

Revista da CGU

Brasília • Volume 9 • Nº 15 • Jul/Dez 2017



Ministério da Transparência e
Controladoria-Geral da União

Revista da CGU

Brasília • Volume 9 • Nº 15 • Jul/Dez 2017

Ministério da Transparência e
Controladoria-Geral da União

Wagner de Campos Rosário

Ministro Substituto da Transparência e Controladoria-Geral da União

José Marcelo Castro de Carvalho

Secretário-Executivo Substituto

Antônio Carlos Bezerra Leonel

Secretário Federal de Controle Interno

Antônio Carlos Vasconcellos Nóbrega

Corregedor-Geral da União

Gilberto Waller Júnior

Ouvidor-Geral da União

Claudia Taya

Secretária de Transparência e Prevenção da Corrupção

Revista da CGU / Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Semestral

https://ojs.cgu.gov.br/index.php/Revista_da_CGU/index

ISSN: 1981-674X

I. Administração. Administração Pública. Controladoria Aplicada ao Setor Público.

Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Setor de Autarquias Sul (SAS), Quadra 01, Bloco A, Edifício Darcy Ribeiro.

CEP: 70070-905 - Brasília/DF

Telefone: (61)2020-6826

E-mail: revista@cgu.gov.br

www.cgu.gov.br

Revista da CGU

É uma publicação semestral voltada à divulgação de artigos científicos inéditos, resultantes de pesquisas e estudos independentes sobre a atuação do Poder Público nas áreas de: controle interno, correição, transparência, participação social, ouvidoria e enfrentamento à corrupção.

Equipe Técnica

Conselheiros

Dr. Alcides Costa Vaz - UnB
Dra. Aline Gazola Hellmann - UFGS
Dr. Andityas Soares de Moura Costa Matos - UFMG
Dr. Antônio Carlos Lessa - UnB
Dr. Bruno Amaral Machado - UniCEUB/IDP
Dra. Cecília Olivieri - USP
Dr. César Augusto Tibúrcio Silva - UnB
Dr. Dawisson Elvécio Belém Lopes - UFMG
Dr. Ivan Ricardo Gartner - UnB
Dra. Janaína Lima Penalva da Silva - UnB
Dr. José Célio Silveira Andrade - UFBA
Dr. José Eduardo Elias Romão - IPEA
Dr. José Matias-Pereira - UnB
Dr. Luciano da Ros - UFRGS
Dr. Marcelo Stopanovski - Conjur
Dr. Marco Cepik - UFRGS
Dra. Maria Helena de Castro Santos - UnB
Dra. Marta Macedo Kerr Pinheiro - UFMG/FUMEC
Dr. Max Cirino de Mattos - UNA
Dr. Oswaldo Dehon Roque Reis - IBMEC/UNA/CEDIN
Dra. Paula Veiga - Universidade de Coimbra
Dr. Robert Gregory Michener - FGV
Dr. Rubens Pinto Lyra - UFPB
Dr. Saulo de Oliveira Pinto Coelho - UFG

Corpo Editorial Científico

M. Sc. Vítor César Silva Xavier,
Editor-chefe
M. Sc. Augusto César Feitosa Pinto
Ferreira, editor
M. Sc. Érica Bezerra Queiroz Ribeiro,
editora
Dr. Giovanni Pacelli Carvalho Lustosa
da Costa, editor
M. Sc. Luiza Galiazzi Schneider, editora
M. Sc. Rodrigo Fontenelle de Araújo
Miranda, editor

Projeto Gráfico, capa e diagramação

Anne Nogueira Hernandez
Guilherme Guimarães Fortuna

Revisor Geral

M. Sc. Marcio Camargo Cunha Filho

Pareceristas

Adila Maria Taveira de Lima - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Amauri Pezzuto Júnior - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Ana Luiza Melo Aranha - Universidade Federal de Minas Gerais

Anderson Roberto Pires e Silva - Universidade Federal do Pará

Antonio Duarte de Lima Júnior - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Bruno Dantas Faria Affonso - Universidade Federal Fluminense

Bruno Jorge Fagali - Universidade de São Paulo

Carlos Alexandre Nascimento Wanderley - Centro de Controle Interno da Marinha

Carlos Roberto Ruchiga Corrêa Filho - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Christiano Braga Lopes - SENAC-AL

Claudia Cappelli - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Cristiano Coimbra de Souza - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Daniel Adriano Ortiz Soares - Serviço Social do Comércio

Danielle Costa de Moura - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Demethrius Pereira Lucena de Oliveira - Controladoria Geral do Município de Marituba

Dyleny Teixeira Alves Silva - Ministério do Esporte

Enzio Eichhorst de Mattos - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Fábio Lopes Soares - FGV - Fundação Getúlio Vargas

Felipe Fernandes Ribeiro Maia - Milton Campos

Flávio Sérgio Rezende Nunes de Souza - Marinha do Brasil

Fúlvio Eduardo Fonseca - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Gabriel Aragão Wright - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Gills Vilar-Lopes - Universidade Federal de Rondônia

Gilmara Mendes da Costa Borges - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Gladstone Avelino Britto - Universidade Federal de Mato Grosso

Gustavo Terra Elias – **Tribunal de Contas de Minas Gerais**

Heidi Caroline Lein - Fundação De Desenvolvimento Da Pesquisa - FUNDEP

Isolda Lins Ribeiro - Initia Via

Jane Aurelina Temóteo de Queiroz Elias - Ministério da Saúde

João Guilherme de Souza Porto - Faculdades Arnaldo Janssen

Joeldson Ferreira Guedes - Universidade do Estado da Bahia

José Antonio Gouvêa Galhardo - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Juliana Oliveira Nascimento - Academia Brasileira de Direito Constitucional

Laura Letsch Soares - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Leonino Gomes Rocha - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Li Chong Lee Bacelar de Castro - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Liliane de Paiva Nascimento - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Loiva Mara de Oliveira Machado - Universidade Federal do Pampa

Luciana Cristina Salles – **Tribunal Regional Federal da 3a Região**

Ludmila Melo Souza - Universidade de São Paulo

Luís Augusto Damasceno Melo - FURNAS S.A.

Luis Vicente Bernardi Pereira - FEAD

Luiz Medeiros de Araújo Neto - Universidade de Brasília

Maíra Luísa Milani de Lima - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Márcia Lopes Rodrigues de Souza - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Marcus Vinícius de Azevedo Braga - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Maria Amália da Costa Bairral - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Maria Moro - Prefeitura Municipal de Uberlândia/MG

Nilo Cruz Neto - Universidade Federal do Maranhão

Olavo Venturim Caldas - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Orlando Vieira de Castro Júnior - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Raimer Rodrigues Rezende - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Raylla Neves Araújo - Conselho Nacional de Justiça

Renata Mendes de Araújo - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Ricardo Plácido Ribeiro - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Rodrigo Piquet Saboia de Mello - Museu do Índio/Fundação Nacional do Índio

Romualdo Anselmo dos Santos - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Rossana Ingrid Jansen dos Santos - Tribunal de Contas do Maranhão

Simone Auxiliadora Borges Oliveira - Fundação Oswaldo Cruz

Simone Cristine Araújo Lopes - UFJF

Taiana Fortunato Araujo - Inmetro

Temístocles Murilo Oliveira Júnior - Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União

Vanessa Oliveira de Queiroz - Pesquisadora

Vladimir Pinto Coelho Feijó - IBMEC

Victor Godeiro de Medeiros Lima - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Índice

O teste de integridade dos agentes públicos como ferramenta de combate à corrupção: validade e efetividade

The integrity test for public agents as a tool to combat corruption: validity and effectiveness

Almerinda Alves de Oliveira

619

Corrupção e Pensamento Social Brasileiro: Abordagens e Críticas a Partir das Interpretações de Sérgio Buarque de Holanda e Raymundo Faoro

Corruption and Brazilian Social Thinking: Approaches and Critics from the Interpretations of Sérgio Buarque de Holanda and Raymundo Faoro

*Anna Carolina de Oliveira Azevedo
Rômulo Magalhães Fernandes*

643

O modelo de três linhas de defesa para uma gestão eficaz de riscos no âmbito do Poder Executivo do Estado do Espírito Santo

The three-line defense model for effective risk management within the Executive Branch of the State of Espírito Santo

*Frederico Pinto de Souza
Fabiano da Rocha Louzada*

659

Risco Bottom Up: Uma reflexão sobre o desafio da implementação da gestão de riscos no setor público brasileiro

Bottom Up Risk: A reflection on the challenge of implementing risk management in the Brazilian public sector

Marcus Vinicius de Azevedo Braga

682

Economicidade na Assistência Farmacêutica Básica: Uma Comparação dos custos do Programa de Assistência Farmacêutica Básica e do Programa Farmácia Popular do Brasil em Alagoas

Economicity in Basic Pharmaceutical Assistance: A Comparison of the Costs of the Basic Pharmaceutical Assistance Program and the Popular Pharmacy Program of Brazil in Alagoas

*Nilson Nogueira de Andrade
Antônio Francisco de Almeida da Silva Júnior*

700

Apresentação

É com satisfação que apresentamos a 15ª edição da Revista da CGU (jul.-dez. 2017). Em especial, esta publicação consagra o caráter multidisciplinar do periódico, construído a cada número pela variedade temática publicada e recentemente reconhecido pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (ISSN) a pedido da Controladoria-Geral da União (CGU).

Conforme disposto no sítio eletrônico <https://ojs.cgu.gov.br>, a Política Editorial, embora englobe diversas áreas do conhecimento, mantém uma preferência por artigos que se vinculem aos temas de controle interno, correição, transparência, participação social, ouvidoria, melhoria da gestão e enfrentamento à corrupção. A Revista seleciona artigos pelo sistema duplo cego que aprofundem temas bem delimitados, com problema de pesquisa evidente, metodologia e hipóteses aderentes aos objetivos e que inovem o conhecimento em sua área, além de cumprir as regras basilares da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). A qualidade do periódico é garantida pelo cumprimento da Política Editorial, tendo a Revista da CGU obtido no corrente ano a classificação (B4) junto a CAPES muito em razão desse rigoroso processo seletivo aos quais os artigos são submetidos.

Acompanhando esse movimento de qualificação da Revista, merece menção ainda a expansão de membros do Comitê de Política Editorial, inclusive com a adesão de pesquisadores internacionais. Todos os conselheiros da Revista da CGU possuem as mais altas titulações acadêmicas e trabalhos consagrados junto a instituições de ensino renomadas.

Em particular, este número da Revista da CGU traz um conjunto de 5 artigos inéditos, compreendendo as áreas de controle interno, correição, melhoria da gestão e enfrentamento à corrupção.

Importa citar que os trabalhos apresentados na Revista não representam necessariamente a opinião da CGU, sendo de inteira responsabilidade dos seus autores, não obstante a reconhecida qualidade argumentativa cuidadosamente selecionada. Nesse sentido, é preciso agradecer aos professores e pesquisadores que atuaram como pareceristas ad hoc da Revista nos brindando com esta e outras edições. São contribuições voluntárias, não remuneradas, e indispensáveis à seleção dos artigos a serem publicados. O trabalho atencioso e tempestivo dos pareceristas ad hoc é fundamental para a melhoria contínua deste periódico.

Boa leitura!

Economicidade na Assistência Farmacêutica Básica: Uma Comparação dos custos do Programa de Assistência Farmacêutica Básica e do Programa Farmácia Popular do Brasil em Alagoas

Economicity in Basic Pharmaceutical Assistance: A Comparison of the Costs of the Basic Pharmaceutical Assistance Program and the Popular Pharmacy Program of Brazil in Alagoas

Nilson Nogueira de Andrade*

Antônio Francisco de Almeida da Silva Júnior**

Resumo

As ações de assistência terapêutica integral, incluindo farmacêutica, são um direito social previsto na lei do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo tem por objetivo comparar e avaliar, do ponto de vista do governo federal, se, considerando seus gastos operacionais e estrutura, o Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica – PFB, executado pelas prefeituras municipais de Alagoas, mostra-se ou não mais econômico que a distribuição de medicamentos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB, executado pela sua Rede Própria – RP (extinta em 2017) e farmácias privadas do Aqui Tem Farmácia Popular – ATFP. O repasse federal para funcionamento do PFB se caracteriza pela ausência de reajustes periódicos, representando um encargo maior a cada ano para os municípios. Em paralelo, os valores de referência do ATFP têm diminuído ao longo dos anos, reduzindo os custos unitários desta modalidade ao governo, ao passo que aumenta a sua demanda de medicamentos e seu orçamento. Considerando os quantitativos dispensados pela rede privada do ATFP em Alagoas, o anti-hipertensivo Losartana Potássica e a Insulina NPH correspondem a cerca de 67% das despesas do ATFP. O estudo conclui que, apesar de estes medicamentos possuírem custos maiores no ATFP, o programa tem se mostrado válido e benéfico à população, e se mostra vantajoso, considerando o horário ampliado de suas farmácias; a baixa disponibilidade de farmacêuticos na rede pública; e a ampliação do número de farmácias credenciadas, do seu rol de medicamentos e do acesso à população aos medicamentos básicos e à atenção farmacêutica. O estudo sugere que os gestores públicos devem rever os valores de alguns medicamentos do ATFP com vistas à sua redução, além de buscar a interligação entre os programas, melhorando o atendimento à população e a utilização dos recursos públicos.

Palavras-chaves: Assistência Farmacêutica. Programa Farmácia Popular do Brasil. Sistema Único de Saúde. Economicidade.

