresentações e nove insumos distintos.

A Tabela 01 apresenta a relação com 22 medicamentos comuns aos dois programas, de acordo com a indicação terapêutica e sua respectiva Dose Diária Definida (DDD).

Custo estimado de uma dispensação em uma unidade da Rede Farmácia de Minas

A Tabela 02 sumariza os custos associados às despesas fixas e variáveis mensais em uma Unidade da RFMG. Os maiores custos estão associados aos recursos humanos e encargos sociais, representando 85,5% dos custos totais mensais.

O custo médio de uma dispensação foi calculado em R\$2,71, adotando-se o número médio de 2,2 medicamentos prescritos por paciente.

Custo de tratamento mensal por paciente

O cálculo dos custos de tratamento mensal incluindo as demais despesas para a produção do serviço no SUS revelou que dezessete dos 22 tratamentos são mais baratos no programa RFMG. Dos cinco medicamentos restantes, três integram o Programa Saúde da Mulher (Tabela 03).

O referido Programa está contemplado na *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* e abrange todos os Municípios, Estados e Distrito Federal.⁵ Os medicamentos e insumos deste Programa vêm sendo disponibilizados mediante aquisição centralizada no Ministério da Saúde (MS) e distribuição aos Estados, Distrito Federal e municípios, desde 2005. São disponibilizados:

- Medroxiprogesterona 150 mg/mL susp inj trimestral;
- Noretisterona 50 mg + estradiol 5 mg sol inj mensal;
- Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg/cpr;
- Noretisterona 0,35 mg/cpr.

Por sua vez, para os medicamentos hidroclorotiazida 25 mg e Levodopa 100mg + benzerazida 25mg, apresentaram custos de tratamento igual e mais baixo, respectivamente, no PFPB. Isso se explica pela inclusão das despesas para a dispensação no SUS, embora seus custos unitários de aquisição pública sejam iguais ou inferiores no RFMG.

Análise de custo minimização

A partir da estimativa de população atendida em 2012, no Estado de Minas Gerais, foi calculado o custo anual total em unidades monetárias para cada medicamento comum aos programas RFMG e FPB. Se a população inicialmente estimada no RFMG fosse atendida em sua totalidade no FPB, haveria um custo incremental de R\$ 139.324.050,19, conforme disposto na Tabela 03.

Deve-se contabilizar ainda, no custo do Programa FPB, o valor pago pelo Ministério da Saúde a Caixa Econômica Federal referente a contratação de serviços bancários para gerenciar as transações financeiras de ressarcimento as farmácias e drogarias credenciadas. Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2012 esse valor foi de R\$ 632.020,48.

Análise de sensibilidade

As análises de sensibilidade univariadas foram realizadas nas variáveis do modelo que apresentaram maior impacto potencial nos resultados: salário mensal do farmacêutico, número de dispensações por mês, número médio de medicamentos prescritos por paciente, custo unitário dos medicamentos, custo com perdas logísticas, custo com perdas por ressarcimento e carga tributária. (Tabela 04)

Na análise de sensibilidade multivariada com número médio de medicamentos prescritos por paciente versus quantidade média de dispensações mensais (Gráfico 01) observa-se maior eficiência da RFMG na medida em que há aumento do número de medicamentos prescritos e do número médio de dispensações mensais. O número de dispensações mensais foi o único parâmetro com potencial impacto no ICER, favorável ao FPB apenas no cenário em que o esse número for inferior a 2.300. Ao analisar o custo com perdas logísticas versus número médio de dispensações mensais observa-se

maior eficiência da RFMG mesmo em um cenário pouco provável de até 40% de perdas no setor público (1,02 a 1,4).

A análise de Monte Carlo mostrou-se favorável ao RFMG. Foram realizadas 10 mil simulações resultando em um valor médio de R\$ 114.053.709,99 para RFMG/SUS e de R\$ 254.106.120,65 para o programa FPB.

Discussão

No Brasil, o direito à saúde está garantido na Constituição federal de 1988 a todos os cidadãos brasileiros. Cabe ao Estado executar por meio do SUS a assistência terapêutica integral, inclusive a assistência farmacêutica. Entretanto o pleno cumprimento desse dever é dificultado pela segmentação observada atualmente na assistência farmacêutica com a separação dos medicamentos em diferentes componentes e regras de acesso no SUS, do sistema de saúde suplementar privado e, mais recentemente, do sistema de copagamento/ressarcimento do PFPB. Ademais, é usual que o cidadão necessite realizar desembolso pessoal para a compra de medicamentos. Essa situação tende a se tornar mais grave no caso de doenças crônicas, que demandam a utilização de medicamentos de forma contínua. Também devido aos altos custos dos novos tratamentos, os medicamentos podem se tornar inacessíveis para parte da população.²⁵

O debate sobre a participação do setor privado no sistema de saúde brasileiro é controverso. Por um lado, argumenta-se que essa participação aliviaria o setor público de uma carga desnecessária, seria mais eficiente e possuiria maior capacidade e velocidade de inovação. Por outro lado, a adoção de um modelo misto introduz irracionalidade na organização das ações e nos gastos, em um contexto de escassez de recursos, na medida em que pulveriza os recursos públicos em ações concomitantes ofertadas nas mesmas localidades, em farmácias privadas e públicas.^{1,10} Assim, os recursos financeiros destinados pelo Ministério da Saúde ao setor privado, via FPB, para a oferta dos 22 medicamentos aqui analisados é equivalente ao orçamento repassado ao setor público para a oferta de 129 medicamentos integrantes da Relação Estadual de Medicamentos para a atenção primária em saúde em Minas Gerais.

Um dos aspectos frequentemente mencionados com a implantação do PFPB refere-se ao incremento do acesso aos medicamentos pela população. Entretanto, a oferta desses produtos em geral não vem associada ao necessário acompanhamento farmacêutico integrado ao serviço de saúde. No modelo tradicional, que foi adotado pelo programa, a farmácia comercial tem sua remuneração baseada em um percentual do valor dos medicamentos dispensados. Entretanto a disponibilidade dos medicamentos, embora seja fundamental, não implica em qualidade na sua utilização e consequente

efetividade. Por sua vez, farmácias pertencentes ao sistema público de saúde possuem como diretriz a integralidade da atenção, em uma perspectiva multidisciplinar, o que muitas vezes representa recomendar aos prescritores e pacientes terapêuticas não farmacológicas, substituição de tratamentos e até mesmo a suspensão do uso quando desnecessário. Medidas que no setor privado significam redução no faturamento e, portanto estão economicamente desincentivadas. Destarte, a garantia de acesso é fundamental desde que aos medicamentos considerados essenciais e com o devido acompanhamento farmacoterapêutico.

Os resultados apresentados nesse estudo são robustos ao demonstrarem dominância econômica da assistência farmacêutica prestada pelas farmácias do SUS quando comparadas com o atual modelo de terceirização desses serviços para farmácias privadas. Na modelagem econômica realizada observou-se que os estabelecimentos públicos passam a ser dominados pelos privados, apenas quando realizam uma quantidade de atendimentos inferior a 2.300 dispensações mensais. Isso coloca o desafio da adequada organização das ações para a utilização da capacidade instalada nas farmácias públicas. Também cabe ressaltar que, apesar de não ter sido objeto desse estudo, compromete igualmente o acesso eventuais falhas de abastecimento que resultam em indisponibilidade de produtos para a população. O enfrentamento dessas situações se relaciona ao volume de recursos orçamentários disponibilizados para aquisição de produtos e à qualidade da estrutura e das operações logísticas adotadas.

Destaca-se ainda que esta avaliação econômica foi realizada levando em consideração os recursos financeiros necessários para garantir provimento de serviços farmacêuticos com alto padrão de qualidade no âmbito do SUS. Portanto, os valores utilizados no modelo para o setor público se referem a um padrão de qualidade muito superior à situação de precariedade encontrada em muitas unidades públicas de saúde.

Considerações finais

O Brasil apresenta uma formulação avançada de políticas públicas para a saúde, inclusive na área da assistência farmacêutica. Entretanto a ação governamental, que deve cumprir a garantia constitucional do direito à saúde, mostra fragilidades diante das forças de mercado. A Política Nacional de Medicamentos enfatiza a necessidade de fortalecimento da assistência farmacêutica para além da mera aquisição e entrega do produto. Como demonstrado na análise de sensibilidade a vantagem econômica no setor público está diretamente relacionado à sua capacidade de atendimento de pacientes. O que demanda atenção é a baixa produtividade das unidades, que afeta diretamente o custo médio dos serviços prestados, podendo inverter os resultados. O investimento em um modelo

público integrado com os princípios e diretrizes do SUS se apresenta em condições adequadas para garantir assistência farmacêutica integral e universal de qualidade aos cidadãos usuários do sistema. A avaliação econômica realizada reforça essa afirmativa, uma vez que encontrou maior eficiência na alternativa de aplicação dos recursos diretamente na rede pública.