Abstract

Full therapeutic care actions, including pharmaceuticals, are a social right provided by law. This research compares and evaluates from the federal government's point of view, whether considering its operating expenses and structure, the Program of Incentive to Basic Pharmaceutical Assistance – PFB in the municipalities of Alagoas is or is not more economical than the distribution of medicines by the Popular Pharmacy of Brazil Program – PFPB and its Own Unit – RP (extinct in 2017) and its private pharmacies of the Here Has Popular Pharmacy - ATFP. Sugiro não traduzir o nome dos programas, fica muito estranho. Melhor deixar com o título original, e em itálico nesta parte. The federal spending to the functioning of the PFB suffered from the absence of periodic adjustments, representing a greater burden each year for the municipalities. In addition, ATFP reference values have declined over the years reducing unit costs of this modality to the government, while increasing its demand for medicines and its budget. Considering the amounts provided by the private pharmacies of the ATFP in Alagoas, the antihypertensive Losartan Potassium and the NPH Insulin corresponds to about 67% of the expenses of the ATFP. The study concluded that although these drugs have higher costs in the ATFP, the program has proved to be valid and beneficial to the population and is advantageous, considering the extended hours of the private pharmacies of the ATFP; the low availability of pharmacists in the public units; and the expansion of both its role of medicines and access to the population to essential medicines and pharmaceutical care. The study suggests that public managers should review the values of some ATFP medicines with a view to reducing them, as well as seeking interconnection between programs to improving care for the population and utilization of public resources.

Keywords: Pharmaceutical Care. Popular Pharmacy of Brazil Program. Unified Health System; Economicity.

* Bacharel em Ciências Contábeis pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Auditor Federal de Finanças e Controle do Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União..

** Pós-doutor como Pesquisador visitante na New York University 2015-2016 (Finance and Risk Engineering Department). Doutor em Engenharia Aeronáutica e Mecânica, em 2006, pelo departamento de Engenharia de Produção, do Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA). Professor Adjunto na Faculdade de Administração da UFBA e Analista do Banco Central do Brasil.

I. Introdução

A Assistência Farmacêutica Básica, como política pública no Brasil, teve início nos anos 70, com a aprovação do Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971, que instituiu a Central de Medicamentos (CEME), responsável pela Assistência Farmacêutica no país até 1997. A saúde foi alçada à categoria de direito social a partir da nova Constituição e coube à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) incluir a execução de ações de assistência terapêutica integral - incluindo farmacêutica - e a formulação da política de medicamentos no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.916/1998 pelo Ministério da Saúde (MS), houve a formulação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), descentralizando a gestão da assistência farmacêutica, e instituindo a transferência regular e automática, fundo-a-fundo, de recursos federais, para a aquisição pelos municípios, e sob a coordenação dos estados, dos medicamentos necessários à atenção básica à saúde de suas populações, por meio do Programa Farmácia Básica, posteriormente alterado para Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (PFB).

Em 2004, o Governo Federal passou a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, por meio da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em sua Rede Própria (RP) de farmácias, que funcionavam, principalmente, em parceria com prefeituras municipais e governos estaduais, criando o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). As unidades da RP do PFPB entraram em fase de extinção em 2017, de acordo com o MS (BRASIL, 2017d), devido aos seus altos custos operacionais.

Em 2006, por meio da Portaria nº 491, o MS expandiu o PFPB, utilizando-se de parceria entre o Governo Federal e o setor privado varejista farmacêutico. Esta expansão foi denominada Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP), aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção x distribuição x varejo). Por meio do sistema de copagamento, o usuário paga até 10% do valor de referência (VR) estabelecido pelo MS para cada um dos atuais 15 medicamentos que fazem parte do elenco do ATFP, bem como a possível diferença entre este valor e o de venda praticado pelo estabelecimento. Outros 26 medicamentos são entregues gratuitamente ao paciente.

A RP do PFPB contava com um elenco de 92 itens, entre medicamentos e preservativos masculinos, com uma redução de preço de até 90% do valor de mercado, mediante a apresentação de documento com foto, CPF e receita médica ou odontológica, além de 18 apresentações de medicamentos gratuitos. As farmácias privadas do ATFP possuem uma lista menor, com 41 itens, além de fraldas geriátricas, e em parte diferente da RP do PFPB.

Foi em 2012, por meio da Campanha Saúde Não Tem Preço (SNTTP), que faz parte do PFPB, que o Governo Federal passou a distribuir gratuitamente medicamentos para diabetes, hipertensão e asma, por meio da RP do PFPB e das farmácias e drogarias privadas credenciadas ao ATFP, desempenhando importante papel na ampliação do acesso da população aos medicamentos básicos.

Assim, o Governo Federal possuía quatro mecanismos principais de fornecimento de medicamentos básicos à população em 2016, todos mediante apresentação de receita médica:

- PFB, que descentraliza recursos públicos federais aos municípios, que ficam responsáveis pela aquisição e distribuição gratuita dos medicamentos das Relações Municipais de Medicamentos;
- Rede Própria (RP) do PFPB (extinta em 2017), mediante copagamento, contemplando 91 medicamentos e preservativos;
- Eixo Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP) do PFPB, por meio das farmácias privadas, mediante copagamento, contemplando 15 medicamentos e fraldas descartáveis;
- Saúde Não Tem Preço (SNTTP), que distribui medicamentos de forma gratuita, tanto por meio das extintas farmácias da RP do PFPB (18 medicamentos), como por meio das farmácias privadas conveniadas ao ATFP (26 medicamentos).

São gratuitos os medicamentos do PFB e da campanha SNTTP, e pagos, com valores até 90% menores que os de mercado, os demais medicamentos do PFPB.

De acordo com o Portal da Transparência (BRASIL, 2017h), foram gastos R\$ 2,3 bilhões em 2016 com a Ação 20YR - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil Pelo Sistema de Gratuidade. Com a ação 20YS - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Copagamento, foram gastos R\$ R\$ 558 milhões em 2016.

Ainda, de acordo com o Portal da Transparência (BRASIL, 2017h), em 2016 foram repassados R\$ 1,03 bilhão para o Programa de Assistência Farmacêutica Básica pelo Governo Federal aos municípios brasileiros, sendo R\$ 16 milhões para os municípios alagoanos.

Tal como registrado pela CGU (BRASIL, 2017i), Mattos (2015) aponta a falta crônica de medicamentos nas unidades de saúde e a baixa qualificação dos serviços prestados pelos programas, além de problemas relacionados à fraude e aos desvios de recursos e controles de estoque no PFB.

Estudos anteriores de Carraro (2014) e de Silva (2014) mostraram que o PFB tem custos menores que o ATFP. No entanto, os preços unitários pagos pelo MS à rede privada têm diminuído ao longo dos anos. Assim, o presente estudo integra análises anteriores realizadas sob perspectivas distintas, contribuindo para novos debates sobre a eficiência da política de assistência farmacêutica básica. O estudo tem como objetivo avaliar se a aquisição de medicamentos pelos municípios alagoanos no âmbito do PFB se mostra ou não mais econômica que a distribuição dos medicamentos pelas vertentes do Programa Farmácia Popular do Brasil, analisando os custos de aquisição e distribuição dos medicamentos pelos programas e suas estruturas, incluindo de pessoal, para funcionamento.

2. Fundamentação teórica

2.1 Saúde e assistência farmacêutica

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) definiu que a saúde é um direito social de todos e dever do Estado. Coube à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, definir o Sistema Único de Saúde (SUS) como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados solidariamente por instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta.

Portulhak (2013) cita que o SUS pode ser entendido, por meio de seus objetivos gerais, como um sistema voltado a dar assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde, e que, dessa forma, busca os meios (processos, estruturas e métodos) capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia, tornando o SUS efetivo em todo país.

Emmerick e outros (2015) citam que o acesso equitativo a cuidados de saúde e medicamentos é um desafio em todo o mundo e que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o acesso equitativo a medicamentos seguros e acessíveis como vital para alcançar o mais alto padrão de saúde possível para todos.

De forma correlata ao atendimento gratuito e universal oferecido pelo SUS, a Resolução nº 468/2013 do Conselho Nacional de Saúde estabeleceu o direito de todas as pessoas terem assistência farmacêutica para o tratamento das doenças de modo resolutivo, com a oferta de todos os medicamentos prescritos no SUS, com vigilância do tratamento.

O Tribunal de Contas da União - TCU (BRASIL, 2011b) entende que o governo possui um conjunto de possibilidades que devem ser analisadas separadamente usando critérios de eficiência e eficácia, devendo buscar a solução mais custo-efetiva, isto é, a escolha da melhor combinação de programas por meio da realização de diagnóstico profundo e atualizado sobre o custo de cada estratégia, combatendo possíveis ineficiências provenientes da atuação de diferentes programas de governo com objetivos similares.

O TCU (BRASIL, 2011b), recomendou ao MS que certificasse o custo-efetividade do Programa Farmácia Popular – Sistema de Copagamento com estudos relativos à diferença de preço entre os valores de referência e o preço mediano de aquisição direta pelas secretarias municipais de saúde; à alta desigualdade do recurso investido proporcionalmente à população residente nas cinco regiões do Brasil; e à geração de benefícios para a população, em termos de melhoria da acessibilidade a medicamentos e da qualidade dos serviços prestados.

Braga (2011) cita que a OMS identifica barreiras para a ampliação do acesso aos medicamentos, incluindo a estrutura inadequada dos países para a oferta de serviços de saúde; a limitada capacidade mundial de produção de insumos; e recursos insuficientes para a aquisição dos medicamentos, levando a consequências danosas à saúde pública e aprofundando as desigualdades e injustiças sociais. A autora cita que, para satisfazer a

necessidade de medicamentos, estes devem ser acessíveis no tempo e no lugar requeridos pelo demandante, com garantia de qualidade e com informações suficientes para seu uso adequado, considerando as necessidades da população articuladas a uma rede de serviços, em que as barreiras de acesso devem ser detectadas e resolvidas, como localização, amplitude temporal de atendimento com agendas espontâneas e marcadas, a qualidade dos serviços identificada em todas as suas etapas, dentre outras.

As ações de assistência farmacêutica e sua importância não devem ser consideradas de forma resolutiva e isolada. Chalkidou e outros (2008) estudaram a relação custo efetividade da adoção de métodos de saúde preventiva, incluindo o estímulo à população de realização de atividades físicas, como caminhadas e ciclismo, redução/cessação do tabagismo, redução da obesidade e do consumo de álcool, promoção do bem-estar mental de crianças em escolas primárias e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, o que pode reduzir os custos com ações de saúde no presente e no futuro, incluindo a redução do consumo de medicamentos e, conseqüentemente, a existência de efeitos colaterais pelo seu uso.

A OMS (2015a) considera que o diabetes tipo 2 é um desafio global de saúde pública e prevê que, em 2035, mais de 1 bilhão de pessoas serão afetadas ou terão o risco de desenvolver a doença, o que aponta a necessidade de se realizar abordagens não farmacológicas, compreendendo intervenções intensivas no estilo de vida, incluindo dieta saudável, atividade física regular e evitando-se o uso do tabaco e do álcool, condutas importantes para prevenir ou retardar o seu aparecimento e para melhorar os resultados de saúde em pacientes que já desenvolveram a doença. Neste sentido, os principais medicamentos disponibilizados pelo SUS são para o tratamento de hipertensão e diabetes, que são as doenças crônicas de maior prevalência na população e originária de grande número de internações hospitalares e complicações.

A OMS (2015a) verificou ainda que muitos países europeus não têm, tradicionalmente, uma definição ativa de prioridades para o acesso aos medicamentos, e avaliar novos medicamentos usando farmacoeconomia é cada vez mais visto como um processo crítico a fim de melhorar a eficiência dos gastos, mantendo um adequado equilíbrio entre o acesso e custo-efetividade. Em seu estudo, a OMS apresenta resultados de 27 países europeus, em que verificou diferentes maneiras que as autoridades de saúde dos países europeus estão lidando com altos gastos em novos medicamentos, incluindo métodos tais como protocolos de tratamento restritivos, altos níveis de utilização de genéricos e limitações sobre o uso de drogas particularmente caras.

Dentro deste contexto de garantia do acesso à saúde de forma integral, as políticas públicas de acesso a medicamentos básicos são um passo importante para a efetividade do direito à saúde. A PNM, implantada a partir de 1998, consolida esse direito por meio da descentralização das ações de saúde aos municípios, bem como de recursos financeiros por meio dos fundos de saúde dos entes federativos.

Braga (2011) ressalta que, ao se tratar do acesso aos medicamentos pelo mercado regular (mediante pagamento integral), o papel do governo é somente regulatório, por meio de mudanças legislativas que regulem a oferta e a demanda. Assim, quanto maior a parcela da população que possa ter acesso aos medicamentos

por meio do mercado regular, menor será a parcela que necessitará da ação direta do Estado como produtor, distribuidor e financiador de medicamentos, tornando essa ação direta mais viável economicamente.

2.2 Breve histórico da Assistência Farmacêutica Básica no Brasil

A assistência farmacêutica atual no Brasil está diretamente ligada à história do desenvolvimento das indústrias farmacêuticas e dos serviços de saúde de forma geral. Braga (2011) realizou estudo sobre a importância dos laboratórios públicos no Brasil, em que cita a criação do Laboratório Químico do Exército – LQFEx em 1808, e do Instituto Soroterápico em 1899 no Rio de Janeiro, denominado Instituto Oswaldo Cruz em 1908, que realizava a produção de soros e vacinas (que hoje são atividades de Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos – Biomanguinhos), e que em 1918 passou a produzir medicamentos, passando a constituir a Fiocruz em 1976, além de citar a inauguração da Fundação Ezequiel Dias, braço do Instituto Oswaldo Cruz, em Minas Gerais, em 1907. Outros laboratórios públicos foram criados posteriormente, incluindo a Indústria Química do Estado de Goiás (Iquego), o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco S.A. (Lafepe) e a Fundação para o Remédio Popular (Furp). Braga (2011) menciona que existiam cerca de 21 laboratórios públicos no Brasil em 2011, sendo que estes viveram momentos de valorização e desvalorização política e social intermitente durante os anos de sua existência.

Em 1971 foi criada a Central de Medicamentos (Ceme) pelo Governo Federal, com o objetivo de fornecer medicamentos a preços acessíveis à população de baixa renda, além de fortalecer os laboratórios públicos mediante a compra de medicamentos por eles produzidos e regular a produção e distribuição dos laboratórios subordinados ao Ministério da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde. Porém, a gestão centralizada da Ceme, sem a participação dos estados e municípios nos processos decisórios, se mostrou ineficaz para atender à diversidade da demanda que o país apresentava em suas diferentes regiões.