Referências

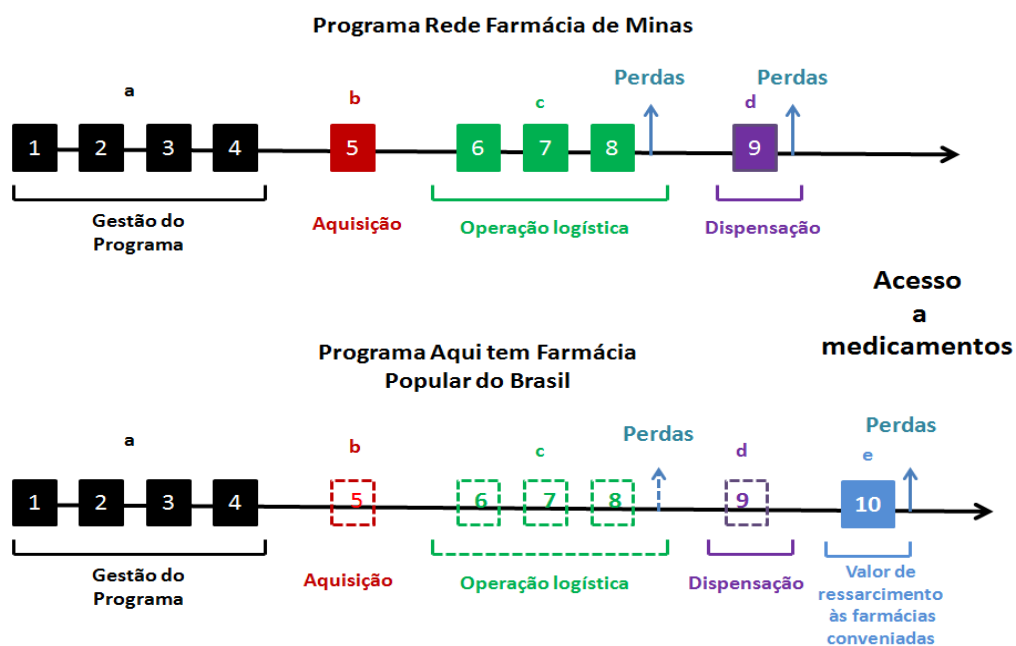
1. BAHIA, L. *A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação*. In.: *Gestão Pública e Relação Público Privada na Saúde*/ Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (org) – Rio de Janeiro: CEBES, 2011
2. BRASIL. *Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004* - Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília, 2004a
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Básico. Farmácia Popular do Brasil. Ampliando o acesso aos medicamentos*. Brasília, 2004b.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.587 de 06 de dezembro de 2004 - Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 971 de 15 de maio de 2012*. - Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Farmácia Popular do Brasil Saúde Não Tem Preço beneficia 14 milhões de pessoas no país*. Publicado em 14 de fevereiro de 2013. Disponível em www.saude.gov.br.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Diretrizes Metodológicas: estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

9. BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Programa Farmácia Popular: sistema de copagamento* / Tribunal de Contas da União; Ministro Relator: José Jorge de Vasconcelos Lima. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. 64 p.: il. (Relatório de auditoria operacional)
10. CARVALHO, G. *Avaliação do atual modelo da gestão pública do SUS quanto ao financiamento público da saúde*. In.: *Gestão Pública e Relação Público Privada na Saúde*/ Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (organizadores) – Rio de Janeiro: CEBES, 2011
11. CLARA, F. *Changes in market: A case of Apoteket Internacional AB and its Efforts to respond to market liberalization*. University of Gothenburg: School of Business, Economics and Law. Master degree Project nº 2011:49.
12. CONTA-SATÉLITE de saúde: Brasil 2007-2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 104 p. (Contas nacionais, n. 37). Disponível em: http://www.who.int/nha/country/bra/brasil_satellite_accts_2007-2009.pdf
13. CUNHA, M; ZORZATTO, J, CASTRO, L. *Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS*. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences vol. 38, n. 2, abr./jun., 2002.
14. DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston, Harvard University Press, 1973.
15. ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO – EPSM/NESCON/Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm3/Rais_Tabela5_2011.aspx
16. GUERRA JÚNIOR, A & ACÚRCIO, F. Políticas de Medicamentos e Assistência Farmacêutica In *Medicamentos: Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia* / Francisco de Assis Acúrcio (org). Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

17. MINAS GERAIS. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 867 de 20 de julho de 2011*: Pactua no âmbito do Estado de Minas Gerais o Componente Básico da Assistência Farmacêutica a ser realizado no SUS/MG e dá outras providências, 2011.
18. MINAS GERAIS. Resolução SES nº 1.416 de 21 de fevereiro de 2008 e atualizações.
19. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório de Gestão 2012. Farmácia de Minas*. Janeiro de 2013
20. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica. *Relação de medicamentos do Estado de Minas Gerais / Secretaria de Estado de Saúde*. Superintendência de Assistência Farmacêutica . Belo Horizonte: 2009. 120 p.
21. MSH. Management Sciences for Health. *Managing drug supply: the selection, procurement distribution, and use of pharmaceuticals*. 2 ed. Rev Expand West Hartford: Kumarian Press for MSH/WHO, 1997. 816p.
22. OLIVEIRA, M. A. Org. *Direito Sanitário: Oportuna discussão via coletânea de textos do 'blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania'*. 1. ed. ANVISA, CONASEMS, CONASS. Brasília: 2012.
23. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2010: Financiamento dos Sistemas de Saúde*. Disponível em <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>
24. PERILLO, E.; AMORIM, M. C. S.; BRITO, A. *Tributos e Medicamentos*. 1 edição. São Paulo: Interfarma, 2012.
25. SANTOS-PINTO, C; MIRANDA, E; EMMERICK, I; COSTA, N and OSORIO-DE-CASTRO, C. *Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil*. Revista de Saúde Pública. 2010.
26. SANTOS-PINTO,C; COSTA, N and OSORIO-DE-CASTRO, C. *Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011, vol.16, n.6, pp. 2963-2973.