Em 1997, o MS implanta o Programa Farmácia Básica, inspirado na Farmácia Básica Ceme, de forma a garantir acesso a medicamentos às pessoas de baixa renda. Aragão Júnior (2012) cita que, bastante semelhante ao seu precursor, o programa tinha como objetivos estimular a produção de medicamentos a baixo custo por parte dos laboratórios oficiais, para adquiri-los e efetuar sua distribuição, atendendo às necessidades específicas de cada região do país, com um sistema de referências de controle de qualidade dos medicamentos divididos geograficamente, em que cada laboratório deveria enviar uma amostra de cada lote de medicamento produzido a uma universidade federal específica, conveniada ao MS.

Em 1998, o MS implanta a Política Nacional de Medicamentos através da Portaria nº 3.916/98, de forma a consolidar a política de assistência farmacêutica prevista na lei do SUS e o direito à saúde previsto na Constituição Federal de 1988, de forma descentralizada.

Em 1999, por meio da Portaria nº 176/99 do MS, é criado o Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica

Básica (PFB), que sucede o Programa Farmácia Básica criado em 1997, determinando que o financiamento de suas ações fosse realizado pelas três esferas de governo, com valores pré-definidos, sendo a aquisição e distribuição descentralizada para os estados e municípios com financiamento parcial do MS, que repassa recursos através das transferências fundo a fundo.

Mattos (2015) aponta que são características da rede do PFB: a baixa disponibilidade crônica de medicamentos em suas unidades de saúde, podendo gerar impactos financeiros e na resolutividade da Atenção Básica; e a baixa qualificação dos serviços prestados, que se resumem à distribuição de medicamentos, desprezando o cuidado e atenção relacionados aos medicamentos, pontos centrais para reorientação das práticas em saúde no sistema. O autor também menciona problemas relacionados à fraude e desvios de recursos, ao controle de estoque ausente ou deficiente, à aquisição de medicamentos com preço superior ao de mercado, a compras sem licitação, entre outros. Problemas na execução do PFB também são apontados por diversos relatórios elaborados pela CGU (BRASIL, 2017i), incluindo irregularidades nos processos de licitação, falta de controles de estoques, e a aquisição de medicamentos por valores acima dos valores de mercado.

O PFPB foi criado por meio do Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, regulamentando a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autorizou a Fiocruz a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento em sua Rede própria - RP. Estes normativos tiveram como objetivo promover a universalização do acesso da população aos medicamentos; assegurar medicamentos básicos e essenciais à população, com a disponibilização de medicamentos a baixo custo para os cidadãos que são assistidos pela rede privada; e proporcionar diminuição do impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar, ampliando o acesso aos tratamentos.

O PFPB veio reforçar a garantia do direito à saúde. No entanto, reduz a participação dos municípios nas ações de saúde. Aragão Júnior (2012) estudou os determinantes que condicionaram a formulação da política, seu modelo de intervenção e suas estratégias de ação, concluindo que o PFPB teve como principal determinante a política neoliberal, fomentando a redução da atuação do Estado com a criação de programas que realizam a gestão de serviços públicos em parceria com instituições privadas, impondo à população uma parte do financiamento dos serviços prestados.

O PFPB é baseado no sistema de copagamento, não sendo a primeira experiência do tipo no Brasil, uma vez que outros programas já haviam adotado procedimentos semelhantes no passado, como Programa Farmácia Popular Vital Brazil, no estado do Rio de Janeiro, o Programa Farmácia Lafepe, no estado do Pernambuco, e o Programa Farmácia de Todos, no estado do Rio Grande do Norte. Para Aragão Júnior (2012), o PFPB tem como marcos institucionais: o PL nº 4.702/94, que previa a criação de farmácias populares para venda de medicamentos genéricos por preços abaixo dos de mercado em um modelo de franquias que seriam geridas pela iniciativa privada e fiscalizadas pelo Governo Federal; o modelo do Programa Farmácia Lafepe; a importância da assistência farmacêutica como uma das principais metas do Governo Lula; e as propostas elaboradas na Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Para a implementação do PFPB, o Governo Federal criou incentivos financeiros para que estados e municípios participassem da gestão das farmácias da RP, por meio da Portaria nº 2.587, de 6 de dezembro de 2004.

Em abril de 2017, o MS decidiu iniciar o processo de fechamento das unidades da RP do PFPB, e, em contrapartida, aumentar de R\$ 5,10 para R\$ 5,58 o valor por habitante repassado anualmente às prefeituras para o PFB a partir de agosto/2018, além de ampliar o número de farmácias conveniadas ao ATFP. De acordo com o MS, a RP do PFPB gastava 80% do orçamento com despesas administrativas (R\$ 77,7 milhões) e somente 20% com a compra de medicamento (R\$ 18,7 milhões), e, com o fechamento das unidades RP, R\$ 100 milhões serão somados aos repasses aos municípios para estes incrementarem o PFB e adquirirem os medicamentos que a RP deixará de fornecer.

De acordo com o MS, em maio de 2017, quando se iniciou o fechamento das unidades da RP do PFPB, existiam 504 unidades da rede própria, espalhadas em 409 municípios do Brasil, sendo 9 unidades em Alagoas (espalhadas em 9 municípios). Em 2012, ano em que havia mais unidades em operação, existiam 558 unidades espalhadas em 441 municípios, tendo havido, portanto, uma redução de cerca de 10% no número de unidades dos últimos 5 anos.

Apesar de o Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, prever a utilização da rede privada de farmácias e drogarias, por meio de subsídio aos preços dos medicamentos, somente em 9 de março de 2006, com a publicação da Portaria nº 491, foi implantada a utilização da rede privada para fornecimento de medicamentos, mediante copagamento pelos pacientes, com subsídio de 90% do Valor de Referência - VR pelo MS. Esta expansão do PFPB, denominada Aqui Tem Farmácia Popular - ATFP, abrangeu medicamentos para hipertensão (Captopril, Enalapril, Propranolol, Atenolol e Hidroclorotiazida) e diabetes (Glibenclamida, duas apresentações de Metformina, e Insulina Humana NPH), totalizando, inicialmente, 9 apresentações de medicamentos. Esse rol foi ampliado nos anos seguintes, incluindo, além de outros medicamentos, contraceptivos e fraldas geriátricas.

2.3 Modelos de assistência farmacêutica – distribuição gratuita, copagamento e reembolso

A Organização Mundial de Saúde - OMS (2015a) observou que o ressarcimento é cada vez mais utilizado na Europa como uma forma para priorizar o acesso a alguns medicamentos, com decisões de reembolso baseados em diversos critérios, e que 14 países europeus fazem uso de alguns desses esquemas para gerar poupanças sem afetar a lista oficial de preços para estes medicamentos. Ainda, os acordos são na maioria das vezes confidenciais e a consequente falta de transparência torna difícil uma comparação entre os países.

Aragão Júnior (2012) e Carraro (2014) consideram que o sistema de copagamento é bastante polêmico pelo fato de não encontrar respaldo jurídico na Constituição Federal, que permite a participação de instituições privadas no SUS, mas veda a utilização de recursos públicos como auxílio ou subvenção àquelas que tenham

fins lucrativos, além de ferir o princípio da universalidade. Em relação às discussões sobre a inconstitucionalidade e ilegalidade do ATFP, o voto do relator do Acórdão nº 2918/2011 – Plenário do TCU (BRASIL, 2011c) entendeu que o ATFP não trata de transferência a empresas públicas ou privadas de caráter industrial, comercial, agrícola ou pastoril, e que o recurso não se destina propriamente ao estabelecimento comercial, e sim ao beneficiário, que, em última análise, é o consumidor, que adquire o remédio por 10% do VR, com os 90% restantes arcados pelo poder público. No entanto, o Acórdão reforça a polêmica, uma vez que o voto do relator se contrapõe ao relatório do próprio acórdão, que entende que o programa concede subvenção econômica à rede privada de farmácias e drogarias. Por fim, o TCU acorda em levar ao conhecimento da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Público e Fiscalização do Congresso Nacional que as despesas realizadas no âmbito do ATFP, sem a contraprestação direta em bens ou serviços à Administração, reclama pela edição de lei específica que autorize e disponha sobre a sua concessão. Entretanto, tal lei não foi editada até o momento, permanecendo o vácuo na legalidade explícita do ATFP.

Barros (2004) explica que o governo espanhol utiliza sistema semelhante, mas que, em vez de pagar às farmácias privadas, o governo reembolsa o paciente, sendo uma estratégia pela qual o governo espanhol optou para, de forma indireta, controlar preços, orientando-se para o estabelecimento de preços de referência pelo qual são fixados valores máximos que a seguridade social ou o sistema público financia.

Apesar de o decreto de criação do PFPB prever que, desde 2004, o programa seria executado sem prejuízo do abastecimento da rede pública nacional do SUS, Aragão Júnior (2012) argumenta que os valores alocados com os eixos do PFPB poderiam ser utilizados para fortalecer o SUS e aumentar o estoque de medicamentos distribuídos gratuitamente nas farmácias básicas já existentes, o que resulta em prejuízo indireto causado pela escolha em alocar recursos no PFPB e não em outros, como, por exemplo, o Programa Saúde da Família (PSF).

Silva e Caetano (2015) mencionam que, de 2006 a 2012, o ATFP apresentou crescimento de 750% no número farmácias, e o número de municípios de estabelecimentos privados credenciados aumentou 528%, bem como houve forte expansão no número de usuários atendidos, com aumento de 2.617% no período, passando de cerca de 2 milhões em 2007 para 13 milhões em 2012. Neste sentido, Carraro (2014) demonstra que a migração de cerca de 16% dos usuários do PFB para o ATFP não é significativa, e, assim, não há concorrência entre os programas, mas sim complementariedade entre eles. Os autores verificaram um processo de interiorização, com o aumento da cobertura de municípios com unidades do ATFP, que, em 2012, cobria aproximadamente 67% das cidades brasileiras, sendo que a RP do PFPB não chegava a 8% dos municípios.

Neste cenário, Braga (2011) cita que o perfil das indústrias farmacêuticas atuantes no Brasil é composto por dois blocos distintos: um bloco de empresas de grande porte, diversificadas, com produtos de alta tecnologia, subsidiárias de empresas internacionais, responsável por cerca de 80% da produção; e um bloco de empresas de pequeno ou médio porte, em sua maioria de origem local, respondendo pelos outros 20% da produção interna.

A existência de problemas e entendimentos divergentes sobre a estruturação do modelo de assistência farma-

cêutica não é exclusividade do Brasil. Chalkidou, Andersen e Faden (2010) mostraram que as agências federais nos EUA pagam preços significativamente diferentes para os mesmos medicamentos prescritos, mesmo sem qualquer parâmetro que a variação de preços, e sugerem que o Governo Federal americano deve pagar um preço uniforme para cada droga.

De acordo com os dados do MS (BRASIL, 2017b), em maio de 2017 existiam 34.543 farmácias cadastradas no ATFP, espalhadas em 4.463 municípios, sendo 180 farmácias em Alagoas espalhadas em 55 dos 102 municípios alagoanos.

O eixo SNTP foi implantado por meio da Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011, de forma vinculada ao PFPB, mas tratado como um novo programa, fornecendo medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de forma gratuita, sem o pagamento de qualquer complementação pelos pacientes, nas farmácias da RP do PFPB e, também, nas farmácias privadas credenciadas ao ATFP. Posteriormente, foram incluídos medicamentos para o tratamento de asma no rol de medicamentos gratuitos.

Aragão Júnior (2012) aponta que o SNTP foi um grande passo pela efetivação da universalidade da assistência farmacêutica. Porém, por outro lado, foi baseada no modelo de Parceria Público-Privada - PPP na modalidade concessão administrativa, em que o usuário da prestação do serviço é a própria Administração Pública, que o faz com o objetivo de disponibilizá-lo de modo gratuito à população, beneficiando, também, o setor privado.

2.4 Comparativos anteriores

Pinto e outros (2010) compararam os preços de venda ao consumidor de quatro medicamentos no âmbito da RP do PFPB, ATFP e os preços de mercado, concluindo que os menores preços para todos os medicamentos foram encontrados no ATFP, enquanto o setor privado praticou os maiores preços para os medicamentos vendidos diretamente aos consumidores sem subsídio do governo. Os autores identificaram, ainda, que, em que pese os preços tabelados, o desempenho da RP para os quatro medicamentos foi inferior ao do ATFP, com medianas de menores preços mais altas, ou seja, os medicamentos no ATFP eram mais baratos do que na RP do PFPB. No entanto, o estudo não focou nos custos ao governo de distribuição dos medicamentos, mas somente do ponto de vista do consumidor.

Em 2011, o TCU divulgou seu relatório de auditoria operacional relativo ao PFPB (BRASIL, 2011b), focado sobre o ATFP. Naquele relatório, o TCU denota que a elevação do acesso incorpora tanto a dimensão espacial como a econômica, sendo importante disponibilizar medicamento a baixo custo e à distância considerada razoável para o paciente. Para o seu relatório, o TCU (BRASIL, 2011b) utilizou informações obtidas de pesquisa postal, respondida por 26 Secretarias Municipais de Saúde, em que comparou o valor de aquisição de 13 medicamentos diferentes adquiridos pelos municípios os valores de referência do ATFP.

Em seu relatório, o TCU concluiu que a expansão do ATFP, por si só, não é condição suficiente para inclusão

da grande parcela de municípios onde essa ação governamental não se faz presente; que o programa pode gerar concentração de estabelecimentos em localidades que poderiam já estar minimamente assistidas; que o MS não apresenta estudos que justifiquem o custo-efetividade do programa como estratégia complementar à Farmácia Básica; que há priorização ao credenciamento de farmácias privadas, se comparado à implantação de unidades próprias de farmácias cuja responsabilidade pela aquisição dos medicamentos competia à Fiocruz, ou seja, o crescimento do número de farmácias privadas credenciadas de 2006 a 2009 foi de cerca de 350%, substancialmente maior do que o das farmácias da RP do PFPB, que foi de cerca de 100%; que metade dos estabelecimentos credenciados estava localizada em 166 municípios do país (3% do total), todos com população acima de 150 mil habitantes, mas que o tamanho da população nem sempre mantém correlação à quantidade de estabelecimentos credenciados. O TCU cita a existência de alta desigualdade do recurso investido proporcionalmente à população residente nas cinco regiões do Brasil no sistema de copagamento, que se concentrava nas regiões Sul e Sudeste do Brasil; que o procedimento de aquisição de medicamentos pelo programa não utiliza o poder de comprador de grande porte que o governo possui, poder que é utilizado pelo PFB, que adquire os mesmos medicamentos via licitação.

O TCU (BRASIL, 2011b) verificou que o VR adotado pelo ATFP para 9 dos 13 medicamentos da pesquisa apresentam-se de significativamente superior ao preço mediano de aquisição, via PFB, pelas secretarias municipais de saúde, e que a diferença variava de 343% a 2507%. Somente 1 medicamento possuía seu valor menor nas farmácias privadas, e, para os outros 3 medicamentos, a diferença era menor que 45%. O TCU ressaltou que a simples comparação de preços de aquisição de medicamentos não é suficiente para caracterizar se um programa é mais custo-efetivo que o outro, uma vez que o PFB, além de adquirir produtos farmacêuticos, incorpora ainda custos relativos à logística de armazenamento, transporte e distribuição. Por sua vez, os custos de logística das farmácias privadas do PFPB são arcados pelas próprias farmácias, o que pode encarecer uma opção à outra.

O TCU (BRASIL, 2011b) recomendou que, para encontrar a solução de melhor relação custo-efetividade, o governo deve considerar que o mercado farmacêutico é dominado por poucas empresas multinacionais, sendo os preços altamente correlacionados internacionalmente e em alguns casos elevados, caracterizados pela prevalência de custos de pesquisa e desenvolvimento (P&D) e de marketing, e que os custos de produção propriamente ditos, matérias-primas e despesas de pessoal, não são relativamente elevados, fazendo com que os laboratórios produtores sejam capazes de realizar discriminação de preços entre clientes, por meio de venda a preços menores para grandes clientes.

O TCU (BRASIL, 2011b) cita que as farmácias privadas teriam melhor capacidade de gerir o negócio de distribuição de medicamentos, evitando problemas recorrentes relativos à falta de estoques nas farmácias públicas e medicamentos fora dos prazos de validade, e, assim, a qualidade dos serviços prestados pelas farmácias públicas pode ser melhorada.

Silva (2014) analisou o modelo de provisão de medicamentos do eixo ATFP, comparando-o ao tradicionalmente praticado na SMS-Rio, com vistas a avaliar seus custos para os setores públicos envolvidos no período de 2006 a 2012, utilizando dados sobre o volume de pagamentos por medicamentos, perfil dos usuários atendidos, unidades farmacotécnicas (UF) dispensadas, e estimativas dos custos da SMS-Rio com aquisição, logística e dispensação de 25 medicamentos, estas restritas ao ano de 2012. O autor concluiu que ocorreu forte expansão do ATFP, tanto de unidades credenciadas, como de municípios cobertos, e relativa concentração de pagamentos em grandes redes varejistas, e que, desde 2008, suas despesas são maiores que as transferências do MS para aquisição de medicamentos básicos. O autor conclui, também, que os custos do ATFP são, na média geral, quase 2,5 vezes maiores que o custo municipal, sendo que, na comparação, o custo foi mais favorável à SMS-Rio em 20 dos 25 itens comuns. Por fim, o autor verificou que o ATFP representou melhoria no acesso a medicamentos, mas que seus valores de referência poderiam ser objetos de exame e avaliação, frente aos custos sistematicamente mais favoráveis nos valores levantados para a SMS-Rio.

Carraro (2014) realizou estudo de preços no ano de 2011 de 27 medicamentos entre 12 municípios, distribuídos em todas as regiões do Brasil, realizando uma análise comparativa dos custos e valores de compra de medicamentos entre a rede pública e a rede privada do ATFP, considerando as despesas de operacionalização do PFB realizadas pelos municípios. A autora apontou que o ATFP custava, em média, 150,1% a mais que o PFB para o governo.

Carraro (2014) identificou que os Valores de Referência - VR são, em média, 80% superiores aos valores de compra de medicamentos, mas, como há medicamentos em que o VR não cobre o valor de compra do medicamento, a autora realizou uma análise de custo-volume, concluindo que há uma compensação das perdas, uma vez que estas se concentram nos medicamentos com menor demanda. Assim, no conjunto de análises, o VR pago pelo Governo Federal parece atender às necessidades da farmácia privada para que ela faça a compra dos medicamentos, compense seus gastos extras, pague os tributos e obtenha margem de lucro, favorecendo sua participação e permanência no ATFP. A autora estimou em 40% o percentual de lucro bruto (R\$ 680.807.883,00 recebidos do MS menos R\$ 410.425.583,00 pagos aos fornecedores) após as compensações de perdas entre os medicamentos. A autora considera que o valor de compra de medicamentos para a farmácia privada junto a seus fornecedores é significativamente mais alto que o valor pago pela rede básica possivelmente devido a alguns elementos que elevam seu custo, como: origem do fornecedor; volume de compras; frequência das compras; forma de apresentação; custos adicionais como logística (entregas programadas com alta taxa de reposição); distribuição; tipo de embalagem; itens complementares, como bulas; prazo de pagamento, entre outros.

A Managing Sciences for Health (MSH) (2012) observa que, dentro da cadeia de suplementos, os valores dos medicamentos sofrem diversos fatores na sua definição, considerando que o preço do fabricante será influenciado: pelos concorrentes; demanda; número de compradores; relações e controles de preços; negociações; taxas e acréscimos para a entrega aos atacadistas e varejistas, incluindo transporte, seguros e armazenagem;

tributos; margem de lucro; e outros tributos que podem incidir na dispensação.

Mattos (2015) entende que o ATFP estimula o consumo, a produção de genéricos, e a expansão do mercado farmacêutico, impulsionando o crescimento econômico e a acumulação por parte das indústrias farmacêuticas e farmácias, mas mantém intactas uma série de problemas estruturais, que incluem os elevadíssimos e regressivos gastos privados com medicamentos, a precariedade e baixa abrangência dos serviços farmacêuticos públicos, frágil regulação do setor privado, o foco na distribuição de insumos em detrimento da atenção e do cuidado, e a medicalização, funcionando bem para mercado.

3. Procedimentos metodológicos

O presente estudo, com enfoque quantitativo, contemplou as seguintes etapas: pesquisa exploratória compreendendo revisão da literatura sobre o tema; adaptação dos modelos de análises elaborados por Carraro (2014) e Silva (2014); e coleta das informações apresentadas por prefeituras dos municípios alagoanos, tabulação e análise dos dados com base no modelo analítico retro citado.

A pesquisa foi realizada no âmbito do Estado de Alagoas, com dados de 63% dos 102 municípios, correspondendo a cerca de 47% da população do estado. Assim, apesar de representativa no âmbito estadual, a amostra não pode ser considerada representativa para todo o Brasil, considerando as peculiaridades e diferenças com os municípios de outros estados na condução de seus processos de aquisição e dispensação de medicamentos.

A coleta de dados foi realizada através de preenchimento de planilhas semiestruturadas pelas secretarias municipais de saúde pesquisadas e análise documental. Foram solicitadas aos municípios as cópias dos contratos de aquisição de medicamentos básicos de 2014, 2015 e 2016, para verificação dos quantitativos e valores contratados. Para os dados do funcionamento do PFPB, incluindo o ATFP e SNTP nas farmácias privadas, que não estavam disponíveis no portal do MS, foram solicitadas informações por meio da Lei de Acesso à Informação.

Após a obtenção dos dados dos valores unitários dos medicamentos adquiridos pelos municípios, aos valores medianos de 2016 foram somados os custos operacionais estimados em R\$ 0,084 por unidade farmacotécnica, correspondentes aos R\$ 0,06 estimados em 2011 por Carraro (2014), atualizados pela inflação. A mediana foi utilizada por Carraro (2014) em seu estudo e a sua utilização é recomendada pela OMS (2008), que considera que a média pode ser influenciada por valores extremos, e que a mediana deve ser utilizada como uma melhor representação do valor no ponto médio. O mesmo procedimento de soma dos custos operacionais estimados foi realizado para os medicamentos da RP do PFPB. Após, estes valores foram comparados com os VR aplicados às farmácias privadas para o eixo ATFP.

Também foi aplicado questionário para obtenção de informações com o objetivo de verificar relativas à estrutura da rede de farmácias básicas para o funcionamento do PFB, para fins de comparação com a estrutura mínima exigida para funcionamento da RP do PFPB e com o ATFP. Foram analisados os valores e outros aspectos qualitativos de funcionamento dos programas obtidos por meio do questionário supracitado, como a existência de farmacêuticos em período integral nas farmácias públicas, abrangência e horário de funcionamento

4. Discussão dos resultados da pesquisa

4.1 Reajustes, Inflação e Preços de Dispensação da Rede Própria

No período de 2012 a 2016, a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED autorizou, acumuladamente, aumentos de até 44,09% nos preços de medicamentos, numa média de 7% ao ano. Os reajustes autorizados estão próximos da inflação do período medida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE por meio do Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC (40,53%) e do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA (40,56%).

Cabe salientar que os percentuais máximos definidos pela CMED variam conforme a classificação do medicamento em um dos três níveis definidos pelo órgão regulador, e que, mesmo autorizado, nem todos os medicamentos têm seus preços reajustados pelos fabricantes, uma vez que os preços são definidos, também, por outros aspectos do mercado, como concorrência, custo de matérias-primas e mão-de-obra, novas tecnologias, entre outros.

No período de 2011 a 2016, os medicamentos da RP do PFPB não tiveram reajuste de preços aos pacientes em 90 dos 94 itens (incluindo preservativos masculinos). Os outros 4 itens fornecidos mediante copagamento tiveram reajustes simbólicos, referentes a arredondamento de valores. Além disso, há outros 18 medicamentos para hipertensão, diabetes e asma que são fornecidos gratuitamente aos pacientes. A RP não fornece fraldas geriátricas, ao contrário do ATFP. Na prática, houve um ganho para os pacientes, considerando especialmente que, naquele período, a CMED autorizou aumentos de até 44,09% pelos fabricantes, enquanto os valores daqueles 88 medicamentos se mantiveram inalterados na RP do PFPB.

Para o funcionamento de cada unidade da RP, o Governo Federal repassava mensalmente o valor de R\$ 12.500,00 para pagamento de salários e outras despesas de funcionamento às prefeituras ou entes conveniados. Este valor manteve-se sem reajuste desde 20 de maio de 2014. Anteriormente, o repasse era de R\$ 10.000,00/mês, desde a criação do incentivo por meio da Portaria MS nº 2.587, de 06 de dezembro de 2004.

A ausência de reajuste nos preços de dispensação dos medicamentos desde 2011 demonstra que a Fiocruz não possuía um sistema de determinação de preços preciso. Mesmo que houvesse alterações a menor nos

custos de algumas das matérias-primas, os custos de distribuição e dispensação, em especial com frete, combustível e salários de mão-de-obra, tendem a aumentar durante o tempo, além de se considerar os reajustes autorizados pela CMED e a inflação do período.

4.2 A extinção da Rede Própria da Farmácia Popular do Brasil

Em abril de 2017, o MS decidiu iniciar o processo de fechamento das unidades da RP do PFPB, alegando que 80% do orçamento era gasto com despesas administrativas (R\$ 77,7 milhões) e somente 20% com a compra de medicamento (R\$ 18,7 milhões), e, em contrapartida, aumentou os repasses ao PFB em R\$ 100 milhões a partir de agosto de 2017.

Considerando a existência de 504 unidades da RP do PFPB em 2017, e o custo de R\$ 150 mil/ano por unidade, é esperada uma despesa de cerca de R\$ 75,6 milhões ao ano somente com repasses para despesas administrativas da RP do PFPB aos entes conveniados, sem considerar os custos administrativos da própria Fiocruz, nem seus custos de logística.

Em consulta ao Portal da Transparência (BRASIL, 2017h), consta que em 2015 foram gastos R\$ 74,9 milhões com transferências de recursos aos estados e municípios para uso com as despesas administrativas da RP do PFPB (Ação 20YR - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil Pelo Sistema de Gratuidade). A variação desta despesa de 2012 a 2016 consta na tabela abaixo.

Em consulta ao Painel Cidadão do Portal Siga Brasil (BRASIL, 2017i), consta que em 2016 foram gastos R\$ 19,0 milhões com aquisição de material de consumo para a RP do PFPB, o que, a princípio, corresponde à maior parte das despesas para distribuição de medicamentos:

Tabela 1. Evolução das despesas da RP do PFPB – 2012 a 2016

Item	Despesas/ano (em milhões)									
	2012		2013		2014		2015		2016	
Despesas com repasses	R\$ 57,5	59%	R\$ 60,2	66%	R\$ 56,8	60%	R\$ 74,9	67%	R\$ 52,2	73%
Material de consumo	R\$ 39,4	41%	R\$ 31,1	34%	R\$ 37,4	40%	R\$ 36,7	33%	R\$ 19,0	27%
Soma	R\$ 96,9	100%	R\$ 91,3	100%	R\$ 94,2	100%	R\$ 111,6	100%	R\$ 71,2	100%

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa (2017).

A variação de quase 32% a mais nas despesas com repasses de 2014 para 2015 pode ser explicada, principalmente, pelo reajuste vigente a partir de maio de 2014. A razão da queda de 30% do valor em 2016, de R\$ 74,9 para R\$ 52,2 milhões, pode ser explicada, em parte, em razão de cerca de 20% dos recursos somente terem sido liberados em 2017, não ficando clara a diferença restante, uma vez que não houve redução expressiva no número de farmácias em operação naquele período.

Em relação às despesas com material de consumo, estas foram maiores em 2012, ano em que havia mais unidades da RP do PFPB em funcionamento.

Apesar de em 2016 os percentuais com despesa administrativa (73%) e com aquisição de medicamentos (27%) estarem próximos dos respectivos percentuais de 80% e 20% justificados pelo governo para fechamento das unidades da RP do PFPB, na prática, verifica-se que houve uma queda considerável no quantitativos de gastos com medicamentos, proporcionalmente superior à queda nos gastos com repasses aos entes conveniados. Em 2016, há uma queda de quase 50% nessas despesas, o que se reflete na redução da quantidade absoluta de medicamentos entregues pela RP do PFPB.