27. SANTOS, V & NITRINI, S. *Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde*. Revista de Saúde Pública. 2004; 38 (6). pp 819-826.
28. SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – SAF. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Plano estadual de estruturação da rede de assistência farmacêutica: uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2008.
29. VIEIRA, Fabiola Sulpino. *Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007*. Rev. Saúde Pública vol.43 nº.4 São Paulo. ago. 2009.
30. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013.

Figura 01: Etapas envolvidas para viabilização do acesso aos medicamentos com recursos públicos pelos programas avaliados: rede pública de farmácias do SUS (RFMG) versus terceirização por farmácias privadas para dispensação dos medicamentos (FPB):



LEGENDA		
—	Atividade	sob
— — — —	responsabilidade do SUS	
- - - - -	Atividade	sob
- - - - -	responsabilidade do setor privado	

Tabela 01: Relação de medicamentos constantes em ambos os programas e sua respectiva classe terapêutica

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA	MEDICAMENTOS	DDD (MG)
Asma	Beclometasona; Dipropionato 250 mcg aerossol oral	0,8
	Beclometasona; Dipropionato 50 mcg suspensão nasal	0,8
	Salbutamol; Sulfato 100 mcg aerossol	0,8
Contraceptivos	Levonorgestrel + Etinilestradiol; 0,15mg +0,03 mg cpr	-
	Medroxiprogesterona; Acetato 150 mg/ml susp inj	1,67
	Noretisterona; 0,35 mg cpr	-
	Noretisterona enantato + estradiol valerato;50mg/ml + 5mg/ml inj	-
Diabetes		
Hipoglicemiante oral	Glibenclamida; 5 mg cpr	10
	Metformina; cloridrato 850 mg cpr	2000
Insulinas*	Insulina humana NPH; 100 UI/ml 3 mL	40
	Insulina humana regular; 100 UI/ml 10 mL	40
Doenças Cardiovasculares		
Anti-hipertensivos	Enalapril; maleato 10 mg cpr	10
	Propranolol; cloridrato 40 mg cpr	160
	Hidroclorotiazida; 25 mg cpr	25
	Losartana; potássica 50 mg cpr revestido	50
	Captopril; 25 mg cpr	50
Hipolipemiante	Sinvastatina; 10mg cpr	30
	Sinvastatina; 40mg cpr	30
Doença de Parkinson	Levodopa; Benzerazida; cloridrato 100 mg +25mg cpr	600
	Levodopa+Carbidopa; 250mg + 25 mg cpr	600
Glaucoma	Timolol; maleato 5 mg/ml sol oftálmica	-
Osteoporose	Alendronato; sódio 70 mg cpr	10

Notas: *DDD em U

Para os itens . Levonorgestrel + Etinilestradiol; 0,15mg +0,03 mg, Noretisterona; 0,35 mg, Noretisterona enantato + estradiol valerato;50mg/ml + 5mg/ml inj e Timolol; maleato 5 mg/ml sol oftálmica por não estar disponível a DDD no ATC/DDD, utilizou-se para o cálculo a informação da posologia máxima diária de cada um dos medicamentos, disponível em bula.

Tabela 02: Despesas mensais para o funcionamento de uma Unidade da Rede Farmácia de Minas

ITEM	PARÂMETRO	QTDE (a)	CUSTO UNITÁRIO MENSAL (R\$) (b)	CUSTO MENSAL TOTAL (R\$) (a*b)	% DO ITEM	% DO TOTAL
Recursos Humanos (RH)	Farmacêutico ¹	2	3.455,90	6.911,80	36,8%	17,6%
	Atendente - Técnico de Farmácia ¹	6	1.832,48	10.994,88	58,6%	27,9%
	Capacitação/Treinamento	8	106,62	852,96	4,5%	2,2%
Subtotal recursos humanos				18.759,64	100,0%	47,6%
Encargos sociais	13º salário (9,75%)	1	1.388,57	1.388,57	11,4%	4,4%
	Férias (+1/3 das férias) (13,00%)	1	1.851,42	1.851,42	15,2%	5,9%
	INSS, FGTS e alimentação (57,00%)	1	8.117,78	8.117,78	66,8%	25,9%
	Vale-transporte ²	8	116,60	932,80	6,1%	2,4%
	Benefícios (uniformes)	8	100,00	66,67	0,4%	0,2%
Subtotal encargos sociais RH				15.280,04	100,0%	38,8%
Materiais de consumo	Serviços gerais, materiais de higiene e limpeza	1	500,00	500,00	62,5%	1,3%
	Materiais de consumo	1	300,00	300,00	37,5%	0,8%
Subtotal materiais de consumo				800,00	100,0%	2,0%
Serviços	Telecomunicações (internet/telefone)	1	150,00	150,00	15,3%	0,4%
	Manutenção corretiva e evolutiva do software ³	1	70,00	70,00	7,1%	0,2%
	Água e energia elétrica	1	250,00	250,00	25,4%	0,6%
	Descarte de resíduos ⁴		512,95	512,95	52,2%	1,3%
Subtotal serviços				982,95	100,0%	2,5%
Imóvel	Imóvel comercial ⁵	1	2.222,40	2.222,40	77,0%	5,6%
	Manutenção predial (4%)		665,00	665,00	23,0%	1,7%
Subtotal imóvel				2.887,40	100,0%	7,3%
Mobiliário e equipamentos	Manutenção dos equipamentos (5%)		250,00	250,00	37,5%	0,6%
	Depreciação do mobiliário e equipamentos	1	416,67	416,67	62,5%	1,1%
Subtotal mobiliário e equipamentos				666,67	100,0%	1,7%
Total				39.376,70		100%

Notas: ¹Fonte: RAIS – Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFGM. ; ²Valor de passagem: ida e volta de ônibus para o município de Belo Horizonte; ³Valor calculado a partir do contrato da SES-MG para manutenção e desenvolvimento do SIGAF; ⁴Fonte Processo licitatório realizado pela FHEMIG e Relatório de Contratos Secretaria de Controladoria Geral do Estado do Pernambuco; ⁵Fonte: Conselho Regional de Corretores de Imóveis – CRECI-MG