A tabela 2 demonstra a evolução dos quantitativos dos principais medicamentos dispensados pela RP do PFPB.

Tabela 2. Evolução do quantitativo dispensado pela RP do PFPB – 2014 a 2016

Item	Quantidade dispensada/ano		
	2014	2015	2016
Ácido Acetilsalicílico	1.750.480	1.609.080	557.708
Atenolol 25mg 15cp	3.118.761	3.154.909	1.451.563
Carbamazepina 200mg	1.285.046	1.491.306	663.414
Clonazepam 2mg 10cp (B1)	2.030.619	2.401.600	1.229.272
Fluoxetina 20mg 14caps	1.467.096	1.713.194	841.923
Glibenclamida 5mg	2.335.593	1.278.222	123.407
Hidroclorotiazida 25mg	2.853.974	2.787.012	1.312.299
Losartana Potássica	5.612.687	5.752.652	2.631.155
Metformina 850mg	4.055.153	3.754.159	1.627.444
Nifedipina 20mg 20caps	1.339.735	1.375.435	649.230
Omeprazol 20mg	3.694.107	2.850.724	1.045.899
Sinvastatina 20mg 15cp	1.829.086	1.613.614	549.746
Soma	31.374.351	29.783.922	12.685.076

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa (2017).

Verifica-se na tabela acima que houve uma queda média de 57% nos quantitativos entregues pela RP do PFPB em 2016 em relação ao ano anterior. Se considerarmos as despesas esperadas com repasses para despesas administrativas da ordem de R\$ 74,9 milhões, e despesas com material de consumo semelhantes às de 2015 (R\$ 36,7 milhões), a proporção seria de, respectivamente, 68% e 32%.

Desta forma, o percentual alto com despesas administrativas da RP do PFPB alegado pelo governo federal parece ser consequência de dois fatores: a queda nas despesas com aquisição de medicamentos, e consequente queda nos quantitativos distribuídos; e o impacto no reajuste do valor mensal repassado aos entes conveniados a partir de maio de 2014, de R\$ 10.000,00 para R\$ 12.500,00/mês.

Se considerarmos o ano de 2012, que teve o menor percentual de despesas administrativas estimadas em relação ao total (59%), apesar de menor do que a proporção de 80% alegada pelo governo, ainda assim a proporção é maior do que a identificada por Carraro (2014) e por Silva (2014), respectivamente, nas farmácias privadas e na SMS-Rio, que foram de 40% e 41,3%. Essa diferença pode ser explicada pela distribuição geográfica e pelo melhor aproveitamento das farmácias privadas do ATFP, que comercializam outros medicamentos, e das farmácias do PFB, que possuem uma lista maior de medicamentos distribuídos.

Do ponto de vista de aproveitamento da rede instalada e otimização de despesas, parece ser válido o argumento de se transferir aos municípios os recursos para aquisição dos medicamentos disponibilizados pela RP do PFPB. No entanto, considerando que este incremento de recursos não repõe sequer a perda inflacionária dos valores dos repasses recebidos pelos municípios, além da falta recorrente de medicamentos nas unidades do PFB por diversos fatores descrita por Mattos (2015), na prática, não há garantias de que a população que era atendida pela RP do PFPB continuará a ter acesso aos seus medicamentos.

4.3 Evolução de preços e quantitativos – Aqui Tem Farmácia Popular

Foram solicitados ao MS os dados dos quantitativos dispensados pela rede privada do ATFP, sintetizados na tabela 3:

Tabela 3. Evolução dos quantitativos dispensados pela rede privada do ATFP – 2014 a 2016

UF	Ano			Variação 2016/2014
	2014	2015	2016	
AL	50.711.696	71.454.775	85.197.858	68%
Total (Brasil)	8.888.552.106	10.782.632.909	12.273.124.328	38%
% AL/Total	0,57%	0,66%	0,69%	22%

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa (2017).

Na tabela acima, verifica-se que houve um aumento de 38% no quantitativo de medicamentos entregues pelo ATFP pela rede privada de 2014 a 2016. Alagoas foi o estado que teve a 6ª maior variação, em que o aumento foi de 68%. Em 2014, o Estado de Alagoas representava 0,57% do total de medicamentos entregues pelo programa, e em 2016 passou a representar 0,69%, ou seja, houve aumento de 22% em relação ao total.

Abaixo segue tabela exemplificativa com a evolução dos valores de referência (VR) e valores máximos pagos pelo MS à rede privada de farmácias (VM-MS).

Tabela 4. Evolução dos preços dos medicamentos do ATFP (rede privada)

Norma	Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016	Portaria nº 491/GM, de 9 de março de 2006	Redução
Valor de referência	VR	VR	%
Captopril 25 MG, comprimido	R\$ 0,19	R\$ 0,42	-54%
Enalapril 10 MG, comprimido	R\$ 0,26	R\$ 0,56	-54%
Propranolol 40 MG, comprimido	R\$ 0,07	R\$ 0,12	-41%
Atenolol 25 MG, comprimido	R\$ 0,11	R\$ 0,26	-58%
Hidroclorotiazida 25 MG, comprimido	R\$ 0,06	R\$ 0,17	-64%
Glibenclamida 5 MG, comprimido	R\$ 0,09	R\$ 0,19	-51%
Metformina 500 MG, comprimido	R\$ 0,12	R\$ 0,17	-31%
Metformina 850 MG, comprimido	R\$ 0,16	R\$ 0,28	-43%

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa (2017).

Verifica-se na tabela acima que os valores de referência definidos pelo MS tem diminuído ao longo dos anos, com redução de até 64% em 10 anos de existência do Programa, isso sem considerar os efeitos da inflação, o que indica que, apesar de o Programa ser questionável em relação à sua economicidade no início da sua execução, conforme apontou o TCU anteriormente, atualmente essa economicidade pode estar sendo alcançada ou próxima do desejável, sem desprezar outras vantagens do ATFP relativas à capilaridade das redes de farmácias privadas e ao impacto positivo na saúde da população por meio do acesso aos medicamentos.

4.4 Evolução de preços – municípios alagoanos

Foram levantadas informações de 64 municípios do Estado de Alagoas (incluindo 22 municípios em consórcio), e os valores contratados pelos municípios para 119 medicamentos, incluindo 91 medicamentos existentes na listagem da RP do PFPB e 31 apresentações de medicamentos da listagem do ATFP.

No período de 2014 a 2016, a mediana dos preços contratados pelos municípios aumentou, em média não ponderada, 50%, percentual acima ao índice acumulado definido pela CMED, que foi de 26,93% de 03/2015 a 03/2017, e aos índices de preço, sendo que de 2014 a 2016 o INPC acumulado atingiu 25,97% e o IPCA 25,16%.

Abaixo segue tabela exemplificativa com a evolução dos valores medianos pagos pelos municípios para dez medicamentos:

Tabela 5. Evolução dos preços medianos pagos pelos municípios alagoanos de 2014 a 2016

Medicamento	Apresentação	Mediana			Variação 2016/2014
		2014	2015	2016	
Acetato de medroxiprogesterona	150 mg/ml	-	R\$ 3,95	R\$ 6,34	61%
Atenolol	25mg/cp	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,04	33%
Captopril	25mg/cp sulcado	R\$ 0,025	R\$ 0,04	R\$ 0,04	60%
Enalapril	10mg/cp	R\$ 0,05	R\$ 0,07	R\$ 0,07	22%
Glibenclamida	5mg/cp	R\$ 0,03	R\$ 0,04	R\$ 0,04	33%
Hidroclorotiazida	25mg/cp	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03	0%
Metformina	500mg/cp	R\$ 0,06	R\$ 0,07	R\$ 0,08	33%
Metformina	850mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,10	R\$ 0,09	23%
Noretisterona + estradiol	sol. Inj. 50mg+5mg	R\$ 10,66	R\$ 5,95	R\$ 5,00	-53%
Propranolol (Cloridrato)	40mg/cp	R\$ 0,02	R\$ 0,03	R\$ 0,03	50%
Aumento Médio Geral		50%			

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa (2017).

Paralelamente, o valor de R\$ 5,10 por habitante/ano repassado pelo MS aos municípios para aquisição de medicamentos básicos permaneceu o mesmo desde julho de 2013 até julho de 2017, assim como o valor mínimo de R\$ 2,36 definido para as contrapartidas estaduais e municipais, sendo que, até atingir aquele valor em 2013, o Governo Federal havia levado mais de cinco anos sem revisar o valor de seus repasses por habitante/ano.

Tabela 6. Evolução dos valores per capita dos repasses para aquisição de medicamentos básicos – 2007 a 2016

Normativo / Ente	Valor por habitante ao ano				Aumento (2013 / 2007)
	Portaria nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007	Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009(*)	Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010	Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013	
União	R\$ 4,10	R\$ 5,10	R\$ 5,10	R\$ 5,10	24%
Estados	R\$ 1,50	R\$ 1,86	R\$ 2,36	R\$ 2,36	57%
Municípios	R\$ 1,50	R\$ 1,86	R\$ 2,36	R\$ 2,36	57%
Total	R\$ 7,10	R\$ 8,82	R\$ 9,82	R\$ 9,82	38%

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa (2017).

Também permanece o mesmo valor de R\$ 24.000,00/ano repassado pelo Governo Federal aos municípios de até 100.000 habitantes habilitados no Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica – QUALIFAR-SUS, instituído a partir de 2012, para utilização em despesas de custeio. Na prática, considerando

a inflação, há uma perda nos valores repassados aos municípios, considerando que, no período de julho/2013 a dez/2016, o INPC e o IPCA acumulados atingiram cerca de 29%.

A partir de agosto de 2017, o valor repassado pelo MS aumentou em cerca de 9,4%, para R\$ 5,58 por habitante/ano, em decorrência do fechamento das unidades da RP do PFPB, devendo os municípios adquirirem os medicamentos que a RP do PFPB deixou de fornecer com o fechamento de suas unidades. Na prática, este reajuste não cobre sequer a perda do valor de compra decorrente do reajuste de preços dos medicamentos nos últimos anos.

Assim, nos últimos anos, verifica-se que a RP do PFPB tem congelado os preços de seus medicamentos, apesar de os normativos do MS definirem que seus preços devem refletir os custos de produção, armazenamento e dispensação; que os VR do ATFP têm diminuído consideravelmente para vários medicamentos, na contramão dos aumentos de preços autorizados pela CMED; e que os valores medianos para aquisição dos medicamentos básicos pelos municípios alagoanos têm aumentado nos últimos dois anos acima da inflação, apesar de o valor dos repasses federais não ter aumentado nos últimos quatro anos, implicando num aumento de desembolso maior pelos municípios do que pelo Governo federal.

4.5 Comparativo dos programas

Foi realizada a comparação para uma relação de 119 medicamentos fornecidos pelo PFB, que também são fornecidos pela RP do PFPB ou pela Rede Privada do PFPB (não necessariamente por ambas as redes).

Para os preços da RP do PFPB, foi realizado levantamento dos valores de aquisição dos medicamentos da Fiocruz em 2016 constantes em suas Atas de Registros de Preços do Portal Comprasnet (BRASIL, 2016b), bem como de seus preços de dispensação. Tendo em vista a impossibilidade de determinar os custos de dispensação que a Fiocruz e os entes conveniados possuem com a RP do PFPB, foi realizada uma análise considerando o mesmo valor de R\$ 0,084 como custos de dispensação, que foi somado aos seus valores de aquisição, demonstrados na tabela abaixo, considerando que os custos de dispensação na RP do PFPB sejam semelhantes aos do PFB para fins de análise.

Em relação aos valores do ATFP da rede privada, foi utilizado o VR e descontado o percentual de 4,27% relativo à carga tributária, que foi o percentual identificado por Carraro (2014) em sua pesquisa, definindo-se um valor de referência ajustado (VRA). De acordo com Carraro (2014), o VRA (valor pago pelo MS, descontada a carga tributária) representa o gasto total do governo com a farmácia privada.

A tabela abaixo apresenta resumo do comparativo com 12 medicamentos. Além dos valores dos medicamentos, considerou-se a média de R\$ 0,084 de gasto operacional por unidade farmacotécnica para o PFB e para a RP do PFPB. Na tabela constam:

- Os valores medianos pagos pelos municípios aos fornecedores do PFB (VM) e o custo total de disponibilização (CT) equivalente ao VM mais o valor de R\$ 0,084 relativos aos custos de dispensação por unidade;
- Os preços de dispensação da RP do PFPB (PD), e os preços de aquisição identificados nas atas de registros de preços firmadas pela Fiocruz (PA) e os preços de aquisição ajustados (PAJ), considerando o PA mais o valor de R\$ 0,084 relativos aos custos de dispensação por unidade;
- Os valores de referência pagos pelo MS às farmácias privadas (VR) e o valor de referência ajustado (VRA) com o desconto de 4,27%.

Tabela 7. Comparativo do gasto total por unidade farmacotécnica do PFB, do PFPB (RP) e do PFPB (Rede Privada) - 2016

Medicamento	Apresentação	Farmácia Básica - Municípios (PFB)		PFPB - Rede Própria (RP)			ATFP (farmácias privadas)		Diferença PFB/RP Preço de aquisição (VM/PA-1)	Diferença RP Preço de Dispensação/aquisição (PD/PA-1)	Diferença PFB/ATFP (CT/VRA-1)	Diferença RP Preço de Dispensação/10% do ATFP (PD/VRA - 1)	Diferença RP Preço de Aquisição Ajustado/ATFP (PAJ/VRA - 1)
		Valor mediano (VM)	(CT) (VM + R\$ 0,084)	Preço de dispensação (PD)	Preço de Aquisição (PA)	PA Ajustado (PAJ) (PA + R\$ 0,084)	Valor de referência (VR)	VR Ajustado (VRA) (VR - 4,27%)					
Acetato de medroxiprogesterona	150 mg/ml	R\$ 6,34	R\$ 6,42	R\$ 1,24	R\$ 10,53	R\$ 10,61	R\$ 12,36	R\$ 11,832	-40%	-88%	-46%	0%	-10%
Atenolol	25mg/cp	R\$ 0,04	R\$ 0,12	R\$ 0,00	R\$ 0,02	R\$ 0,10	R\$ 0,11	R\$ 0,105	100%	-	18%	-	-1%
Captopril	25mg/cp sulcado	R\$ 0,04	R\$ 0,12	R\$ 0,00	R\$ 0,04	R\$ 0,13	R\$ 0,19	R\$ 0,182	-6%	-	-32%	-	-30%
Enalapril	10mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,15	R\$ 0,00	R\$ 0,08	R\$ 0,16	R\$ 0,26	R\$ 0,249	-12%	-	-40%	-	-36%
Noretisterona + estradiol	sol. Inj. 50mg+5mg	R\$ 5,00	R\$ 5,08	R\$ 1,13	R\$ 6,36	R\$ 6,45	R\$ 11,31	R\$ 10,827	-21%	-	-53%	0%	-40%
Glibenclamida	5mg/cp	R\$ 0,04	R\$ 0,12	R\$ 0,00	R\$ 0,02	R\$ 0,11	R\$ 0,09	R\$ 0,086	61%	-	44%	-	26%
Hidroclorotiazida	25mg/cp	R\$ 0,03	R\$ 0,11	R\$ 0,00	R\$ 0,01	R\$ 0,10	R\$ 0,06	R\$ 0,057	105%	-	98%	-	72%
Losartana	50mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,15	R\$ 0,00	R\$ 0,04	R\$ 0,12	R\$ 0,30	R\$ 0,287	84%	-	-46%	-	-58%
Metformina	500mg/cp	R\$ 0,08	R\$ 0,16	R\$ 0,00	R\$ 0,06	R\$ 0,14	R\$ 0,12	R\$ 0,115	40%	-	43%	-	23%
Metformina	850mg/cp	R\$ 0,09	R\$ 0,17	R\$ 0,00	R\$ 0,05	R\$ 0,14	R\$ 0,16	R\$ 0,153	65%	-	14%	-	-9%
Propranolol (Cloridrato)	40mg/cp	R\$ 0,03	R\$ 0,11	R\$ 0,00	R\$ 0,02	R\$ 0,10	R\$ 0,07	R\$ 0,067	50%	-100%	70%	-	55%
Sinvastatina	20mg/cp	R\$ 0,11	R\$ 0,19	R\$ 0,38	R\$ 0,06	R\$ 0,14	R\$ 0,26	R\$ 0,249	80%	553%	-24%	1400%	-43%

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa (2017).

Na comparação entre o Preço de Aquisição da RP do PFPB e os preços medianos de aquisição do PFB, verificou-se que os valores são, em média, 34% maiores no PFB do que os preços de aquisição da RP, sendo que 62 medicamentos possuem valores medianos maiores no PFB, 27 possuem valores medianos menores no PFB e 1 medicamento possui valor mediano no PFB semelhante ao de aquisição da RP.

A diferença a maior no PFB parece se dar especialmente pelo fato de a Fiocruz utilizar pregão eletrônico em suas aquisições, diferentemente dos municípios alagoanos, que utilizam em sua maioria o pregão presencial, o que limita a participação de licitantes, a competitividade e a obtenção de melhores preços, além de não possuir o mesmo nível de transparência do pregão eletrônico, bem como pelo ganho de escala.

Comparando-se os preços de dispensação da RP e seus preços de aquisição, 38 medicamentos são vendidos acima do valor pago aos fornecedores e 35 são vendidos abaixo do valor pago aos fornecedores. Na média, mesmo considerando os valores dos medicamentos fornecidos abaixo do preço de aquisição, os valores de dispensação são 41% maiores que os valores de aquisição, sem considerar os medicamentos que são fornecidos gratuitamente. No entanto, esta comparação não considera os demais custos de disponibilização (repasses aos municípios para gestão das unidades da RP, logística e demais despesas), e não é possível afirmar se esta diferença seria suficiente para cobrir os custos logísticos e de disponibilização que a RP possuía.

Na comparação entre o PFB e o ATFP, os valores são 234% maiores, em média, no PFB, sendo que 20 medicamentos possuem custo total maior no PFB e 11 possuem custo total menor que os valores de referência do ATFP.

Já ao se comparar os preços de aquisição ajustados da RP do PFPB e o ATFP, verifica-se que, na RP, os valores são, na média geral, 12% menores, sendo que 4 medicamentos possuem preços maiores na RP e 10 medicamentos possuem preços menores na RP. No entanto, esta comparação é parcialmente prejudicada pelo fato de o Preço de Aquisição da RP do PFPB não incluir os custos logísticos de distribuição às unidades, mas somente para os depósitos centrais da rede.

Cabe mencionar a dificuldade de mensurar as despesas da Fiocruz com a RP, uma vez que os seus pagamentos com o PFPB em 2015 foram realizados tanto por meio das Ações Orçamentárias 20YR - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil Pelo Sistema de Gratuidade e 20YS - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Copagamento (que também contemplam os pagamentos realizados pelo MS à rede privada do ATFP), como pela Ação Orçamentária 2000 - Administração da Unidade (que também contempla despesas de manutenção da unidade). Em 2016, a Fiocruz utilizou-se somente das ações 20YS e 2000.

Em relação ao PFB, cabe ressaltar que este contempla uma relação de medicamentos maior que a RP e o ATFP; no entanto, de modo geral, seus valores poderiam ser menores se o Pregão Eletrônico fosse utilizado de forma rotineira, aumentando a competitividade.

Em relação aos medicamentos fornecidos em todos os 3 programas (PFB, RP e ATFP/Rede Privada), 4 possuem custo menor no PFB, 5 possuem custo menor na RP, e 5 possuem custo menor no ATFP da rede privada.

Assim, não é possível afirmar que o ATFP seja menos vantajoso em relação à aquisição de medicamentos pelos municípios alagoanos. Desta forma, o ATFP tem potencial para a ampliação do seu rol de medicamentos, que ainda é enxuto se comparado ao PFB e à RP do PFPB. Apesar de possuir um custo médio menor que a ATFP em 12%, a RP não possuía a mesma capilaridade das redes privadas de farmácia, limitando o acesso aos medicamentos da população, além de os valores da RP do PFPB não contemplarem os custos logísticos de distribuição às suas unidades.

4.6 Análise por quantitativos

Com base nas informações fornecidas pelo MS, foi realizada uma comparação utilizando como base os custos totais estimados do PFB, da RP do PFPB do ATFP, considerando, também, os quantitativos dispensados pela rede privada do ATFP, para melhor avaliação.

A tabela abaixo demonstra 14 medicamentos dos três programas (PFB, RP e ATFP da rede privada), onde se verifica que o medicamento Losartana Potássica corresponde a cerca de 52% das despesas do ATFP da rede privada em Alagoas nesta comparação, possuindo custo maior nesta modalidade do que nas demais (PFB e RP). Ao se considerar todos os medicamentos comparados, a RP se mostra mais vantajosa, seguida do PFB. No entanto, ao se excluir o medicamento Losartana Potássica, a RP ainda se mostra mais vantajosa, mas com pouca diferença em relação ao ATFP da rede privada, e o PFB se mostra o menos vantajoso. A comparação também é parcialmente prejudicada pelo fato de o Preço de Aquisição da RP do PFPB não incluir os custos logísticos de distribuição às unidades, mas somente para os depósitos centrais da rede.

Tabela 8. Comparativo do gasto total x quantitativo disponibilizado pela rede privada em Alagoas, com base nos custos do PFB, do PFPB (RP) e do PFPB (Rede Privada) – 2016

Medicamento	Quantidade	PFB Mu-	RP	ATFP	PFB Municípios	RP	ATFP	%
		nicipios	Preço de	Valor de	CT X quant.	PAJ x quant.	VRA x quant.	
		Custo	Aquisição	referência				
		Total (CT)	Ajustado	ajustado				
		(VM + R\$	(PAJ) (PA +	(VRA) (VR -				
		0,084)	R\$ 0,084)	4,27%)				
Acetato de medroxiprogesterona 150mg	23	R\$ 6,42	R\$ 10,61	R\$ 11,832	R\$ 147,64	R\$ 244,12	R\$ 272,14	0,00%
Alendronato de sódio 70mg	58.782	R\$ 0,72	R\$ 0,37	R\$ 1,790	R\$ 42.558,17	R\$ 21.508,33	R\$ 105.228,66	0,82%
Atenolol 25mg	3.894.550	R\$ 0,12	R\$ 0,10	R\$ 0,105	R\$ 482.924,20	R\$ 405.033,20	R\$ 410.107,80	3,18%
Captopril 25mg	3.645.050	R\$ 0,12	R\$ 0,13	R\$ 0,182	R\$ 451.986,20	R\$ 461.098,83	R\$ 662.987,21	5,14%

Medicamento	Quantidade	PFB Municípios	RP	ATFP	PFB Municípios	RP	ATFP	%
		Custo Total (CT) (VM + R\$ 0,084)	Preço de Aquisição Ajustado (PAJ) (PA + R\$ 0,084)	Valor de referência ajustado (VRA) (VR - 4,27%)	CT X quant.	PAJ x quant.	VRA x quant.	
Carbidopa 25mg + levodopa 250mg	20.310	R\$ 0,51	R\$ 0,38	R\$ 0,613	R\$ 10.439,34	R\$ 7.732,02	R\$ 12.443,37	0,10%
Cloridrato de metformina 500mg	1.082.670	R\$ 0,16	R\$ 0,14	R\$ 0,115	R\$ 177.557,88	R\$ 152.656,47	R\$ 124.372,80	0,96%
Cloridrato de metformina 850mg	11.107.560	R\$ 0,17	R\$ 0,14	R\$ 0,153	R\$ 1.932.715,44	R\$ 1.540.618,57	R\$ 1.701.322,75	13,19%
Cloridrato de propranolol 40mg	1.036.500	R\$ 0,11	R\$ 0,10	R\$ 0,067	R\$ 118.161,00	R\$ 107.796,00	R\$ 69.456,90	0,54%
Glibenclamida 5mg	8.240.340	R\$ 0,12	R\$ 0,11	R\$ 0,086	R\$ 1.021.802,16	R\$ 897.373,03	R\$ 709.962,97	5,50%
Hidroclorotiazida 25mg	9.854.660	R\$ 0,11	R\$ 0,10	R\$ 0,057	R\$ 1.123.431,24	R\$ 971.669,48	R\$ 566.031,96	4,39%
Losartana potássica 50mg	23.516.826	R\$ 0,15	R\$ 0,12	R\$ 0,287	R\$ 3.621.591,20	R\$ 2.869.052,77	R\$ 6.753.797,26	52,36%
Maleato de enalapril 10mg	3.964.920	R\$ 0,15	R\$ 0,16	R\$ 0,249	R\$ 594.738,00	R\$ 630.422,28	R\$ 986.860,66	7,65%
Sinvastatina 20mg	3.116.060	R\$ 0,19	R\$ 0,14	R\$ 0,249	R\$ 588.935,34	R\$ 443.103,73	R\$ 775.581,10	6,01%
Valerato de estradiol 5mg + enantato de noretister	1.800	R\$ 5,08	R\$ 6,45	R\$ 10,827	R\$ 9.151,20	R\$ 11.603,70	R\$ 19.488,71	0,15%
Total					R\$ 10.176.139,01	R\$ 8.519.912,53	R\$ 12.897.914,29	100,00%
Total excluindo Losartana Potássica					R\$ 6.554.547,81	R\$ 5.650.859,75	R\$ 6.144.117,03	

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa (2017).

Tabela 9. Comparação do gasto total x quantitativo disponibilizado pela rede privada em Alagoas, com base nos custos do PFB e da rede privada – 2016

Medicamento	Quantidade	Farmácia Básica - Municípios (PFB)	ATFP	Farmácia Básica - Municípios (PFB)	ATFP	%
		CT (VM + R\$ 0,084)	VRA (VR - 4,27%)	CT X quant.	VRA x quant.	
Acetato de medroxiprogesterona 150mg	23	R\$ 6,42	R\$ 11,832	R\$ 147,64	R\$ 272,14	0,00%
Alendronato de sódio 70mg	58.782	R\$ 0,72	R\$ 1,790	R\$ 42.558,17	R\$ 105.228,66	0,38%
Atenolol 25mg	3.894.550	R\$ 0,12	R\$ 0,105	R\$ 482.924,20	R\$ 410.107,80	1,50%
Brometo de ipratrópio 0,25mg	4.380	R\$ 0,96	R\$ 0,258	R\$ 4.200,42	R\$ 1.132,10	0,00%
Budesonida 32mcg	282.000	R\$ 0,11	R\$ 0,048	R\$ 30.503,00	R\$ 13.497,93	0,05%
Budesonida 50mcg	572.080	R\$ 0,25	R\$ 0,067	R\$ 143.401,39	R\$ 38.335,65	0,14%
Captopril 25mg	3.645.050	R\$ 0,12	R\$ 0,182	R\$ 451.986,20	R\$ 662.987,21	2,42%
Carbidopa 25mg + levodopa 250mg	20.310	R\$ 0,51	R\$ 0,613	R\$ 10.439,34	R\$ 12.443,37	0,05%