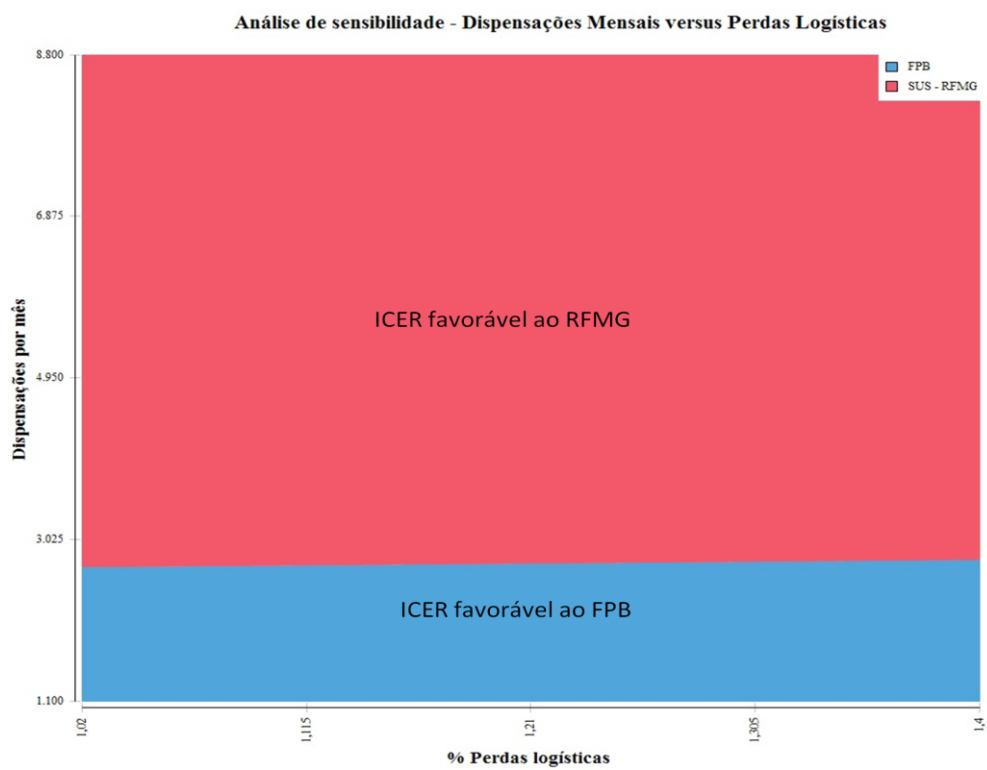
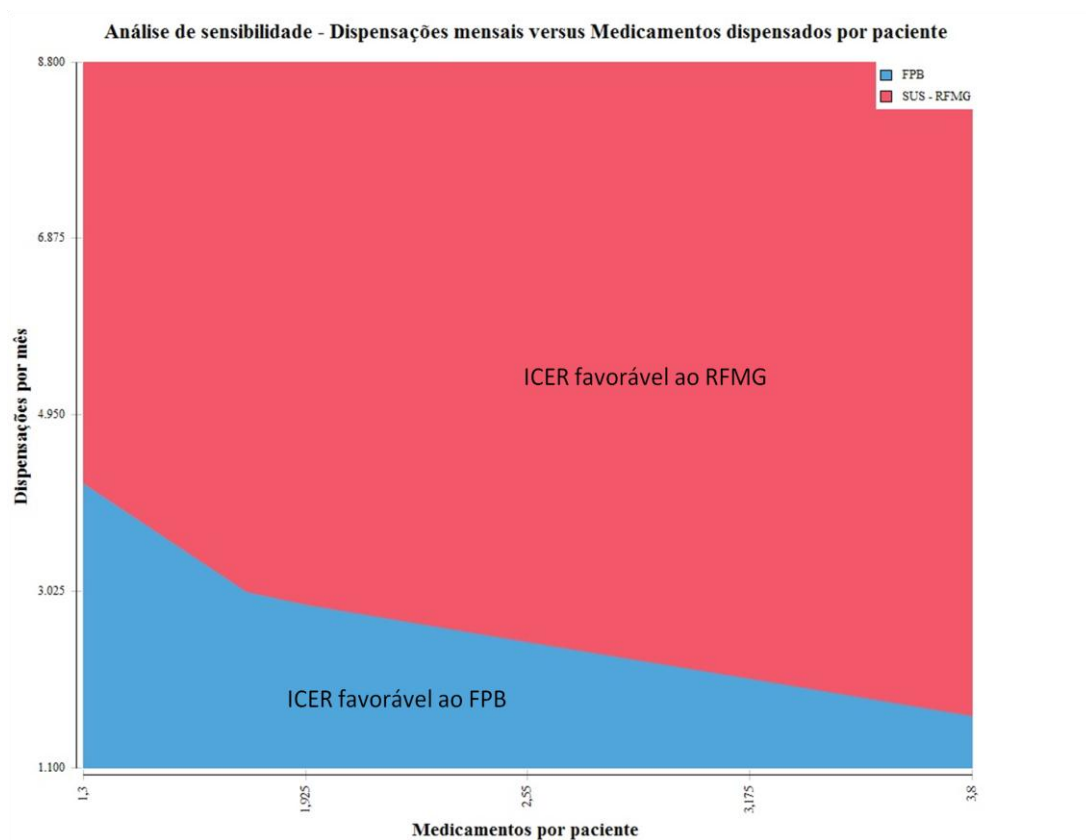
Tabela 03: Análise de custo minimização por medicamento e estimativa de gasto anual nos dois programas: RFMG e PFPB