Medicamento	Quantidade	Farmácia Básica - Municípios (PFB)	ATFP	Farmácia Básica - Municípios (PFB)	ATFP	
		CT (VM + R\$ 0,084)	VRA (VR - 4,27%)	CT X quant.	VRA x quant.	%
Clor. de benserazida 25mg + levodopa 100mg	731.850	R\$ 0,51	R\$ 0,613	R\$ 376.170,90	R\$ 448.384,00	1,64%
Cloridrato de metformina 500mg	1.082.670	R\$ 0,16	R\$ 0,115	R\$ 177.557,88	R\$ 124.372,80	0,45%
Cloridrato de metformina 850mg	11.107.560	R\$ 0,17	R\$ 0,153	R\$ 1.932.715,44	R\$ 1.701.322,75	6,21%
Cloridrato de propranolol 40mg	1.036.500	R\$ 0,11	R\$ 0,067	R\$ 118.161,00	R\$ 69.456,90	0,25%
Dipropionato de beclometsona 200mcg	122.380	R\$ 0,43	R\$ 0,239	R\$ 52.501,02	R\$ 29.288,59	0,11%
Dipropionato de beclometsona 250mcg	1.631.800	R\$ 0,36	R\$ 0,144	R\$ 585.816,20	R\$ 234.318,32	0,86%
Dipropionato de beclometsona 50mcg	175.200	R\$ 0,19	R\$ 0,067	R\$ 32.412,00	R\$ 11.740,33	0,04%
Glibenclamida 5mg	8.240.340	R\$ 0,12	R\$ 0,086	R\$ 1.021.802,16	R\$ 709.962,97	2,59%
Hidroclorotiazida 25mg	9.854.660	R\$ 0,11	R\$ 0,057	R\$ 1.123.431,24	R\$ 566.031,96	2,07%
Insulina humana NPH 100ui/ml	451.078	R\$ 18,28	R\$ 25,416	R\$ 8.247.510,15	R\$ 11.464.740,54	41,88%
Insulina humana regular 100ui/ml	47.006	R\$ 19,03	R\$ 25,416	R\$ 894.712,20	R\$ 1.194.719,30	4,36%
Losartana potássica 50mg	23.516.826	R\$ 0,15	R\$ 0,287	R\$ 3.621.591,20	R\$ 6.753.797,26	24,67%
Maleato de enalapril 10mg	3.964.920	R\$ 0,15	R\$ 0,249	R\$ 594.738,00	R\$ 986.860,66	3,60%
Maleato de timolol 2,5mg	25	R\$ 7,77	R\$ 0,191	R\$ 194,35	R\$ 4,79	0,00%
Maleato de timolol 5mg	3.765	R\$ 2,31	R\$ 0,460	R\$ 8.693,39	R\$ 1.730,03	0,01%
Sinvastatina 10mg	61.680	R\$ 0,19	R\$ 0,124	R\$ 11.965,92	R\$ 7.676,01	0,03%
Sinvastatina 20mg	3.116.060	R\$ 0,19	R\$ 0,249	R\$ 588.935,34	R\$ 775.581,10	2,83%
Sinvastatina 40mg	994.670	R\$ 0,27	R\$ 0,479	R\$ 272.539,58	R\$ 476.098,80	1,74%
Sulfato de salbutamol 100mcg	5.629.000	R\$ 0,13	R\$ 0,096	R\$ 731.629,28	R\$ 538.864,17	1,97%
Sulfato de salbutamol 5mg	21.460	R\$ 4,30	R\$ 0,842	R\$ 92.363,84	R\$ 18.078,42	0,07%
Valerato de estradiol 5mg + enantato de noretister	1.800	R\$ 5,08	R\$ 10,827	R\$ 9.151,20	R\$ 19.488,71	0,07%
Total	80.268.425			R\$ 21.660.752,64	R\$ 27.376.523,28	100,00%
Total excluído Losartana Potássica				R\$ 18.039.161,44	R\$ 20.622.726,02	
Total excluído Losartana Pot. e Insulina NPH				R\$ 9.791.651,29	R\$ 9.157.985,48	

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa (2017).

Na tabela acima, foi ampliada a comparação, considerando 29 medicamentos disponibilizados no PFB e na rede privada do ATFP, uma vez que há medicamentos que não são fornecidos pela RP do PFPB. Verifica-se que as maiores despesas do ATFP se referem aos medicamentos Losartana Potássica e Insulina Humana NPH, e, na comparação, verifica-se que o PFB se mostra mais vantajoso. No entanto, ao se excluir estes dois medicamentos, o ATFP se mostra mais vantajoso que o PFB, devendo-se considerar não somente a vantagem financeira, mas também da capilaridade da rede de farmácia privadas e da ampliação do acesso aos medicamentos e à assistência farmacêutica.

A pesquisa apontou resultados diferentes das pesquisas de Silva (2014) e Carraro (2014), nas quais os custos estimados, em geral, foram menores que os valores de referência do ATFP em, respectivamente, 20 de 25 medicamentos na SMS-Rio e em todos os 13 medicamentos comparados na segunda pesquisa. Em Alagoas, 16 de 26 medicamentos tiveram custos estimados maiores no PFB em relação ao ATFP, ou seja, somente 10 de 26 medicamentos tiveram custos menores no PFB.

A variação nos resultados das pesquisas pode ser explicada pela redução dos VR do ATFP nos últimos anos e pela abrangência da pesquisa dos autores, uma vez que a pesquisa de Silva (2014) se limitou à capital fluminense, que, com sua população de cerca de 6,5 milhões de habitantes e maiores recursos envolvidos, possui maior poder de compra e de economia de escala, diferentemente dos 64 municípios alagoanos pesquisados, que, excluída a capital de Alagoas, possuem, em média, 23 mil habitantes cada. Por outro lado, acrescenta-se oportunamente que a pesquisa de Carraro (2014) abrangeu 12 municípios de diferentes portes, distribuídos nas cinco regiões do Brasil.

Enquanto Silva (2014) apontou que, considerando os quantitativos da SMS-Rio, o ATFP custava cerca de 2,5 vezes mais que o PFB, e Carraro (2014) apontou que, sem considerar quantitativos, o ATFP custava cerca de 150,1% a mais que o PFB, a pesquisa mostrou que, em Alagoas, considerando os quantitativos do ATFP, este custa cerca de 26% a mais que o PFB, e, excluídos os medicamentos Losartana Potássica e Insulina NPH, o ATFP custa quase 6,5% menos que o PFB.

O presente estudo verificou que, assim como concluiu Silva (2014), a diferença de custos entre o ATFP e as SMS sinaliza que alguns valores de referência poderiam ser objetos de exame para sua redução. É importante destacar que, conforme apontou Carraro (2014), o ATFP possui melhor aproveitamento da capacidade produtiva da sua estrutura, pois, além de prestar um serviço público e privado ao mesmo tempo, seus custos de natureza fixa não aumentam na mesma proporção que os aumentos de demanda.

Enquanto o MS alega que 80% das despesas da RP do PFPB são referentes às despesas operacionais e somente 20% com a aquisição de medicamentos (BRASIL, 2017d), a pesquisa de Silva (2014) registrou que cerca de 41,3% dos custos da SMS-Rio eram relativos às despesas de dispensação e logística e 58,7% com a aquisição de medicamentos; Carraro (2014) apontou que os custos de aquisição do ATFP representavam 60% do total financiado pelo MS, e os 40% restantes deveriam cobrir as despesas das farmácias privadas e garantir a obtenção de seu lucro, havendo, assim, margem para redução dos VR.

Em termos proporcionais, considerando os estudos anteriores, a RP do PFPB se mostra a de menor vantagem devido aos seus altos custos operacionais (80% de acordo com o MS), sendo os custos operacionais bastantes próximos no ATFP (40%) e na SMS-Rio (41,3%), além de o ATFP ter a vantagem de ter uma vasta rede para atendimento à população, muito superior à RP do PFPB e ao PFB.

4.7 Insulina e o ATFP

Em setembro de 2017, foi divulgada a notícia de que o Ministério da Saúde estuda retirar a insulina do ATFP se o preço não for reduzido (FORMENTI, 2017), pois o seu VR seria até 2,8 vezes maior que o valor pago diretamente pela rede pública. De acordo com a publicação, o governo estaria fazendo pressão para que o mercado farmacêutico aceite a redução dos valores pagos pelo governo sob risco de excluir o medicamento do rol do ATFP.

Considerando os quantitativos, os medicamentos Losartana e Insulina NPH são os que necessitam maior atenção do governo na definição de seus VR. Como as Insulinas (Regular e NPH) necessitam de refrigeração e possuem valores unitários altos, são necessários estudos maiores sobre seus custos de transporte e armazenagem para se concluir qual programa possui menor custo na sua distribuição à população.

Se, em vez de considerar o valor de R\$ 0,084 como custo de dispensação, passar-se a considerar o percentual de 41,3% do custo total, semelhante à SMS-Rio, o gasto da Insulina NPH no PFB seria de cerca de R\$ 31,00 em Alagoas (cerca de R\$ 18,20 pago aos fornecedores mais cerca de R\$ 12,80 de custos de dispensação), valor este maior do que o VR pago ao ATFP (R\$ 26,55), e no caso da Losartana, seu custo total seria de R\$ 0,11 no PFB contra R\$ 0,29 do ATFP. Ou seja, independente do critério considerado para despesas operacionais, a Losartana sempre tem um custo maior ao governo no ATFP do que no PFB, mas o mesmo não se observa em relação à Insulina.

4.8 Considerações sobre a rede do PFB, da RP do PFPB e do ATFP

Em Alagoas, 58 dos 102 municípios responderam a um questionário relativo aos dados sobre a sua rede de farmácias básicas (56% dos municípios, representando 41% da população do estado), em que se verificou que, além de os municípios possuírem uma Central de Abastecimento Farmacêutico (Central Farmacêutica) cada:

- Há cerca de 1 farmácia básica para cada 4.050 habitantes. No entanto, este quantitativo não é proporcional para cada município, havendo, por exemplo, 4 municípios com população entre 21.000 e 27.000 habitantes que possuem somente 1 farmácia básica cada, e município com 24.000 habitantes com 15 farmácias básicas, a maioria dentro de suas Unidades Básicas de Saúde;
- Cerca de 28% das farmácias básicas possuem farmacêutico e 54% contam com auxiliares de farmácia, havendo cerca de 1 farmacêutico para cada 14.200 habitantes. Assim, cerca de 72% das farmácias não contam com profissional farmacêutico, ficando a cargo de auxiliares de farmácia ou de profissionais das Unidades Básicas de Saúde a tarefa de entrega de medicamentos e orientação aos pacientes;
- 48% dos municípios utilizam o sistema Hórus em suas farmácias básicas. No entanto, na maioria dos municípios, a alimentação dos dados das farmácias básicas se restringe às unidades que possuem farmacêutico, ou seja, cerca de 28% das farmácias básicas.

Na análise das contratações efetuadas pelos municípios alagoanos, verificou-se que cerca de 76% dos distribuidores estão sediados na região Nordeste, sendo cerca de 25% em Alagoas, o que contribui para o desenvolvimento da economia da região e reduz custos com transportes, apesar deste custo também depender da localização dos fabricantes.

Em relação à utilização do sistema Hórus, verifica-se um alto grau de utilização nas centrais farmacêuticas (95%) do PFB, apesar de o grau de utilização nas unidades de dispensação ainda ser baixo (28%), o que pode prejudicar o controle do uso dos medicamentos.

Considerando os dados acima, pode-se estimar que em Alagoas há cerca de 829 farmácias básicas espalhadas em seus 102 municípios, sendo 236 com farmacêuticos.

Em relação à RP do PFPB, em maio de 2017 existiam 504 unidades espalhadas em 409 municípios do Brasil (8,8% dos municípios), sendo 9 unidades em Alagoas espalhadas em 9 dos seus 102 municípios. Em 2012, ano em que havia mais unidades em operação, havia 558 unidades espalhadas em 441 municípios, tendo havido, portanto, uma redução de cerca de 10% no número de unidades dos últimos 5 anos.

A RP do PFPB prevê que, a depender do seu porte, cada unidade deve contar com 2 farmacêuticos (1 gerente e 1 corresponsável) e 6 assistentes/auxiliares de gestão. De acordo com o Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil - Rede Própria (BRASIL, 2014c), a orientação farmacêutica visa esclarecer ao usuário sobre a importância e os cuidados relativos ao seu tratamento, contribuindo para sua efetiva adesão e prevenção dos agravos decorrentes do uso incorreto dos medicamentos. É comum que as unidades menores da RP do PFPB tenham somente um farmacêutico e um quantitativo menor de auxiliares.

Em maio de 2017, existiam 34.543 farmácias cadastradas no ATFP no Brasil, espalhadas em 4.463 dos 5.570 municípios do Brasil (80% dos municípios), sendo 180 farmácias em Alagoas, distribuídas em 55 dos seus 102 municípios (54% dos municípios). As farmácias privadas do ATFP devem contar com, pelo menos, 1 farmacêutico, além de seus auxiliares de farmácia. No entanto, de acordo com Mattos (2015), a falta de farmacêuticos nas unidades é bastante comum, e, apesar de o ATFP garantir alta disponibilidade dos medicamentos, a qualidade dos serviços pode ser considerada tão insatisfatória como no PFB, já que o atendimento também é realizado por profissionais pouco qualificados, não há preocupação com a atenção, cuidado e acompanhamento, além da total desarticulação com o SUS e de seu ambiente de funcionamento de lógica altamente mercantil, com foco principal na distribuição de insumos. No entanto, apesar das críticas de Mattos (2015), é importante lembrar o papel fiscalizador dos Conselhos Regionais de Farmácia sobre as farmácias do ATFP e seu poder legal de atuação para correção de seus problemas.

De acordo com o MS, em 2016 foram 267.657 pacientes atendidos pelo ATFP em Alagoas, ou seja, cerca de 8% da população do estado, sendo 47% somente com medicamentos para hipertensão (124.965 pacientes) e 24% com medicamentos para diabetes (63.512 pacientes). De acordo com o IBGE (BRASIL, 2014d), cerca

de 8,9% da população maior de 18 anos possui diabetes e 25,7% sofre de hipertensão, assim, o ATFP parece atender cerca de 22% dos hipertensos e 33% dos diabéticos de Alagoas.

No Brasil, no geral, foram 21.504.586 pacientes atendidos em 2016 pelo ATFP, ou seja, cerca de 10,6% da população. Cabe observar que o MS não desmembrou os pacientes que fizeram tratamento para mais de uma doença, assim, o número efetivo de pacientes tende a ser menor.

A Fiocruz informou o quantitativo de medicamentos entregues pela RP do PFPB, atingindo cerca de 111,3 milhões de unidades em 2016, o que representa somente 0,9% do quantitativo entregue pelo ATFP no mesmo ano (12,2 bilhões de unidades), o que é reflexo do número pequeno de unidades existentes da RP do PFPB, apesar de a lista de medicamentos da RP do PFPB ser maior do que a lista do ATFP. Considerando estes dados, é possível estimar que somente 0,1% da população no Brasil foi atendida pela RP do PFPB em 2016, muito inferior aos 10,6% atendidos pelo ATFP.