MEDICAMENTO	Tratamento (ano)	RFMG				FPB				FPB x RFMG		
		Vr unitário (a) R\$	Custo tto mensal por paciente R\$	Custo tto mes paciente ajustado (b) R\$	Custo Total (c) (R\$)	Vr de referência unitário (d) R\$	Custo tto mes por paciente R\$	Custo tto mes por paciente ajustado(e) R\$	Custo Total (f) (R\$)	Δ Valor Unitario Aquisição =(d-a)/d	Δ Custo Tto mensal ajustado =(e-b)/e	Custo Incremental Δ=(f-c)
Insulina humana NPH; 100 UI/ml 3 mL	655.522	4,5800	13,5073	17,1783	11.260.717,20	26,55	78,3013	79,8673	52.354.742,56	82,8%	78,5%	41.094.025,36
Captopril; 25 mg cpr	3.496.121	0,0093	0,4101	3,1511	11.016.614,46	0,28	12,3866	12,6344	44.171.293,96	96,7%	75,1%	33.154.679,50
Losartana; potássica 50 mg cpr ver	4.512.958	0,0279	0,6171	3,3728	15.221.440,53	0,32	7,0781	7,2196	32.581.941,72	91,3%	53,3%	17.360.501,19
Sinvastatina; 40mg cpr	1.212.782	0,0902	1,4964	4,3145	5.232.529,32	0,89	14,7644	15,0597	18.264.155,39	89,9%	71,4%	13.031.626,07
Sinvastatina; 10mg cpr	1.118.485	0,0378	2,5076	5,3976	6.037.097,18	0,23	15,2621	15,5674	17.411.848,20	83,6%	65,3%	11.374.751,02
Enalapril; maleato 10 mg cpr	1.576.560	0,0151	0,3336	3,0691	4.838.669,33	0,39	8,6264	8,7989	13.872.054,01	96,1%	65,1%	9.033.384,68
Metformina; cloridrato 850 mg cpr	1.365.689	0,033	1,7175	4,5513	6.215.673,93	0,16	8,3272	8,4937	11.599.746,42	79,4%	46,4%	5.384.072,49
Salbutamol; Sulfato 100 mcg aerossol	301.599	0,01	1,7695	4,6071	1.389.482,48	0,1	17,6952	18,0491	5.443.594,73	90,0%	74,5%	4.054.112,24
Insulina humana regular; 100 UI/ml 10 mL	258.259	9	7,9628	11,2401	2.902.857,79	26,55	23,4904	23,9602	6.187.937,56	66,1%	53,1%	3.285.079,77
Propranolol; cloridrato 40 mg cpr	854.170	0,009	0,7981	3,5666	3.046.490,57	0,08	7,0781	7,2196	6.166.800,66	88,7%	50,6%	3.120.310,10
Alendronato; sódio 70 mg cpr	358.114	0,2452	0,7749	3,5418	1.268.358,64	3,37	10,6487	10,8617	3.889.728,65	92,7%	67,4%	2.621.370,01
Glibenclamida; 5 mg cpr	1.155.875	0,0092	0,4063	3,147	3.637.564,07	0,12	5,3086	5,4147	6.258.752,43	92,4%	41,9%	2.621.188,36
Noretisterona + estradiol; 50mg+5/mL sol inj	784.260	3,05	2,2488	5,1203	4.015.663,36	10,17	7,4983	7,6483	5.998.261,89	70,0%	33,1%	1.982.598,53
Beclometasona; 250 mcg aerossol oral	274.185	0,085	6,0164	9,1554	2.510.283,84	0,15	10,6171	10,8295	2.969.280,66	43,3%	15,5%	458.996,82
Beclometasona; 50 mcg susp nasal	51.725	0,095	33,6209	38,7199	2.002.800,72	0,13	46,0075	46,9277	2.427.353,30	26,9%	17,5%	424.552,58
Levodopa+Carbidopa; 250mg + 25 mg cpr	21.491	0,159	8,4406	11,7518	252.562,24	0,58	30,7896	31,4054	674.946,54	72,6%	62,6%	422.384,30
Timolol; 5 mg/mL sol oftálmica	98.604	0,196	0,8671	3,6405	358.970,50	0,86	3,8045	3,8806	382.639,12	77,2%	6,2%	23.668,62
Levodopa+Benzerazida; 100 mg +25 mg cpr	7.249	0,99	131,3869	143,4272	1.039.660,10	1,05	139,3497	142,1367	1.030.305,46	5,7%	-0,9%	-9.354,64
Noretisterona; 0,35 mg cpr	187.963	0,0583	1,2893	4,0928	769.285,30	0,1274	2,8186	2,875	540.384,04	54,3%	-42,4%	-228.901,26
Levonorgestrel + Etinilestradiol; 0,15+0,03 mg cpr	1.949.218	0,0191	0,295	3,0278	5.901.827,35	0,1795	2,7796	2,8352	5.526.330,54	89,4%	-6,8%	-375.496,80
Medroxiprogesterona; 150 mg/ml susp inj	902.284	7	1,7238	4,5581	4.112.695,39	11,12	2,7384	2,7932	2.520.223,89	37,1%	-63,2%	-1.592.471,51
Hidroclorotiazida; 25 mg cpr	7.220.275	0,008	0,177	2,9014	20.948.976,68	0,08	1,7695	1,8049	13.031.949,44	90,0%	-60,8%	-7.917.027,24
Custo Total					113.980.220,98				253.304.271,17			139.324.050,19

Tabela 04: Análise de sensibilidade univariada dos parâmetros

PARÂMETRO	VALOR BASE	INTERVALO	ICER (FPB - RFMG/SUS) R\$
Salário mensal por Farmacêutico (R\$)	3.455,90	(990,00 – 5.921,24)	(156.636.856,12 ; 122.011.263,31)
Quantidade de Dispensações por mês	6.600	(1.100 – 8.800)	(-245.268.232,22 ; 158.553.674,31)
Quantidade de Medicamentos por Paciente	2,20	(1,30 – 3,80)	(86.072.819,29 ; 171.710.779,04)
Coeficiente de variação do Custo Unitário	1,00	(0,35 – 1,65)	(163.414.165,30 ; 115.233.954,13)
Coeficiente de Perdas Logísticas	1,05	(1,02 – 1,40)	(140.382.965,46 ; 126.970.159,42)
Coeficiente de Perdas no Ressarcimento	1,02	(1,005 – 1,05)	(135.598.997,67 ; 146.774.183,80)
Coeficiente de Carga Tributária	0,2627	(0,0883 – 0,3314)	(190.473.788,67 ; 119.175.055,25)

Gráfico 01: Análise de sensibilidade multivariada dos parâmetros escolhidos



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do Brasil apresentar uma formulação avançada de políticas públicas para a saúde, inclusive na área da assistência farmacêutica, a ação governamental, mostra algumas fragilidades diante das forças de mercado.

O objetivo principal do país deve ser o de evitar sobreposições e contraposições que levam inevitavelmente a ineficácia das ações traçadas e a ineficiência no que tange a aplicação dos recursos orçamentários definidos para a saúde no âmbito nacional.

Os resultados encontrados no artigo 1 apontam para a necessidade de realização de estudos complementares que avaliem e discutam sobre o financiamento e a disponibilidade de medicamentos na rede pública, conforme proposto e apresentado no artigo 02 desta dissertação.

Os resultados encontrados no artigo 2 mostram a maior eficiência na alternativa de aplicação dos recursos diretamente na rede pública quando comparada a terceirização dos serviços farmacêuticos pelo setor privado.

A Política Nacional de Medicamentos enfatiza a necessidade de fortalecimento da assistência farmacêutica para além da mera aquisição e entrega do produto. Como também demonstrado no artigo 2, a vantagem econômica no setor público está diretamente relacionado à sua capacidade de atendimento de pacientes.

Nesse sentido, o investimento em um modelo público integrado com os princípios e diretrizes do SUS, se apresenta em condições adequadas para garantir assistência farmacêutica integral e universal de qualidade aos cidadãos usuários do sistema.

É importante destacar que para a realização dessa dissertação, considerou que o benefício dos programas FPB e RFMG para os usuários é o mesmo, mesmo considerando a possibilidade de disponibilização de marcas e tipos de medicamentos distintos entre as unidades em questão, tais como medicamentos genéricos, similares e de marca, já que se partiu do pressuposto que, uma vez autorizado para comercialização pelo órgão competente - ANVISA, os medicamentos apresentam efetividade e qualidade garantida. Os estudos publicados sobre o assunto se limitam a avaliação de

bioequivalência não havendo publicações que avaliem a capacidade de cura, como por exemplo, entre um medicamento genérico e um medicamento similar. Além disso, no presente trabalho não foi avaliada a possibilidade de potenciais diferenças no que tange ao acesso dos medicamentos pela população nos dois programas, tais como comodidade, disponibilidade e acessibilidade geográfica.

Destaca-se ainda que este trabalho foi realizado levando em consideração os recursos financeiros necessários para garantir provimento de serviços farmacêuticos com alto padrão de qualidade no âmbito do SUS. Dessa forma, os valores utilizados para o setor público se referem a um padrão de qualidade muito superior à situação atual encontrada em muitas unidades de dispensação de medicamentos.

Considerando ainda que é direito de toda a população, à assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica, torna-se fundamental o desenvolvimento de ações que visam a contenção de custos crescentes e mais eficiência no SUS, mantendo a qualidade e a segurança dos produtos e serviços disponibilizados. Assim, uma avaliação da atual política nacional da assistência farmacêutica cujo foco vem sendo na terceirização dos serviços farmacêuticos, torna-se necessária.

ANEXO A: Certificado de apresentação oral na Convenção Internacional de Salud Publica


Cuba Salud 2012
 CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA
 "Por la salud y el bienestar de todos"
 Del 3 al 7 de Diciembre de 2012



CERTIFICADO

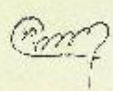
2002- MODELOS DE ASISTENCIA FARMACÉUTICA NO BRASIL: PROGRAMA REDE FARMÁCIA DE MINAS L
 PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL.

A: Genara Meryna Morgado Guerra Junior Augusto Adriano, Acunio Francisco de Assis, Marcela Romulo Cristina Rosado

Por su participación en calidad de:

Intervención Especial ☐	Tema Libre ☒	Coordinador ☐
Conferencia ☐	Virtual ☐	Presidente de Sesión ☐
Mesa Redonda ☐	Taller ☐	Vocal de Sesión ☐

Dado en la Habana, Cuba a los 4 días del mes de Diciembre de 2012.


Dr.C. Pastor Castell Florit-Serrate
 Comité Científico



Dictamen No.: 080/12 Otorga: 2 Créditos: 2 Firma autorizada: [Firma]

ANEXO C: Comprovante de submissão de manuscrito no periódico Revista de Saúde Pública


Prezado(a) Senhor(a) Marina Morgado Garcia, Acusamos o recebimento do artigo "Público ou Privado? Avaliação econômica para o acesso a medicamentos com financiamento do SUS", enviado para análise na Revista de Saúde Pública, com vista a possível publicação. O artigo está registrado sob o protocolo nº 5479. Para acompanhar o processo de avaliação, acesse o endereço www.rsp.fsp.usp.br Atenciosamente, Secretaria RSP