Assim, apesar de haver um número superior de farmácias básicas nos municípios, o percentual de farmácias com farmacêutico (28%) é proporcionalmente baixo em relação às modalidades do PFPB (RP e ATFP). Desta forma, o número de farmácias privadas do ATFP em Alagoas (180) já é bastante próximo do número estimado de farmácias básicas com farmacêutico no estado (236), apesar de o ATFP estar restrito, atualmente, a 55 municípios alagoanos. Apesar de possuir custos estimados menores, o número de 9 farmácias da RP (e de municípios atendidos) era muito pequeno em relação ao ATFP e ao PFB.

Também é preciso considerar que muitas farmácias privadas do ATFP possuem horário ampliado de funcionamento (algumas funcionam 24 horas), e, nesse sentido, há um ganho para a população em relação à disponibilidade e acessibilidade dos medicamentos.

Cabe mencionar a falta de interligação entre os programas, uma vez que cabe aos pacientes verificarem a disponibilidade dos medicamentos em cada um destes, quando poderia se ter esta informação diretamente na unidade de saúde se houvesse um sistema de informação com os dados dos estoques dos programas. Alternativamente, poderia haver processos interligados de fornecimento entre os programas, mesmo que com entrega não imediata aos pacientes, em que estes poderiam se dirigir somente a uma unidade de saúde (pública ou privada) para fazer a solicitação e retirada, e até mesmo se considerar a entrega por motoboys ou por agentes comunitários de saúde.

Enquanto o PFB, conforme apontou Mattos (2015), funciona de forma precária e sofre com problemas estruturais e de recursos humanos, além de deficiências nas etapas de programação, aquisição e logística, há uma priorização financeira, política e simbólica do ATFP enquanto política pública. Essa priorização decorre do aumento progressivo do número de farmácias privadas conveniadas e de gastos com o ATFP, enquanto os repasses federais per capita para o PFB aumentou somente 24% de 2007 a 2016, muito abaixo da inflação do período. A RP do PFPB, que foi criado em 2004 para sanar os problemas do PFB, nunca teve expressão

em número de unidades/municípios atendidos, e, de acordo com o MS, está sendo encerrada por seus altos custos operacionais.

Este estudo entende que, considerando não somente a questão econômica, mas também as dimensões do potencial de ampliação da assistência farmacêutica, da ampliação do acesso aos tratamentos medicamentosos e na melhoria da qualidade do atendimento à população de Alagoas, o ATFP (incluindo a sua vertente SNTP) pode ser mais econômico e eficaz que a distribuição dos medicamentos pelo PFB e pela RP do PFPB no Estado. Dessa forma, o ATFP mostra-se competitivo, apesar de o VR de alguns medicamentos necessitar ser revisto visando a sua diminuição.

5. Considerações Finais

O presente estudo apresentou as políticas públicas federais de assistência farmacêutica básica, (PFB e as vertentes RP e ATFP do PFPB, incluindo a campanha SNTP), as respectivas formas de contratação e remuneração dos medicamentos. O estudo realizou análise considerando os quantitativos dispensados pela rede privada do ATFP. Verificou-se que o medicamento Losartana Potássica corresponde a cerca de 25% das despesas do ATFP em Alagoas, possuindo custo maior nesta modalidade do que nas demais (PFB e RP do PFPB).

O estudo identificou que há cerca de 1 farmácia básica municipal para cada 4.050 habitantes em Alagoas, ou seja, cerca de 829 farmácias no estado, mas somente cerca de 28% destas possuem farmacêutico (cerca de 236 no estado), havendo cerca de 1 farmacêutico para cada 14.200 habitantes, e 54% contam com auxiliares de farmácia. Ainda, 48% dos municípios utilizam o sistema Hórus em suas farmácias básicas. Já a RP do PFPB possuía 9 unidades em Alagoas espalhadas em 9 dos seus 102 municípios, número baixo em relação ao ATFP e ao PFB. O ATFP possui 180 farmácias conveniadas em Alagoas, espalhadas em 55 municípios. Este quantitativo se mostra próximo do número estimado de farmácias básicas com farmacêutico no estado (236).

O baixo quantitativo de farmácias básicas municipais com farmacêutico compromete a qualidade dos serviços, uma vez que, na maioria das unidades, o atendimento é realizado por profissionais pouco qualificados, comprometendo a atenção, o cuidado e o acompanhamento farmacêutico.

O estudo concluiu que, considerando o horário ampliado das farmácias privadas do ATFP e que as farmácias básicas do PFB e a RP do PFPB funcionam somente em horário comercial; a baixa disponibilidade de farmacêuticos na rede pública; a consolidação do ATFP e a ampliação tanto do seu rol de medicamentos quanto do acesso à população aos medicamentos básicos e da atenção farmacêutica; e o número ínfimo de unidades da RP do PFPB, que estão em fase de fechamento de suas unidades; o ATFP tem se mostrado importante e benéfico à população, e se mostra competitivo em relação à aquisição de medicamentos pelos municípios

alagoanos e à RP do PFPB e tem potencial para a ampliação do seu rol de medicamentos, que ainda é enxuto se comparado ao PFB e à RP, mas os valores de referência, especialmente dos medicamentos Losartana e Insulina NPH, precisam ser revistos, considerando as compensações e a representatividade de determinados medicamentos nas despesas do governo. No caso das Insulinas (NPH e Regular), são necessários estudos maiores sobre seus custos de transporte e armazenagem, uma vez que se tratam de medicamentos que necessitam de refrigeração e possuem valores unitários altos.

O estudo sugere que os gestores públicos devem buscar a interligação entre os programas, melhorando os processos de fornecimento à população e a utilização dos recursos do PFB na aquisição de medicamentos não disponibilizados pela RP do PFPB ou pelo ATFP.

Também se mostra necessária uma maior utilização do pregão eletrônico pelo PFB para obtenção de melhores preços, ampliando a competitividade, bem como a modernização da legislação para adoção de mecanismos mencionados pela OMS que possam reduzir as despesas do governo com a aquisição de medicamentos, como o chamado leilão de segundo preço, a utilização de cotas, o incentivo ao uso de genéricos e a divulgação obrigatória de preços de medicamentos similares mais baratos, além de estudos de viabilidade da participação das farmácias de manipulação no ATFP, de forma a melhorar o acesso da população ao programa e reduzir seus custos.

Ainda, o modelo de financiamento deve ser revisto, considerando as responsabilidades dos âmbitos municipais e estaduais, uma vez que não há contrapartida destes entes no ATFP.

Referências bibliográficas

ANDRADE, N. N. *Avaliação de economicidade da política pública de assistência farmacêutica básica: uma comparação dos custos dos medicamentos em Alagoas do Programa de Assistência Farmacêutica Básica e do Programa Farmácia Popular do Brasil*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/24538>>. Acesso em 9 nov. 2017.

ARAGÃO JÚNIOR, G. A. *Avaliação política do programa Farmácia Popular do Brasil à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2012. Disponível em: <http://www.tedebc.ufma.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=672>. Acesso em: 22 nov. 2015.

BARROS, J. A. C. *Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?* Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/PoliticFarmaceuticas_Cabral.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2016.

BRAGA, M. H. *A assistência farmacêutica no Brasil contemporâneo: a produção pública de medicamento permite ampliar o acesso da população ao uso racional de medicamentos?* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Instituto de Medicina Social, 2011.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/atividade/const/constituicao-federal.asp>>. Acesso em: 22 nov. 2015.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 jan. 2016.

_____. 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 da União*, Brasília, 25 jul. 1997 e retificado em 28 jul. 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/D2283.htm>. Acesso em: 27 jan. 2016.

_____. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 14 abr. 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/10.858.htm>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 21 maio 2004b. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/Decreto/D5090>.

[htm](#)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.587, de 6 de dezembro de 2004. Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 09 dez. 2004c. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2587_06_12_2004.html>. Acesso em: 05 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa "Farmácia Popular do Brasil". *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 mar. 2016 e retificada em 22 mar 2006. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/26/portaria-491.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 04 fev. 2011a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/18/portaria184.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

_____. Tribunal de Contas da União. *Relatório de Auditoria Operacional: Farmácia Popular*. Brasília, 2011b.

_____. Tribunal de Contas da União. *Acórdão nº 2918/2011 – TCU – Plenário (Tc-027.102/2010-6)*. Representação. Programa Farmácia Popular. Ausência de Autorização por Lei Específica. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://www.tcu.gov.br/Consultas/Juris/Docs/judoc/Acord20111114/AC_2918_49_11_P.doc>. Acesso em: 05 fev. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 468, de 9 de maio de 2013: Determinar que nas três esferas de governo do SUS seja estabelecido o direito de todas as pessoas à assistência farmacêutica para o tratamento das doenças de modo resolutivo, com a oferta de todos os medicamentos prescritos no SUS, órteses e próteses, com vigilância do tratamento. *Diário Oficial da União*, Brasília, 14 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2013/Reso468.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil - Rede Própria*. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/23/manual-basico-fp1170511.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde*. Brasília – DF. 2014b. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB). *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 jan. 2016a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/29/portaria-nova-11-16.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. *Comprasnet*: Consulta Ata de Pregão Eletrônico Cód. UASG 254420. Brasília – DF. 2016b. Disponível em: <<http://comprasnet.gov.br/aceso.asp?url=/livre/pregao/ata0.asp>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resoluções da CMED*. Brasília, 2017a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/resolucoes-da-cmed>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Farmácia Popular do Brasil*. Brasília, 2017b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie/farmacia-popular>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA e Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC*. Brasília, 2017c. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/inpc_ipca/defaultinpc.shtm>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Nova Forma de Repasse Amplia em R\$ 80 milhões/ano recursos para oferta de medicamentos*. Brasília, 2017d. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/06/Novo-repasse-para-Assistencia-Farmaceutica.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2017.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Nota Informativa nº 18/2017*: Informa sobre o encerramento da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, 2017e. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Nota-encerramento-Rede-Pr%C3%B3pria-FPB.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2016*: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2017f. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

_____. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. *Portal da Transparência*. Brasília, 2017g. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. Senado Federal. *Painel Cidadão*: SIGA Brasil. Brasília, 2017h. Disponível em: <<http://www9.senado.gov.br/painelcidadao>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

_____. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. *Pesquisa de Relatórios*. Brasília, 2017i. Disponível em: <<https://auditoria.cgu.gov.br/?draw=3&colunaOrdenacao=dataPublicacao&direcaoOrdenacao=DESC&tamanhoPagina=15&offset=0&titulo=&linhaAtuacao=&de=&ate=&ministerios=&orgaos=&estados=&municipios=&fefs=&palavraChave=Assist%C3%A2ncia+Farmac%C3%AAutica+e+Insumos+Estrat%C3%A9gicos+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+B%C3%AIsica+#lista>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

_____. Governo Federal. *Acesso à Informação*. Brasília, 2017j. Disponível em: <<http://www.acesoainfor->

macao.gov.br>. Acesso em: 15 ago. 2017.

CARRARO, W. B. W. H. *Desenvolvimento Econômico do Brasil e o Programa Aqui Tem Farmácia Popular: limitantes e potencialidades*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/103962>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

CHALKIDOU, Kalipso et al. Cost-effective public health guidance: asking questions from the decision-maker's viewpoint. *Health Economics*, mar. 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1277/abstract>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

CHALKIDOU, K.; ANDERSON, G. F.; FADEN, R. Eliminating drug price differentials across government programmes in the USA. *Health Economics*, Cambridge, fev. 2010. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8011178&fileId=S174413310999034X>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

EMMERICK, I. C. M. et al. Farmácia Popular Program: Changes in Geographic Accessibility of Medicines during Ten Years of a Medicine Subsidy Policy in Brazil. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, Londres, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4403833/>>. Acesso em: 22 nov. 2015.

FORMENTI, L. Ministério da Saúde estuda tirar insulina do Farmácia Popular se preço não for reduzido. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 15 set. 2017. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-estuda-tirar-insulina-do-farmacia-popular,70002000306>>. Acesso em: 19 set. 2017.

MATTOS, L. V. *Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14059/1/44.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

MSH, Managing Sciences for Health. *MDS-3: Managing Access to Medicines Technologies*. Arlington, 2012. Disponível em: <<http://www.msh.org/sites/msh.org/files/mds3-jan2014.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Medir precios, disponibilidad, asequibilidad y componentes de los precios de los medicamentos*. Genebra, 2008. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/js16876s/>>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. *Medicines in health systems: advancing access, affordability and appropriate use*. Genebra, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179197/1/9789241507622_eng.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2016.

_____. *Access to new medicines in Europe: technical review of policy initiatives and opportunities for colla-*

boration and research. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2015a. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/I0665/I59405/I/WHO%20Medicines%20Report%20FINAL2015.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

_____. *Internacional Drug Price Indicator Guide*, 2014 Edition. (Updated annually). Medford, 2015b. Disponível em: <http://erc.msh.org/dmpguide/pdf/DrugPriceGuide_2014.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2016.

PINTO, C. D. B. Santos et al. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, ago. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2015.

PORTULHAK, H. ; RAFFAELLI, S. C. D. ; SCARPIN, J. E. A Eficiência das Aplicações de Recursos Voltadas à Saúde Pública nos Municípios Brasileiros: Uma Análise Baseada no Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS). *Anais do Enanpad*, set. 2013. Disponível em <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnANPAD_APB2223.pdf>. Acesso em: 22 nov 2015.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Gastos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil, com medicamentos: uma análise do período 2002-2011. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jun. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000601207&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2015.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Programa "Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, out. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001002943&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2015.

SILVA, R. M. *Programa "Aqui Tem Farmácia Popular": Expansão entre 2006-2012 e comparação com os custos da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014. Disponível parcialmente em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_403ca0384b-4238d6b5d69864c3230aa8>. Acesso em: 22 nov. 2015.

WHORTON, J. C. *Nature Cures: The History of Alternative Medicine in America*. Oxford: Oxford University Press, 2002. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=8N_hBwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 02 fev. 2016.

www.cgu.gov.br

 [cguonline](https://www.facebook.com/cguonline)

 [@transparenciabr](https://twitter.com/transparenciabr)

 [cguoficial](https://www.youtube.com/cguoficial)

MINISTÉRIO DA
TRANSPARÊNCIA E
CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO

