



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

NILSON NOGUEIRA DE ANDRADE

**AVALIAÇÃO DA 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
2017

NILSON NOGUEIRA DE ANDRADE

**AVALIAÇÃO DA 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.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração do Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Francisco de Almeida da Silva Júnior.

Salvador
2017

Escola de Administração - UFBA

A553 Andrade, Nilson Nogueira de.

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 / Nilson Nogueira de Andrade. – 2017. 129 f.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Francisco de Almeida da Silva Júnior. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2017.

1. Farmácia Popular do Brasil (Programa). 2. Política farmacêutica - Brasil. 3. Política de saúde – Brasil. 4. Saúde pública- Alagoas. 5. Medicamentos – Custos – Estudo comparado – Alagoas. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 362.17820981

NILSON NOGUEIRA DE ANDRADE

**AVALIAÇÃO DA 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.

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em
Administração, Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia.

Aprovado em 29 de agosto de 2017.

André Luis Rocha de Souza _____

Doutor em Engenharia Industrial, Salvador, Bahia.
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Antônio Francisco de Almeida da Silva Júnior – Orientador _____

Doutor em Engenharia Aeronáutica e Mecânica, São José dos Campos, São Paulo.
Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA)

Sandro Cabral _____

Doutor em Administração, Salvador, Bahia.
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

AGRADECIMENTOS

A meus pais, que me deram as melhores oportunidades de aprendizado, mesmo com suas limitações, e à minha família.

A Antônio Francisco de Almeida da Silva Júnior, orientador sempre atencioso, pelo incentivo, paciência e inspiração.

Aos meus colegas de trabalho da CGU em Alagoas e de mestrado, em especial José William, Renata e Rodrigo pelo apoio prestado, e Giovanni Pacelli, pela iniciativa de viabilização do curso.

Ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração da UFBA pelo apoio e infraestrutura, e a seus professores, por ampliar minhas perspectivas ao longo desta jornada. À Cristina, funcionária do NPGA, pelo profissionalismo e atenção.

A todas as prefeituras que colaboraram para a realização desta pesquisa e ao Ministério da Saúde.

A todos os amigos e pessoas queridas que me incentivaram e colaboraram para o meu sucesso, em especial, mas não somente, Silvana Bezerra, Maura, Rafael, Aline, Saulo e B. Giselle.

A todas as pessoas que porventura eu tenha esquecido e que mereçam meus mais sinceros agradecimentos.

A Deus pelas oportunidades, pelas conquistas, e por ter colocado pessoas abençoadas e especiais no meu caminho.

Não há evidência clara a demonstrar que a política de investimento socialmente mais vantajosa coincida com a mais lucrativa.

John Maynard Keynes

RESUMO

As ações de assistência terapêutica integral, incluindo farmacêutica, são um direito social revisto em lei. Esta pesquisa 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, se mostra ou não mais econômico que a distribuição de medicamentos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB, executado pela sua Rede Própria (RP, atualmente em fase de extinção) e farmácias privadas (Aqui Tem Farmácia Popular – ATFP). A pesquisa, com enfoque quantitativo, contemplou pesquisa exploratória, análise documental e utilização de questionários para coleta de dados, e análise das informações obtidas. Apesar da inflação, o repasse federal para funcionamento do PFB, bem como para a RP, sofre com a 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. O estudo identificou que 20 medicamentos possuem custo total maior e 11 possuem custo total menor no PFB do que o ATFP, com valores 234% maiores, em média, no PFB. Comparando-se os três programas (PFB, RP e ATFP), 4 possuem custo menor no PFB, 5 possuem custo menor na RP, e 5 possuem custo menor no ATFP da rede privada. Considerando os quantitativos dispensados pela rede privada do ATFP em Alagoas, os medicamentos Losartana Potássica e Insulina NPH correspondem a cerca de 67% das despesas do ATFP, possuindo custos maiores 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. Ao se excluir o medicamento Losartana Potássica, a RP ainda se mostra mais vantajosa, mas com pouca diferença em relação ao ATFP, e o PFB se mostra o menos vantajoso em Alagoas. No entanto, a comparação dos valores da RP não contempla os custos logísticos de entrega às suas unidades, sendo, portanto, limitada neste sentido. O estudo concluiu que o ATFP tem se mostrado válido e benéfico à população, e se mostra vantajoso em relação à aquisição de medicamentos pelos municípios alagoanos e à RP do PFPB, com potencial para a ampliação do seu ainda enxuto rol de medicamentos, considerando: o horário ampliado das farmácias privadas do ATFP; 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. 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-chave: Assistência Farmacêutica. Medicamentos Básicos. Políticas Públicas. Programa Farmácia Popular do Brasil. Aqui Tem Farmácia Popular. Sistema Único de Saúde. Brasil.

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, currently in the process of extinction) and its private pharmacies (Here Has Popular Pharmacy - ATFP). The research with a quantitative approach included exploratory research, documentary analysis and use of questionnaires for data collection and analysis of the information obtained. Despite inflation, the federal spending to the functioning of the PFB, as well as to the RP, suffered from the absence of periodic adjustments, representing a greater burden each year for the municipalities. In parallel, 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. The study identified that 20 drugs have a higher total cost and 11 have a lower overall cost in the PFB than the ATFP with an average 234% higher in the PFB. Comparing the three programs (PFB, RP and ATFP), 4 have lower cost in PFB, 5 have lower cost in RP, and 5 have lower cost in ATFP. Considering the amounts provided by the private pharmacies of the ATFP in Alagoas, the drugs Losartan Potassium and NPH Insulin corresponds to about 67% of the expenses of the ATFP; having a higher cost in this modality than in the others (PFB and RP). When considering all the drugs compared, RP is more advantageous followed by PFB. By excluding the drug Losartan Potassium, RP is still more advantageous, but with little difference in relation to ATFP and PFB is the least advantageous in Alagoas. However, the comparison of RP values does not consider the logistic costs of delivery to its units and is therefore limited in this sense. The study concluded that the ATFP has proved to be valid and beneficial to the population and is advantageous in relation to the acquisition of medicines by the municipalities of Alagoas and RP of the PFPB, and has the potential to expand its lean role of medicines, considering: the extended hours of the private pharmacies of the ATFP; that the basic pharmacies of the PFB and the RP of the PFPB only work during business hours; the low availability of pharmacists in the public units; the consolidation of the ATFP and the expansion of both its role of medicines and access to the population to essential medicines and pharmaceutical care; and the small number of units of the RP of the PFPB. 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 improve care for the population and utilization of public resources.

Keywords: Pharmaceutical Care. Essential Medicines. Public Policies. Popular Pharmacy of Brazil Program. Has Popular Pharmacy Here. Unified Health System. Brazil.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Evolução dos reajustes dos medicamentos e dos índices de preços.....	50
Tabela 2	Evolução dos preços de dispensação dos medicamentos do rol da RP do PFPB.....	51
Tabela 3	Evolução das despesas da RP do PFPB – 2012 a 2016.....	53
Tabela 4	Evolução do quantitativo dispensado pela RP do PFPB – 2014 a 2016.....	54
Tabela 5	Evolução dos quantitativos dispensados pela rede privada do ATFP – 2014 a 2016.....	56
Tabela 6	Evolução dos preços dos medicamentos do ATFP (rede privada).....	57
Tabela 7	Evolução dos preços medianos pagos pelos municípios alagoanos de 2014 a 2016.....	59
Tabela 8	Evolução dos valores per capita dos repasses para aquisição de medicamentos básicos – 2007 a 2016.....	59
Tabela 9	Comparativo do gasto total por unidade farmacotécnica do PFB, do PFPB (RP) e do PFPB (Rede Privada) – 2016.....	62
Tabela 10	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.....	66
Tabela 11	Comparação do gasto total x quantitativo disponibilizado pela rede privada em Alagoas, com base nos custos do PFB e da rede privada – 2016.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATFP	Aqui Tem Farmácia Popular
BPS	Banco de Preços em Saúde
BIOMANGUINHOS	Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEIS	Complexo Econômico Industrial da Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CF	Constituição Federal
CGES	Coordenação Geral de Economia da Saúde
CGU	Controladoria-Geral da União
CNMAF	Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
CNH	Carteira Nacional de Habilitação
CP	Comprimido
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
CT	Custo Total
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DESID	Dep. da Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
EUA	Estados Unidos da América
EML	Essential Medicines List
EMLc	Essential Medicines List for Children
FIES	Programa de Financiamento Estudantil
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
FURP	Fundação para o Remédio Popular
HORUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPC	Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IQUEGO	Indústria Química do Estado de Goiás
LAFEPE	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco S.A.
LQFEX	Laboratório Químico do Exército
MSH	Managing Sciences for Health
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Preço de Aquisição
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAJ	Preço de Aquisição Ajustado
PD	Preço de Dispensação
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PF	Preço de Fábrica
PFB	Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto

PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PMVG	Preço Máximo de Venda ao Governo
PROUNI	Programa Universidade Para Todos
PSF	Programa Saúde da Família
QUALIFAR-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SE	Secretaria Executiva
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNTP	Saúde Não Tem Preço
SOL	Solução
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSP	Suspensão
TCU	Tribunal de Contas da União
VR	Valor de Referência
VRA	Valor de Referência Ajustado
VM	Valor Mediano
VM-MS	Valores máximos pagos pelo MS à rede privada de farmácia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	14
1.2	JUSTIFICATIVA.....	15
1.3	OBJETIVO GERAL.....	16
1.4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1	BREVE HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO BRASIL.....	22
2.2	O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL – REDE PRÓPRIA.....	28
2.3	AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR.....	31
2.4	SAÚDE NÃO TEM PREÇO.....	35
2.5	A CMED E O BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE.....	36
2.6	ESTUDOS ANTERIORES	38
3	METODOLOGIA	46
4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	49
4.1	RESULTADOS OBTIDOS.....	49
4.1.1	Evolução de preços - CMED.....	49
4.1.2	Evolução de preços - Programa Farmácia Popular Do Brasil – Rede Própria.....	50
4.1.3	Evolução de preços e quantitativos – Aqui Tem Farmácia Popular.....	55
4.1.4	Evolução de preços – Municípios Alagoanos.....	58
4.1.5	Comparativo dos programas.....	60
4.1.6	Análise por quantitativos.....	65
4.1.7	Considerações sobre a rede do PFB, da RP do PFPB e do ATFP.....	70
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE A – Roteiro de coleta de dados.....	91
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista.....	93
	APÊNDICE C – Quantitativo de medicamentos e fraldas entregues pelo ATFP pela rede privada de 2014 a 2016 no Brasil.....	94
	APÊNDICE D – Medicamentos e fraldas entregues pelo ATFP pela rede privada de 2014 a 2016 em Alagoas.....	95
	APÊNDICE E - Evolução dos preços de dispensação da Rede Própria do PFPB de 2011 a 2016.....	96
	APÊNDICE F - Evolução dos preços pagos à rede privada de 2006 a 2016.....	100
	APÊNDICE G – Evolução dos preços medianos pagos pelos municípios alagoanos de 2014 a 2016	107
	APÊNDICE H - Comparação de valores entre os programas.....	111
	ANEXO A – Quantitativo de medicamentos dispensados pela Rede Própria do PFPB.....	121

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 desativação da CEME ocorreu, em especial, devido às grandes perdas de medicamentos decorrentes da política centralizada de aquisição e distribuição de medicamentos e ao novo modelo de política de saúde instituído pela Constituição Federal de 1988.

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).

Assim, 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 funcionam, 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, 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 valor de venda praticado pelo estabelecimento. Outros 26 medicamentos são entregues gratuitamente ao paciente.

A RP do PFPB conta com um elenco de 92 itens, entre medicamentos e preservativo masculino, os quais são dispensados pelo seu valor de custo, com uma redução 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 de itens, e em parte diferente da RP do PFPB, incluindo medicamentos para o tratamento de hipertensão, diabetes, asma, rinite, dislipidemia, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma, além de contraceptivos e fraldas geriátricas.

Em 2012, por meio da Campanha Saúde Não Tem Preço (SNTP), que faz parte do PFPB, 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 aos municípios, que ficam responsáveis pela aquisição e distribuição gratuita dos medicamentos das Relações Municipais de Medicamentos;
- Rede Própria (RP) do PFPB, 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 (SNTP), que distribui medicamentos de forma gratuita, tanto por meio das 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 do SNTP, e pagos, com valores até 90% menores que os de mercado, os demais medicamentos da RP do PFPB e do ATFP. No

presente estudo, a referência ao ATFP irá considerar todos os medicamentos do rol da rede privada (gratuitos do âmbito do SNTP e com copagamento).

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

É comum a falta de medicamentos nas unidades de saúde, além da existência de problemas relacionados à fraude e desvios de recursos e aos controles de estoque. Somadas, as despesas do PFB e do PFPB já atingem, pelo menos, R\$ 5 bilhões ao ano no Brasil. O objeto de estudo serão os programas de assistência farmacêutica básica e os respectivos custos dos medicamentos: distribuídos pelos municípios alagoanos por meio do PFB; distribuídos pelo Saúde Não Tem Preço (RP e rede privada do PFPB); e subsidiados na RP do PFPB e por meio do ATFP. Abaixo segue figura representativa dos programas:

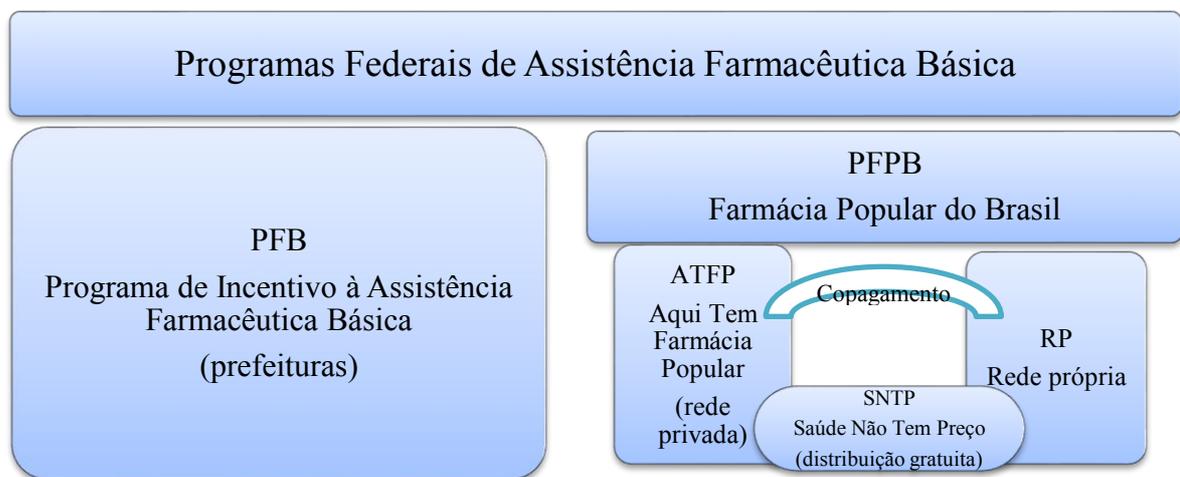


Figura 1 – Programas Federais de Assistência Farmacêutica Básica

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa (2017).

A pergunta a ser respondida por esta pesquisa é: Comparando-se as aquisições de medicamentos pelos municípios alagoanos pelo PFB e a distribuição dos medicamentos pelas vertentes do Programa Farmácia Popular do Brasil, qual se mostra mais econômica?

A Hipótese/Pressuposto é de que a distribuição de medicamentos pelas farmácias privadas pode ser mais vantajosa que a distribuição pelo PFB e pela RP do PFPB,

considerando que os preços unitários pagos pelo MS à rede privada têm diminuído ao longo dos anos.

1.2 JUSTIFICATIVA

É inegável a importância do acesso aos medicamentos para a melhoria e recuperação da saúde das pessoas. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) apontou diversos problemas relativos à falta de acesso a medicamentos, citando, como exemplos, pessoas que têm que trabalhar durante quinze dias ou mais para proporcionar um tratamento de um mês para uma doença crônica; fármacos importantes que simplesmente não estão disponíveis localmente para pacientes; governos que não transferem os baixos preços de compra aos seus cidadãos; margens excessivas no setor privado; taxas e impostos a medicamentos essenciais; entre outros problemas, cujo preço é pago pelo pobres, economicamente e através de sua saúde.

Segundo a Managing Sciences for Health (MSH, 2010), medicamentos são caros, sendo responsáveis por 30% a 50% dos orçamentos de saúde, e, num típico sistema de abastecimento, até 70% do financiamento investido em medicamentos essenciais pode ser perdido ou desperdiçado, o que faz sua gestão ser bastante diferente de outros produtos de consumo.

De acordo com o MS, em 2011 o SNTF lançou a gratuidade dos medicamentos para hipertensão e diabetes nas Farmácias Populares, beneficiando cerca de 33 milhões de brasileiros hipertensos e 7,5 milhões de diabéticos, visando atender às famílias mais humildes, que comprometem cerca de 12% de suas rendas com medicações. São mais de 34 mil farmácias conveniadas em todo Brasil.

De acordo com o Portal da Transparência (BRASIL, 2017h), somente em 2014 foram gastos R\$ 1,5 bilhão pelo Governo Federal com a Ação 20YR - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil Pelo Sistema de Gratuidade, R\$ 2,1 bilhões em 2015 e R\$ 2,3 bilhões em 2016. Com a ação 20YS - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Copagamento, foram gastos R\$ 548 milhões em 2014, R\$ 687 milhões em 2015 e R\$ 558 milhões em 2016.

Ainda, de acordo com o Portal da Transparência (BRASIL, 2017h), para o Programa de Assistência Farmacêutica Básica foram descentralizados R\$ 1 bilhão em 2014 pelo Governo Federal aos municípios brasileiros, sendo R\$ 16,2 milhões somente para os municípios alagoanos. Em 2015 foram R\$ 987 milhões, sendo R\$ 17 milhões para os municípios alagoanos, e em 2016 foram R\$ 1,03 bilhão, sendo R\$ 16 milhões para os municípios alagoanos.

Compete ao Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União (CGU) avaliar a execução dos programas de governo, incluindo os de disponibilização de medicamentos básicos, que são de grande relevância e materialidade. Em relação ao Programa de Assistência Farmacêutica Básica, a CGU (BRASIL, 2017j) tem demonstrado, por meio de seus relatórios de fiscalização, a existência de pontos críticos nos processos de aquisição e distribuição, incluindo a aquisição de medicamentos por valores acima dos valores de mercado.

Além da CGU, 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 desvios de recursos e aos controles de estoque no PFB.

Estudos anteriores de Carraro (2014) e de Silva (2014) têm mostrado 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, ao considerar tanto a perspectiva da criticidade dos processos de aquisição de medicamentos básicos pelos municípios e ao compará-lo com os custos de distribuição dos medicamentos pelas vertentes do PFPB, integra estudos anteriores realizados sob perspectivas distintas, contribuindo para novos debates sobre a eficiência da política de assistência farmacêutica básica.

1.3 OBJETIVO GERAL

Esta dissertação tem por objetivo geral 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.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Apresentar as políticas públicas federais de assistência farmacêutica básica e as respectivas formas de contratação e remuneração dos medicamentos, bem como analisar a evolução dos preços de aquisição dos medicamentos no período de 2014 a 2016 pelos municípios de Alagoas;
2. Comparar os custos de aquisição e distribuição dos medicamentos pelo PFB com os custos das vertentes do PFPB;
3. Comparar e analisar a estrutura, incluindo de pessoal, para a execução do PFB nos municípios, e a estrutura mínima exigida para funcionamento da RP do PFPB;
4. Identificar os fatores que causam possíveis distorções nos preços de aquisição de medicamentos básicos no PFB e vertentes do PFPB.

A estrutura desta dissertação está dividida em três partes, excetuando-se esta introdução e as considerações finais. Na primeira parte, são apresentadas considerações teóricas sobre o histórico das políticas de assistência farmacêutica, os programas vigentes atualmente e os mecanismos de definição de preços de medicamentos existentes. Na segunda, são apresentados os procedimentos metodológicos adotados. Por fim, na terceira parte, são analisados os detalhes das políticas públicas federais de assistência farmacêutica e apresentados os resultados encontrados nesta pesquisa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) define que a saúde é um direito social de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, competindo aos Municípios prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população. A Constituição prevê, ainda que a execução das ações e serviços de saúde deve ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado, sendo que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

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 por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. As ações abrangem a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, por meio da dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com as relações de medicamentos instituídas.

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, desta forma, se busque os meios (processos, estruturas e métodos) capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia, tornando o SUS efetivo em todo país.

A existência de indivíduos saudáveis afeta positivamente a produtividade e a renda dos indivíduos, colaborando para o desenvolvimento econômico, distribuição de renda e combate à pobreza (BHARGAVA, 2001). Para a MSH (2010), além de seu valor direto ao

indivíduo, os medicamentos também servem para gerar confiança e participação em serviços de saúde.

A saúde não possui relevância somente para a produtividade dos indivíduos, uma vez que a insuficiência de investimentos nesta área pode ter diversas consequências de âmbito pessoal e social. Rivera Castro, Santos e Souza (2015) demonstram que a saúde parece ser muito mais consequência do que causa da violência, uma vez que os gastos públicos com saúde estão muito mais destinados a socorrer aquelas vítimas da criminalidade ou para a tentativa dos governos de evitar doenças que prejudiquem a saúde da população, como são as vacinas de todas as espécies.

Os baixos gastos com saúde podem estar relacionados com os altos índices de criminalidade, sendo que os efeitos dos gastos com saúde podem ser diretos, já que tendem a melhorar as condições de vida das populações, e, no médio prazo, podem prevenir situações de conflitos e violências e resolver as demandas dos cidadãos, evitando a geração de conflitos por falta de atendimento. Rivera Castro, Santos e Souza (2015) citam estudos que apontam uma relação negativa entre gastos em saúde e redução das taxas de criminalidade e que defendem que é preciso perceber que o aumento desta deve desencadear políticas públicas de saúde que, entre outras coisas, consigam, no futuro, evitar as ocorrências criminosas, reduzindo as desigualdades sociais, de forma a fazer com que a população de mais baixa renda se sinta tão assistida quanto as classes mais privilegiadas.

Em 24 de abril de 2015 ocorreu a 20ª reunião do Comitê de Especialistas da OMS para a seleção e uso de medicamentos essenciais, em Genebra, objetivando rever e atualizar a 18ª Lista Modelo de Medicamentos Essenciais (EML) e a 4ª Lista Modelo de Medicamentos Essenciais para a Infância (MLCe).

Em seu relatório, a OMS (2015c) enfatiza que o alto preço não é necessariamente uma barreira à inclusão de um medicamento na Lista de Medicamentos Essenciais, devendo-se distinguir medicamentos de alto preço (*high-price*) e alto custo (*high-cost*), uma vez que os preços podem ser sujeitos à negociação e controles, incluindo a substituição por genéricos; controles sobre o preço cobrado por fabricante; controles de remarcação na cadeia de fornecimento; fixação de preços, utilizando preços de referência interna ou externa; e avaliação de custo-efetividade, para definir preços máximos acessíveis.

A OMS (2015d) reconhece que há um número pequeno de medicamentos na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais, particularmente de certas classes terapêuticas como a

terapia antirretroviral, cujas drogas são relativamente novas e para os quais as patentes ainda não expiraram, havendo, assim, um número limitado de fornecedores e preços comparativamente altos no mercado internacional. A OMS (2014) menciona que a maioria dos países compartilham prevalência de doença coronária, diabetes, câncer e outras doenças chamadas do tipo I, sendo elevada a procura de tratamento para essas doenças.

Braga (2011) cita que 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 das drogas; 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, agendas espontâneas e marcadas, entre outros, e a qualidade dos serviços identificada em todas as suas etapas.

As farmácias têm um lugar importante, entre os elos que integram a cadeia de produção e utilização dos medicamentos, agentes que intermediam a dispensação e comercialização, tendo, infelizmente, se transformado menos em órgãos a serviço da saúde que estabelecimentos comerciais. (BRAGA, 2011)

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 Escola Primária, 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, da existência de efeitos colaterais pelo seu uso. Braga (2011) lembra, ainda, que as políticas de registro, ensaios clínicos e controle de qualidade dos produtos farmacêuticos se tornaram mais rigorosas na década de 1960, após o desastre da talidomida, o que desperta para a necessidade de se atentar que conseqüências indesejadas dos usos de medicamento não são identificadas de imediato.

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 OMS considera o acesso equitativo a

medicamentos seguros e acessíveis como vital para alcançar o mais alto padrão de saúde possível para todos.

A assistência farmacêutica é uma preocupação em todo o mundo, que tem evoluído em suas perspectivas, em especial devido ao grande desenvolvimento de novos produtos pelos laboratórios, bem como em despesas de publicidade e seus impactos nos consumidores.

A OMS (2015a) verificou 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.

A OMS (2015a) verificou que o acesso a alguns medicamentos na Europa está associado ao desenvolvimento socioeconômico e ao nível de copagamento, e que a diferença de acessibilidade entre a Europa Ocidental e os novos estados da União Europeia pode ser explicada pelas relações entre o produto interno bruto (PIB), a despesa com a saúde e os preços globais de drogas.

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, que são 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) entende que a gestão de estilo de vida e o medicamento metformina são intervenções eficazes e acessíveis que podem reduzir o fardo econômico da diabetes e reduzir a mortalidade, sendo necessárias intervenções para melhorar a adesão a estas opções de tratamento. Para a OMS, a relação custo-eficácia das opções de tratamento disponíveis deve

ser considerada quando ao escolher agentes de redução de glicose e que menos agentes caros devem ser escolhidos em locais com poucos recursos.

Para a OMS (2015a), os gestores políticos necessitam de orientação sobre como otimizar a entrada de novos medicamentos, para garantir a sustentabilidade financeira dos seus sistemas de saúde ao incentivar o desenvolvimento de novos tratamentos, num momento em que a resposta de muitos países europeus para a crise financeira tem sido a de reduzir os seus gastos com medicamentos, com a redução dos preços pagos pelos governos a seguradoras/contribuintes para medicamentos e aumentar a coparticipação dos pacientes. A OMS identificou a diminuição da participação europeia nas vendas globais da indústria farmacêutica, prevendo que em 2016 a Europa seria responsável por apenas 18% da despesa farmacêutica mundial, que era de 24% em 2011, e que os mercados emergentes (incluindo Brasil, China, México, África do Sul, Ruanda e Tailândia) representariam 30% e os Estados Unidos da América 31% de participação de mercado.

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 recursos, tornando essa ação direta mais viável economicamente.

2.1 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.

Whorton (2002) explica que a assistência farmacêutica tem origem nos tratamentos realizados há milhares de anos em todas as civilizações (árabes, indígenas, orientais, europeus, entre outros), com a utilização de técnicas e substâncias, em especial de substâncias vegetais. No entanto, o desenvolvimento da indústria farmacêutica tem origem recente, após a Revolução Industrial e na massificação da produção de bens de consumo, sendo o Ácido Acetilsalicílico considerado o primeiro fármaco sintetizado na história da farmácia, em 1897, pelos laboratórios da Bayer, empresa química alemã que atuava no ramo de corantes. Após essa descoberta, verifica-se um rápido desenvolvimento da indústria farmacêutica no século XX, em especial após a descoberta da penicilina em 1928.

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.

A saúde só passou a ser concebida como direito social no Brasil após a Constituição Federal (CF) de 1988. Aragão Júnior (2012) entende que, mesmo após a CF de 1988, a saúde continuou a ser tratada como uma mercadoria, em um processo de privatização que teria se iniciado com a publicação do Decreto-lei nº 4.682/23 (Lei Eloy Chaves), que criou a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP), que era um seguro social financiado pelos trabalhadores e organizado por empresas privadas, sendo originalmente destinada aos ferroviários, inaugurando a participação oficial do setor privado no sistema de saúde brasileiro. Houve uma rápida expansão destas instituições para outras categorias de trabalhadores, com objetivos meramente assistenciais, dando origem à dicotomia entre o modelo curativo e o modelo preventivo de saúde, sendo que este último só seria atingido décadas depois. Aos trabalhadores e familiares abrangidos pelo Decreto-lei nº 4.682/23 eram

disponibilizados socorros médicos e medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração da CAP.

“A articulação do discurso do setor público com o setor privado vem se fortalecendo na medida em que a saúde passa a ser considerada como estratégia importante no desenvolvimento econômico do país”. (BRAGA, 2011)

Em 19 de janeiro de 1931, foi publicado o Decreto nº 19.606, que passou a regular a profissão farmacêutica e seu exercício no Brasil, bem como o funcionamento da indústria farmacêutica e a necessidade de licenças para o comércio de medicamentos, que permaneceu vigente até 1973. Sua regulamentação se deu pelo Decreto nº 20.377, de 8 de setembro de 1931. Estes normativos previam que as farmácias (privadas) somente poderiam funcionar se estivessem providas das drogas relacionadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública ou pelas repartições sanitárias estaduais, demonstrando o poder de regulação do Estado, em especial de determinar quais medicamentos teriam a produção priorizada.

Cabe destacar o Decreto nº 53.612, de 26 de fevereiro de 1964, que previa que as aquisições de medicamentos deveriam ser realizadas, preferencialmente, em laboratórios governamentais e privados de capital nacional, atendendo ao Decreto número 52.471, de 13 de setembro de 1963, que estabelecia normas para o desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica nacional.

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.

De acordo com Aragão Júnior (2012), durante a vigência do regime militar, a Ceme foi alvo de um conflito político entre o grupo militar nacionalista, que almejava um controle estatal rigoroso sobre a produção de matérias-primas e sobre o setor privado, visando a independência em relação ao capital estrangeiro, e o grupo militar privatista, que era ligado ao setor empresarial e lutava pela aquisição dos medicamentos junto ao setor privado, prevalecendo a orientação privatista, resultando na redução na compra de medicamentos produzidos pelos laboratórios oficiais por parte da Ceme a partir do ano de 1972. 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.

A Ceme teve grandes problemas gerenciais, que resultaram em perdas de medicamentos com vencimento da validade no início dos anos 90, por falta de planejamento em sua aquisição, além de sofrer diversas denúncias de corrupção. Ainda, o financiamento da Ceme era proveniente em grande parte de um convênio firmado com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que foi extinto em 1993, enfraquecendo-a ainda mais, resultando na sua desativação em julho de 1997, por meio do Decreto nº 2.283, nove anos após a criação do SUS.

Em 1997, o MS implanta o Programa Farmácia Básica, homônimo e 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.

De acordo com Aragão Júnior (2012), a PNM instituída em 1998 possui como diretrizes: a utilização da Relação Nacional de Medicamentos - Rename, que passa a servir de base para a elaboração das listas de medicamentos essenciais para os estados e municípios, norteadas em seus critérios epidemiológicos particulares; a regulamentação sanitária de medicamentos, com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); a reorientação da assistência farmacêutica, no sentido de ampliar a abrangência desta área; a promoção do uso racional de medicamentos, inclusive promovendo a adequação dos cursos de formação dos profissionais de saúde a essa diretriz; o desenvolvimento científico e tecnológico; a promoção da produção de medicamentos, estimulando principalmente o apoio à tecnologia necessária em relação aos medicamentos que integram a Rename; a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e, por fim, o desenvolvimento e

capacitação de recursos humanos, para a produção de medicamentos e promoção de seu uso de modo racional.

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. O valor definido naquela portaria era de, no mínimo, R\$ 2,00 ao ano por habitante, sendo R\$ 1,00 vindo do Governo Federal e, no mínimo, R\$ 0,50 dos estados e R\$ 0,50 dos municípios. O Programa, ainda vigente, possuía, em julho de 2017, os valores definidos de financiamento de, no mínimo, R\$ 9,82 por habitante/ano, sendo R\$ 5,10 para o Governo Federal e, no mínimo, R\$ 2,36 para os estados e R\$ 2,36 para os municípios, valores estes vigentes desde janeiro de 2013, conforme Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013.

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, 2017j), incluindo irregularidades nos processos de licitação, falta de controles de estoques, e a aquisição de medicamentos por valores acima dos valores de mercado.

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 que a qualidade dos serviços prestados pelas farmácias públicas pode ser melhorada.

Braga (2011) cita que, mesmo antes de recomendação efetuada pela OMS em 1970 aos governos, o país já adotava listas de medicamentos que poderiam ser considerados

essenciais, e, a partir de 1989, essa lista passou a ser denominada Rename, mas que, ao contrário do que recomenda a OMS, a Rename não é uma lista de oferta obrigatória nos serviços de saúde, mas sim de referência para a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos. Assim, nem todos os medicamentos da Rename têm financiamento garantido no SUS, podendo estados e municípios definir relações próprias de medicamentos essenciais. Para a autora, a Rename é importante mecanismo para o fortalecimento do uso racional dos medicamentos, contribuindo para que a prescrição ocorra de forma disciplinada, além de orientar a seleção e a programação dos medicamentos.

Em dezembro de 2007, foi criado o Programa de Aceleração do Governo para a área de Saúde:

O Programa de Aceleração do Governo para a área de Saúde (PAC Mais Saúde), com o objetivo de melhorar a atenção à saúde no tocante ao acesso a medicamentos, propôs quatro medidas: ampliar o acesso da população a medicamentos fornecidos pelo SUS e qualificar a gestão da assistência farmacêutica; reduzir o gasto da população com medicamentos, mediante o estímulo ao uso de medicamentos genéricos; ampliar a rede própria do Programa Farmácia Popular do Brasil; e expandir o Programa Farmácia Popular do Brasil – Sistema de Copagamento, aumentando o número de farmácias credenciadas e o número de medicamentos disponibilizados. (BRASIL, 2011b)

Em 2009, foi criado pelo MS o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS). De acordo com Braga (2011), o HORUS visa a instrumentalizar a gestão municipal para auxiliar no planejamento, monitoramento e avaliação das ações da assistência farmacêutica.

Em 2012 foi criado o Qualifar-SUS - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído por meio da Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde. Entre as ações deste Programa, está a transferência de recursos federais para municípios de até 100.000 habitantes, classificados como de extrema pobreza, para aquisição de mobiliários e equipamentos necessários para estruturação das Centrais de Abastecimento Farmacêutico e Farmácia no âmbito da Atenção Básica (de R\$ 11.200,00 a R\$ 33.600,00 por município habilitado) e para manutenção dos serviços farmacêuticos (R\$ 24.000,00 ao ano para cada município habilitado).

Outra ação decorrente do Qualifar-SUS foi a criação da Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica, contemplando um conjunto de dados referente ao registro das entradas, saídas e dispensações de medicamentos realizado pelos

estabelecimentos de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, incluindo o Programa Farmácia Popular do Brasil.

2.2 O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL – REDE PRÓPRIA

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. 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 autor entende que o PFPB fere os três princípios doutrinários do SUS e não possui respaldo legal para a realização de subvenções econômicas, sendo por isso ilegal, além de inconstitucional, uma vez que a CF impediria a destinação de recursos públicos a instituições privadas com fins lucrativos, o que é realizado pelo programa.

A questão da inconstitucionalidade do programa também é tratada por outros autores, como Carraro (2014) e Silva e Caetano (2015). Estes últimos apontam a existência de discussões sobre sua inconstitucionalidade frente ao princípio da universalidade, pois o sistema de copagamento para certos itens impossibilita o atendimento pelo programa para aqueles que não podem pagar o valor em questão, mesmo que pequeno. Neste sentido, é preciso considerar que estes pacientes podem recorrer à assistência farmacêutica básica do

SUS, ou, se esta não for resolutive, pode-se recorrer ao judiciário, e que nem todos os programas e serviços são totalmente sem ônus aos beneficiados, como por exemplo, o Programa Universidade Para Todos (Prouni), Programa de Financiamento Estudantil (Fies), emissão de carteira de habilitação e passaporte, iluminação pública, transporte público, entre outros, que exigem pagamento e contrapartida dos beneficiados. A própria CF prevê que o SUS será financiado com os recursos dos orçamentos dos entes federativos, bem como de outras fontes. Cabe contrapor, também, que a relação de medicamentos do PFPB e suas vertentes ainda é bastante limitada e não atingem a universalidade de medicamentos prescritos, nem constantes da Rename.

Santos (2014) argumenta que o fator que explica a dualidade do sistema de saúde brasileiro é a própria política de saúde desenvolvida anteriormente nos anos 90, somado ao contexto econômico, político e ideológico que tendiam pela redução da participação do Estado e maior autonomia do mercado, em detrimento da proposta de universalização, definida no clamor pela democratização em 1988, mas que, apesar de a proposta de universalização não ter alcançado as dimensões desejadas, houve avanços e conquistas importantes, especialmente após o ano de 2003, como a inclusão de milhares de pessoas ao sistema de saúde, o que se aplica, também, à assistência farmacêutica.

Além dos exemplos na América Latina, os chamados “ajustes estruturais”, também fracassaram nos processos de transição do Leste europeu e nos de alguns países asiáticos. Uma apreciação minimamente crítica sobre as políticas econômicas centradas na privatização, na liberação comercial unilateral e no desmonte de políticas públicas estratégicas, chegará à conclusão de que as mesmas incrementaram a dependência em lugar de favorecer a tão decantada interdependência. (BARROS, 2004)

Em 2003, primeiro ano do mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), de cujas propostas foram elaborados, no ano seguinte, o Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), esta última aprovada pela Resolução nº 338/04 do Conselho Nacional de Saúde.

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 CNMAF.

Assim, coube à Fiocruz, vinculada ao MS, em parceria com os estados e municípios, gerir as farmácias populares da RP criadas com a Medida Provisória nº 154/03, que deu origem à Lei nº 10.858/04 e que autorizou a Fiocruz a disponibilizar o excedente de sua produção mediante ressarcimento do valor correspondente ao custo final do produto, em respeito ao preceito de não-lucratividade. Para a implementação do Programa, o Governo Federal criou incentivos financeiros, para que estados e municípios participassem da gestão das farmácias da RP do PFPB, por meio da Portaria nº 2.587, de 6 de dezembro de 2004.

Silva e Caetano (2015) citam que, até 2007, houve um aumento expressivo do número de estabelecimentos e cobertura municipal da RP, passando de 27 farmácias em 2004 para 504 em 2008, com posterior desaceleração da velocidade de crescimento, havendo 558 farmácias em 2012, apesar de que somente 8% dos municípios possuíam RP instalada. Os autores também citam a expansão significativa no número de usuários atendidos entre 2005-2008, passando de cerca de 2 milhões para um patamar de 11 milhões, que permaneceu relativamente estável após 2008.

Aragão Júnior (2012) e Silva e Caetano (2015) consideram que haveria uma bitributação no programa, uma vez que o cidadão financia a produção de medicamentos no momento em que paga impostos e realiza um segundo pagamento no momento da aquisição do medicamento, ou seja, os 10% pagos seriam uma bitributação sobre medicamentos produzidos com recursos 100% dos cidadãos. No entanto, esta interpretação parece equivocada se considerarmos que os 10% de coparticipação será revertido para a produção de novos medicamentos de modo contínuo, diluindo-se em curto prazo, e, assim, não serão utilizados somente recursos de impostos para a produção dos mesmos.

Após sua criação, além da RP, o PFPB deu origem ao Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP), somando-se à RP criada em 2004, e à vertente Saúde Não Tem Preço (SNTP). Atualmente são 91 apresentações de medicamentos, além de preservativos, vendidos até 90% abaixo do preço de mercado na RP do PFPB, além de 18 apresentações de medicamentos

disponibilizados gratuitamente, estes no âmbito da vertente Saúde Não Tem Preço, conforme a Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016.

Em abril de 2017, o MS decidiu iniciar o processo de fechamento das unidades da RP, 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 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, 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.

2.3 AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR

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 VR pelo MS. Esta expansão do PFPB, denominada Aqui Tem Farmácia Popular, 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.

A 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.

A OMS (2015a) observou que, na Europa, os acordos são na maioria das vezes confidenciais e a consequente falta de transparência torna difícil uma comparação entre os países, podendo os acordos serem divididos em acordos de acesso com base no impacto financeiro ou acordos com base no resultado de saúde, incluindo entre os primeiros: acordos preço-volume (onde um limite de despesas é definido, após o qual um desconto sobre o preço de todas as doses adicionais é adicionado); descontos/abatimentos (que exigem o pagamento integral do preço de lista com a restituição subsequente do desconto acordado); e esquemas preço/dose/tempo de nivelamento (que estabelecem um teto para o custo total do tratamento, o número de doses ou a duração do tratamento, após o qual o fabricante assume todos os custos suplementares, ou seja, os custos necessários para completar o tratamento).

De acordo com a OMS (2015a), os acordos baseados em resultados de saúde podem utilizar: uma relação explícita de pagamento para os resultados do tratamento, em que o sistema ou seguradora concorda em reembolsar apenas para pacientes que tiveram resultados especificados em um período de tempo ou o reembolso será reduzido ou mesmo não correrá (*no cure no pay*); cobertura para o desenvolvimento de evidências (nos casos em que as provas forem consideradas insuficientes para fazer uma decisão de recuperação final, mas a autoridade permite ao fabricante apresentar provas adicionais e uma nova análise custo-utilidade / eficácia); e capacitação de médicos e registros de doentes, em especial eletrônicos, para assegurar a adequação na prescrição, monitoramento, e coleta de dados para avaliar o desempenho dos medicamentos na vida real.

Aragão Júnior (2012) e Carraro (2014) consideram que o sistema de copagamento é bastante polêmico pelo fato de não encontrar respaldo legal 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 se 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 o 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.

Carraro (2014) estudou os limitantes e potencialidades do ATFP, identificando elementos alinhados às dimensões disponibilidade, aceitabilidade, acessibilidade geográfica e poder de compra. A autora concluiu que o ATFP mostrou ter potencial econômico, justificando manter-se como estratégia, além de facilitar o acesso a medicamentos, como uma alternativa positiva com ganho financeiro para o usuário, mas que existem limitações relativas ao poder de compra da farmácia privada.

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.

A concorrência entre programas pode ocasionar a existência de migração dos beneficiários para a alternativa com melhor prestação de serviços. Essas migrações, potencialmente, podem levar a que um programa perca parcela considerável de sua clientela. A consequência disso é que o governo pode incorrer em ineficiências e desperdícios tais como a realização de compra direta de medicamentos que não sejam consumidos de forma tempestiva pelos potenciais beneficiários. (BRASIL, 2011b)

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%, expandindo-se de 2.955 para 25.122 farmácias, e o número de municípios de estabelecimentos privados credenciados aumentou de 594 para 3.730 municípios (incremento de 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.

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.

Silva e Caetano (2015) citam que, a partir de 2010, após diversas denúncias de fraudes e erros, como vendas para pessoas falecidas e vendas em domicílio realizadas pelas farmácias, foram adotadas medidas visando maior controle e fiscalização do ATFP, entre elas, a obrigação das farmácias em arquivar cópias das prescrições, notas fiscais de aquisição e cupons fiscais de venda por cinco anos e controles via sistema de autorização de vendas, com previsão de aplicação de multas em razão de irregularidades, além da possibilidade de auditorias, realizadas pelo Departamento Nacional de Auditorias do SUS (Denasus).

Silva e Caetano (2014) 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 não chegava a 8% dos municípios. Os autores também identificaram um desequilíbrio na distribuição geográfica, estando a rede estatal mais difundida nas regiões Nordeste e Norte, de menor desenvolvimento econômico e capacidade de serviços de saúde, enquanto o componente ATFP expandiu-se mais fortemente no Sudeste e Sul, de situação econômica e sanitária mais desenvolvida, refletindo, também, as características da estrutura do mercado farmacêutico presente nestas regiões.

A existência de problemas e entendimentos divergentes sobre a estruturação do modelo de assistência farmacêutica 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.

A OMS (2015b) verificou que, na Hungria, médicos, farmacêuticos e pacientes não estão cientes dos princípios do regime de reembolso, cujos regulamentos são muito complicados e ambíguos, além de mudarem constantemente, criando um ambiente de negócios em que é difícil planejar.

Conforme a Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016, atualmente 41 apresentações de medicamentos fazem parte do rol do ATFP (englobando a vertente SNTP), sendo 6 para hipertensão, 12 para diabetes, 8 para asma, 2 contraceptivos orais e 2 injetáveis, 3 para dislipidemia, 3 para rinite, 2 para Doença de Parkinson, 1 para osteoporose, 2 para glaucoma, além de fraldas geriátricas. Os 26 medicamentos para hipertensão, diabetes e asma são subsidiados em 100% pelo MS, ou seja, gratuitos aos pacientes (conforme a vertente SNTP), e todos os outros 15 medicamentos mediante copagamento pelos pacientes, com subsídio de 90% sobre o VR definido pelo MS, sendo que os pacientes devem arcar com a diferença de preço superior ao preço de referência, se houver.

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.

2.4. SAÚDE NÃO TEM PREÇO.

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.

A campanha "Saúde Não Tem Preço", reputada como submodalidade do PFPB, envolveu, a partir de 2011, a retirada do copagamento, dispensando o usuário de

desembolso direto no momento da aquisição do medicamento. Inicialmente, incluía apenas antihipertensivos e antidiabéticos e, posteriormente, contemplou antiasmáticos. Nestes casos, o VR do medicamento é totalmente coberto pelo MS, que paga diretamente aos estabelecimentos credenciados. (SILVA e CAETANO, 2015)

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 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. O autor afirma, com base em relatório de 2011 do TCU, que há elevação dos preços finais, por não serem adquiridos por licitação, mas pagos diretamente às farmácias credenciadas em baixa escala, sendo o VR adotado para a aquisição de medicamentos via PFPB significativamente superior ao valor mediano utilizado para obtenção de medicamentos via PFB pelas secretarias municipais de saúde.

Conforme dito anteriormente, atualmente são 18 apresentações de medicamentos nesta vertente disponibilizados gratuitamente na RP do PFPB e 26 apresentações de medicamentos nas farmácias privadas credenciadas ao ATFP, para tratamento de hipertensão, diabetes e asma, conforme Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016.

2.5 A CMED E O BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE.

Em fevereiro de 2001, por meio da Medida Provisória nº 2.138-4, foi criada a Câmara de Medicamentos, com o objetivo de regular e controlar os preços dos medicamentos comercializados no Brasil. Aquele órgão foi extinto com a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED, por meio da Medida Provisória nº 123 de junho de 2003, convertida na Lei nº 10.742, de outubro de 2003.

A CMED possui, entre outras, as atribuições legais de definir diretrizes e procedimentos relativos à regulação econômica do mercado de medicamentos, incluindo os critérios para fixação e ajuste de preços de medicamentos. Em seu site, a CMED divulga os preços máximos permitidos aos consumidores e ao governo da maioria dos medicamentos

existentes. No entanto, apesar de possuir essas atribuições, a própria CMED alerta os gestores federais, estaduais e municipais do SUS sobre a necessidade de realização de uma pesquisa prévia e efetiva de preços no mercado, quando da realização de compras públicas de medicamentos, e que os Preços de Fábrica (PF) e Preços Máximos de Venda ao Governo (PMVG) são os preços teto, não servindo como parâmetro isolado para compras públicas. Tal alerta foi realizado em decorrência de interpretação do TCU, exposto no Acórdão nº 3016/2012-Plenário, de que, diante da possibilidade de superdimensionamento dos preços de fábrica constantes da lista, que pode não refletir os descontos praticados no mercado, a aquisição de medicamentos por preços inferiores aos registrados na lista da CMED não isenta o gestor público de possíveis sanções.

O Banco de Preços em Saúde - BPS foi criado com o objetivo de registrar e disponibilizar *on line* as informações das compras públicas e privadas de medicamentos e produtos para a saúde. O BPS faz parte da Coordenação Geral de Economia da Saúde (CGES), do Departamento da Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), da Secretaria Executiva (SE), do MS. Trata-se de um sistema gratuito para consulta de preços de medicamentos e produtos para a saúde. Embora o Ministério Público Federal, diversos Ministérios Públicos Estaduais e o Tribunal de Contas da União reconhecessem a importância do BPS e recomendassem aos estados e municípios a sua alimentação rotineira, a inserção de informações de compras era voluntária. Em junho de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite, vinculada ao MS, decidiu tornar sua alimentação obrigatória a partir de dezembro de 2017.

De acordo com o MS (BRASIL, 2014b), o Banco de Preços em Saúde possui quatro principais vertentes que envolvem os gestores públicos em saúde, o cidadão brasileiro e o financiamento do Sistema Único em Saúde:

- Atua como ferramenta de acompanhamento do comportamento dos preços no mercado de medicamentos e produtos para a saúde;
- Fornece subsídios ao gestor público para a tomada de decisão;
- Aumenta a transparência e a visibilidade no que se refere à utilização dos recursos do SUS para a aquisição de medicamentos e produtos para a saúde;
- Disponibiliza dados que possam subsidiar o controle social quanto aos gastos públicos em saúde.

Idealizado para disponibilizar dados de compras de medicamentos e produtos para saúde, o Banco de Preços é uma ferramenta essencial para os gestores públicos. Esse sistema contribui para a melhoria das negociações diante dos fornecedores, gera para a administração governamental e cidadãos conhecimento dos preços do mercado e aumenta a transparência e a visibilidade para aquisição de medicamentos e produtos. O uso dessa ferramenta é fundamental para o desenvolvimento de todo Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2014b)

Assim, a CMED possui um banco de dados com preços máximos dos medicamentos ao governo, por fabricante, e o BPS possui um banco de dados com os preços reais praticados pelos fornecedores aos entes públicos, e também privados, mas cuja alimentação ainda não é obrigatória, e, portanto, a abrangência dos seus dados ainda é limitada.

2.6 ESTUDOS 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 pesem 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, correspondendo a 43% de retorno, para obtenção do preço de aquisição por meio de licitação para a rede pública de saúde dos

medicamentos constantes do elenco do programa, sendo 2 secretarias da Região Norte, 8 da Nordeste, 2 da Centro-Oeste, 9 da Sudeste, e 5 da Sul, em que procurou identificar a distribuição geográfica dos recursos e dos estabelecimentos privados credenciados ao PFPB, bem como se havia diferenças significativas entre os VR adotados pelo MS e os preços medianos praticados pelos municípios nas compras diretas do PFB e, caso positivo, se havia estudos demonstrando o custo-efetividade daquele programa. Nesta pesquisa, o TCU comparou o valor de aquisição de 13 medicamentos diferentes adquiridos pelos municípios da pesquisa postal e os valores de referência para aqueles medicamentos definidos na Portaria nº 749/2009 para o ATFP. Os valores praticados pela RP do PFPB não fizeram parte do estudo do TCU.

O TCU (BRASIL, 2011b) realizou dois tipos de abordagem em seu relatório: i) análise da cobertura do programa e questionamento de aspectos econômicos e jurídicos em relação à sua concepção e normatização; e ii) análise dos controles internos voltados para a detecção de erros e fraudes e cruzamento de dados para identificação de situações sugestivas de irregularidades, sendo que os aspectos econômicos são os que mais interessam para esta pesquisa. 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;
- O programa pode gerar concentração de estabelecimentos em localidades que poderiam já estar minimamente assistidas;
- O MS não apresenta estudos que justifiquem o custo-efetividade do programa como estratégia complementar à Farmácia Básica;
- Há priorização ao credenciamento de farmácias privadas, se comparado à implantação de unidades próprias de farmácias cuja responsabilidade pela aquisição dos medicamentos compete a 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%;
- Metade dos estabelecimentos credenciados (4.422 farmácias) 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 exemplificou citando: Recife/PE, com uma população de mais de 1,5 milhão de habitantes e 24 farmácias credenciadas; Caratinga/MG, com 27 farmácias credenciadas para atender seus 85 mil habitantes; Manaus/AM, com 1,7 milhão de pessoas e

somente 3 farmácias credenciadas; e Tucunduva/RS, que tem menos de 6 mil habitantes (ou 0,34% da população de Manaus) e 4 farmácias credenciadas. 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. Para o TCU, esta situação se devia ao fato de a adesão de novos estabelecimentos ao programa dar-se por ordem de apresentação do Requerimento do Termo de Adesão (RTA), limitada à existência de disponibilidade orçamentária para o exercício;

- 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 VR adotado pelo PFPB – Sistema de Copagamento para 9 dos 13 medicamentos da pesquisa apresentam-se de significativamente superior ao preço mediano de aquisição, via PFB, pelas secretarias municipais de saúde, em que a diferença varia 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 (BRASIL, 2011b) ressalva 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 os 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) também concluiu em seu relatório que o programa melhorou seus controles internos nos anos anteriores, apesar de poderem, ainda, serem aperfeiçoados, tendo em vista algumas vulnerabilidades e indícios de irregularidades encontrados, como: autorizações para CPFs que constavam como sendo de pessoas falecidas; concentração de prescrição de medicamento pelo mesmo médico; descontinuidade na dispensação de medicamentos de uso continuado; dispensação de medicamentos para usuários residentes em municípios distantes da localização das farmácias; quantidades expressivas de dispensação de medicamento concentradas no intervalo de uma hora, ausência de aplicação de multas às empresas que dispensaram medicamentos fora da estrita observância das regras do programa, entre outras.

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.

Silva e Caetano (2014) analisaram os gastos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) com medicamentos no período de 2002 a 2011, e, utilizando as informações de quantidade anual total adquirida e preço unitário, calcularam o gasto anual por habitante e a proporção das despesas com medicamentos frente aos gastos municipais em saúde. Neste estudo, os autores analisaram os gastos com medicamentos hospitalares e ambulatoriais, e sua evolução naquele período, sem entrar no mérito dos preços unitários. No estudo, os autores identificaram que houve redução dos gastos ao longo do intervalo analisado; que medicamentos anti-infecciosos e vinculados aos sistemas cardiovascular e nervoso responderam por 55% dos gastos totais; e que houve transição dos gastos com medicamentos do ambiente hospitalar para aqueles de uso predominante na atenção primária em saúde.

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. Apesar de abordado, o eixo da RP do PFPB não fez parte do estudo comparativo de preços.

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, enquanto o TCU havia apontado uma diferença a maior no ATFP de 824,2% para os medicamentos analisados pela autora. Carraro (2014) aponta que a base de cálculo do relatório do TCU considera apenas o valor de compra do medicamento, sem considerar a redução do valor dos impostos e os gastos operacionais das unidades do PFB. A autora lembra que, ao comparar o VR pago pelo MS para o ATFP com o gasto total de uma farmácia do PFB, pode-se esperar uma diferença razoável, uma vez se necessita considerar, além do valor de compra do medicamento: os gastos operacionais; uma parcela da margem de lucro das farmácias privadas; e os custos dos compromissos e responsabilidades em fazer a entrega ou venda com desconto dos medicamentos contemplados pelo ATFP, incluindo todo o processo de compra do medicamento, registro do fornecimento no sistema específico do MS, registro, armazenamento e transferência da documentação do usuário do Programa, divulgação e atualização publicitária do ATFP, entre outros deveres.

Carraro (2014) identificou que, de 27 medicamentos analisados, em apenas 2 o valor de compra do medicamento pela farmácia privada junto a seus fornecedores é menor do que o valor de compra pela farmácia da rede básica junto a seus fornecedores. Os demais medicamentos demonstraram ter seus valores de aquisição junto aos fornecedores até 8,8 vezes maior que os praticados nas compras das farmácias públicas. Os estudos anteriores supracitados não fizeram este tipo de comparação. A autora evidenciou que o VR de 13 de 25 medicamentos é maior que o valor de compra do medicamento pago pela farmácia privada a seus fornecedores. Isto ocorre, especialmente, com os medicamentos da campanha SNTP, fornecidos com gratuidade aos usuários. Para os outros 12 medicamentos analisados, o VR do MS é menor que seu valor de compra, sendo que 5 destes medicamentos pertencem ao grupo da gratuidade, em que não é possível que a farmácia privada compense esta diferença cobrando do usuário.

Carraro (2014) identificou que os 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.

Carraro (2014) 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.

Carraro (2014) identificou que boa parte dos fornecedores das farmácias públicas são laboratórios públicos, em que os preços são menores, pois as compras são em grande escala, bem como em embalagens classificadas como hospitalares, e que as farmácias privadas devem distribuí-los, obrigatoriamente, em embalagens individualizadas, tornando o valor de compra mais elevado. Assim, o volume de compra, poder de barganha e infraestrutura para estoque da rede pública podem ser justificativas da diferença entre os valores de compra das duas farmácias. O estudo de Carraro (2014) não contemplou a RP do PFPB na comparação de preços.

Em um estudo sobre o mercado de medicamentos genéricos na Hungria, a OMS (2015b) cita um mecanismo que tem recebido bastante atenção empírica e por economistas teóricos para obtenção de melhores preços na aquisição de medicamentos e outros produtos, em que o preço de um vencedor não depende do lance vencedor, mas apenas nas propostas dos outros. Como exemplo, a OMS (2015b) cita o chamado leilão de segundo preço, pelo qual vários concorrentes competem por um único objeto, mas, apesar de o vencedor ser o que ofereceu o melhor lance, o preço pago é o da segunda melhor oferta, e, como consequência, cada licitante otimiza sua própria avaliação, fazendo com que digam a verdade sobre seus custos e margens, a fim de ganhar, sendo estes métodos conhecidos por gerar alta eficiência e receita significativa.

A OMS (2015b) cita a possibilidade de, apresentada a menor proposta por um dos ofertantes, todas as empresas poderem fornecer o produto por aquele valor, em forma de cotas, sendo necessário que haja um grande número de vendedores neste caso, para evitar cartéis. A OMS cita, também, a obrigatoriedade imposta pelo governo húngaro, desde 2012, de que, quando o paciente opta por comprar um medicamento que é mais caro que o produto de

referência, a diferença de preço deve ser impressa no recibo na farmácia. Assim, o governo húngaro incentiva o consumo de medicamentos genéricos, o que, em médio prazo, acaba por repercutir na política de preços de todos os fabricantes e nos preços ofertados ao governo. Estes métodos poderiam ser uma solução para as contratações brasileiras, que sofrem constantemente com o descumprimento de obrigações das empresas contratadas, que não mantém a proposta apresentada, bem como com a elaboração de aditivos de repactuação e reequilíbrio econômico-financeiro.

A obtenção de melhores preços não é algo simples. A OMS (2015b) observa que em muitos casos os médicos estão mais interessados em cooperar com as empresas farmacêuticas do que com o Sistema de Saúde, bem como farmacêuticos não são explicitamente interessados em distribuição de medicamentos mais baratos. A OMS também observa que é importante, em um sistema de copagamento, que o preço para pacientes não seja tão baixo para criar excesso de demanda, mas não tão alto para restringir o acesso, o que nos remete ao estudo de Carraro (2014), que observou uma baixa migração de pacientes da farmácia básica para o ATFP.

A 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) menciona que o ATFP tem forte articulação com políticas cujos objetivos estão relacionados: à redução da vulnerabilidade da política social brasileira através do fortalecimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde - CEIS; ao aumento da competitividade em inovações das empresas e produtores nacionais; à substituição de importações; e à ampliação da oferta e do consumo de medicamentos pelas classes C e D. No entanto, Carraro (2014), aponta que a existência do CEIS tem favorecido apenas o abastecimento da rede pública, e não se integra ao ATFP.

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. O autor considera que o programa pouco ajuda no enfrentamento dos problemas da assistência farmacêutica no Brasil, sendo que, neste sentido, o seu posicionamento difere de Carraro (2014) e Silva (2014), que apontam que o ATFP ampliou o acesso da população a medicamentos, indicando ganhos econômicos para a sociedade e cidadãos, apesar de suas deficiências.

3 METODOLOGIA

Para a realização do presente estudo foi adotado um enfoque quantitativo. Os procedimentos metodológicos desta dissertação são divididos em três estágios:

- 1) Pesquisa exploratória compreendendo revisão da literatura sobre o tema;
- 2) Adaptação dos Modelos de Análises elaborados por Carraro (2014) e Silva (2014);
- 3) Efetivação do estudo com a coleta das informações apresentadas pelas prefeituras dos municípios alagoanos, tabulação e análise dos dados com base no modelo analítico empregado.

A pesquisa exploratória tem como objetivo apresentar os conceitos relativos aos programas de governo objeto de estudo e verificar os estudos anteriores relacionados aos objetivos da pesquisa.

O corte temporal utilizado neste trabalho envolve o ano de 2016 para as comparações entre os programas. Para os dados referentes aos valores pagos pelos municípios, foram coletadas informações relativas aos anos de 2014, 2015 e 2016, a fim de verificar a evolução dos preços em relação à inflação.

A pesquisa foi realizada no âmbito do Estado de Alagoas, considerando a maior facilidade na obtenção de informações junto aos seus 102 municípios, sendo que, destes, 63% responderam à pesquisa, 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 metodologia utiliza como referência os conceitos e orientações da Organização Mundial de Saúde definidas na 2ª edição do *Medir precios, disponibilidad, asequibilidad y componentes de los precios de los medicamentos*, de 2008, adaptando-as ao escopo do presente trabalho. A metodologia foi utilizada por Pinto et. al (2010) com base na 1ª Edição do documento publicado pela OMS em 2003, com adaptações, com foco na avaliação de preços

e possibilidades de economia. Também são utilizados conceitos e orientações da MSH/OMS definidos no *International Drug Price Indicator Guide 2014 Edition*.

Na mesma linha, também são utilizados conceitos e aspectos trazidos por Silva (2014) em sua tese, em que comparou os custos do ATFP e as aquisições da SMS-Rio, incluindo custos de transação.

A coleta de dados foi realizada através de preenchimento de planilhas semiestruturadas e análise documental. Foram solicitados 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.

Os valores financeiros dos medicamentos foram apurados a partir dos registros contábeis das Secretarias Municipais de Saúde.

Seguindo a metodologia elaborada por Carraro (2014), para a apuração do gasto operacional por unidade farmacotécnica, foram solicitados aos municípios alagoanos os dados relativos ao gasto operacional anual. O modelo de questionário aplicado aos municípios para obtenção de estimativa destes custos, que seriam rateados aos valores dos medicamentos básicos do PFB e da RP do PFPB, seguiu o modelo constante do Apêndice A desta dissertação, tendo em vista que se tratam de valores específicos de cada município que não estão disponíveis em bancos de dados públicos. No entanto, uma vez que as respostas dos municípios não permitiram estimar os seus gastos, foi utilizado o valor médio atualizado identificado por Carraro (2014) em sua pesquisa, que, em 2011, foi de R\$ 0,06 por unidade farmacotécnica (comprimido, frasco, ampola, etc.).

A metodologia utilizada por Carraro (2014) para definição do valor dos gastos operacionais (R\$ 0,06) teve como base o método de custeio por absorção, e contemplou: a) despesas de pessoal: salários, benefícios, treinamentos, encargos e serviços terceirizados; b) despesas gerais: energia elétrica, consumo de água, transportes, combustíveis, materiais de expediente, materiais de limpeza, conta telefônica, aluguéis, manutenção predial, manutenção de equipamentos, gastos com tecnologia da informação (link de internet, manutenção e mensalidade de software), descarte de materiais e outros gastos de natureza operacional; e c) despesas de depreciação, correspondendo à diminuição do valor dos bens do mobiliário das farmácias analisadas, em razão destes bens terem um período de vida útil limitado

Após a obtenção dos dados dos valores unitários dos medicamentos adquiridos pelos municípios, aos valores medianos 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 valores de referência aplicados às farmácias privadas para o eixo ATFP.

Também foi aplicado questionário para obtenção de outras informações com o objetivo de verificar a estrutura da rede de farmácias básicas para o funcionamento do PFB, conforme modelo constante do Apêndice B desta dissertação, para comparação com a estrutura mínima exigida para funcionamento da RP do PFPB e com o ATFP.

Foram analisados os valores e outros aspectos 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

Nos tópicos a seguir são discutidos os resultados alcançados na pesquisa, conforme o modelo de análise desenvolvido.

4.1 RESULTADOS OBTIDOS

Nesta seção constam os resultados da pesquisa, de acordo com modelo de análise apresentado nos procedimentos metodológicos. A apresentação dos resultados está subdividida conforme a estrutura básica do referencial teórico, a fim de permitir análises particularizadas de cada um dos aspectos teóricos que ajudam a responder o problema de pesquisa.

4.1.1 EVOLUÇÃO DE PREÇOS – CMED

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, conforme demonstrado na tabela 1:

Tabela 1 – Evolução dos reajustes dos medicamentos e dos índices de preços

CMED				Índice de Preços			
Normativo	Reajuste autorizado	Reajuste acumulado	Ano	INPC		IPCA	
	%	Acumulado		%	Acumulado	%	Acumulado
Resolução nº 02, de 12 de março de 2012	5,85%	5,85%	2011	6,07%	6,07%	6,50%	6,50%
Resolução nº 02, de 3 de abril de 2013	6,31%	12,53%	2012	6,19%	12,64%	5,83%	12,71%
Resolução nº 02, de 12 de março de 2014	5,68%	18,92%	2013	5,56%	18,90%	5,91%	19,37%
Resolução nº 04, de 12 de março de 2015	7,70%	28,08%	2014	6,22%	26,29%	6,40%	27,01%
Resolução nº 01, de 10 de março de 2016	12,50%	44,09%	2015	11,27%	40,53%	10,67%	40,56%
Resolução nº 01, de 14 de março de 2017	4,76%	50,95%	2016	6,58%	49,77%	6,29%	49,40%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa (2017).

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 e do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

Cabe salientar que estes são percentuais máximos definidos pela CMED, que 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.

4.1.2 EVOLUÇÃO DE PREÇOS - PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL – REDE PRÓPRIA

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), que são fornecidos mediante copagamento, sendo que, destes, as 2 apresentações de sulfato ferroso não constam da lista de produtos de 2016. Os outros 4 itens fornecidos mediante copagamento tiveram reajustes simbólicos, referentes a arredondamento de valores (Ácido Acetilsalicílico 500mg, Ácido Fólico, Biperideno e Clorpromazina), de, respectivamente, + 14%, -7%, +4% e

+4% no período. 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.

Abaixo segue tabela resumida com alguns medicamentos do rol da RP do PFPB e seus preços de dispensação, além de alguns gratuitos do SNTP, exemplificando a ausência de reajustes reais nestes. A tabela completa encontra-se no Apêndice E:

Tabela 2 – Evolução dos preços de dispensação dos medicamentos do rol da RP do PFPB

Medicamento	Apresentação	Unidade	Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016	Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012	Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011	Variação (2016/2011)
			Preço de dispensação (R\$)	Preço de dispensação (R\$)	Preço de dispensação (R\$)	
Acetato de medroxiprogesterona	150 mg/ml	Ampola	R\$ 1,240	R\$ 1,240	R\$ 1,240	0%
Aciclovir	200mg/cp	Comprimido	R\$ 0,280	R\$ 0,280	R\$ 0,280	0%
Ácido Acetilsalicílico	500mg/cp	Comprimido	R\$ 0,040	R\$ 0,035	R\$ 0,035	14%
Ácido Acetilsalicílico	100mg/cp	Comprimido	R\$ 0,030	R\$ 0,030	R\$ 0,030	0%
Ácido Fólico	5mg/cp	Comprimido	R\$ 0,050	R\$ 0,054	R\$ 0,054	-7%
Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp oral	Frasco 60 ml	R\$ 1,960	R\$ 1,960	R\$ 1,960	0%
Biperideno	2mg/cp	Comprimido	R\$ 0,070	R\$ 0,073	R\$ 0,073	-4%
Brometo de n-butilescopolamina	10 mg/frasco	frasco de 20 ml	R\$ 3,900	R\$ 3,900	R\$ 3,900	0%
Atenolol	25mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
Captopril	25mg/cp sulcado	Comprimido	0	0	0	-
Losartana	50mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
Metformina	500mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
Metformina	850mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
Propranolol (Cloridrato)	40mg/cp	Comprimido	0	0	0	-

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa (2017).

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 repassa mensalmente o valor de R\$ 12.500,00 para pagamento de salários e outras despesas de funcionamento às prefeituras ou entes conveniados. Este valor mantém-se sem reajuste desde 20 de maio de 2014, conforme Portaria MS nº 1.019. 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.

Foram solicitadas informações à Fiocruz, por meio do Sistema Eletrônico de Informação ao Cidadão (protocolo 25820000913201750), relativas à forma de cálculo do valor final de referência de cada um dos medicamentos da rede própria; o quantitativo de medicamentos entregues por estado; e o quantitativo de pacientes atendidos pela rede própria, no entanto, a Fiocruz se limitou a informar os quantitativos entregues no Brasil.

Cabe ressaltar que o MS determina que, na RP do PFPB, a dispensação dos medicamentos e/ou correlatos ocorrerá mediante o ressarcimento correspondente, tão somente, aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, conforme preço de dispensação estabelecidos (exceto medicamentos gratuitos para hipertensão, diabetes e asma).

A ausência de reajuste nos valores dos medicamentos desde 2011 demonstra que a Fiocruz não possui um sistema de determinação de preços preciso. Mesmo que haja 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. Ainda, como a maioria das farmácias funcionam em cooperação com prefeituras (ou organizações sociais), muitos custos não são contabilizados no valor final, ficando a cargo destes entes as despesas com mão-de-obra, aluguel, energia, água, entre outras, que não são cobertos pelo incentivo mensal de R\$ 12.500,00 por farmácia repassado pelo Governo Federal.

Em abril de 2017, o MS decidiu iniciar o processo de fechamento das unidades da RP, 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 3.

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 com aquisição de medicamentos para distribuição:

Tabela 3 – 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: Elaborado pelo autor 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. No entanto, não fica clara a razão da queda de 30% do valor em 2016, de R\$ 74,9 para R\$ 52,2 milhões.

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 quantidade de medicamentos entregues pela RP do PFPB.

A tabela 4 demonstra a evolução dos quantitativos dos principais medicamentos dispensados pela RP do PFPB. As tabelas completas encontram-se no Anexo A:

Tabela 4 – Evolução do quantitativo dispensado pela RP do PFPB – 2014 a 2016

Item	Qtd. Dispensada/ano		
	2014	2015	2016
Acido Acetilsalicilico	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 Potassica	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: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa (2017).

Verifica-se na tabela acima que houve uma queda 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. No entanto, seriam necessários estudos mais aprofundados sobre os custos da RP do PFPB para identificar os demais fatores relacionados às variações nos percentuais e quantitativos.

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.

4.1.3 EVOLUÇÃO DE PREÇOS E QUANTITATIVOS – AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR

Implantado em 2006, o ATFP passou a disponibilizar medicamentos à população por meio da rede privada de farmácias conveniadas, mediante copagamento pelo paciente, sendo até 90% do VR pago pelo MS diretamente às farmácias.

A partir de 2011, alguns medicamentos para hipertensão e diabetes deixaram de ter a cobrança de copagamento, sendo esta campanha chamada de Saúde Não Tem Preço.

O Governo Federal tem ampliado a lista de itens disponibilizados pelo ATFP, que iniciou com 9 medicamentos em 2006, e atualmente possui 41 apresentações de medicamentos em sua relação, sendo 26 disponibilizados gratuitamente (sem copagamento) pelo SNTF e 15 medicamentos, além de fraldas geriátricas, disponibilizados mediante copagamento.

O ATFP não possui preservativos em sua relação de itens, ao contrário da RP do PFPB, e sua lista de itens é menor e parcialmente diferente da relação de medicamentos da RP.

Foram solicitados ao MS os dados dos quantitativos dispensados pela rede privada do ATFP, sintetizados na tabela 5:

Tabela 5 – Evolução dos quantitativos dispensados pela rede privada do ATFP – 2014 a 2016

UF	Ano			Variação 2016/2014
	2014	2015	2016	
AC	943.027	1.578.572	1.746.215	85%
AL	50.711.696	71.454.775	85.197.858	68%
AM	3.008.249	5.597.054	7.779.660	159%
AP	600.647	1.041.662	1.917.730	219%
BA	281.475.374	376.091.208	468.203.275	66%
CE	199.402.411	263.335.526	276.958.189	39%
DF	125.231.147	147.598.270	157.995.218	26%
ES	254.143.466	297.426.390	322.956.029	27%
GO	502.413.087	666.607.484	683.639.065	36%
MA	64.978.624	91.764.695	117.254.738	80%
MG	1.540.045.939	1.901.171.995	2.142.006.212	39%
MS	87.586.580	104.646.174	114.647.943	31%
MT	80.743.562	105.094.059	117.213.122	45%
PA	114.496.027	134.134.730	150.237.547	31%
PB	163.978.321	207.776.459	238.889.324	46%
PE	228.753.014	313.497.854	379.714.887	66%
PI	75.297.981	100.166.666	114.208.679	52%
PR	622.784.847	743.958.873	819.026.092	32%
RJ	946.823.933	1.070.333.751	1.178.383.166	24%
RN	175.475.537	208.704.036	244.583.726	39%
RO	50.298.157	55.788.423	59.947.917	19%
RR	8.753.179	8.738.391	10.227.708	17%
RS	1.003.209.277	1.169.925.273	1.343.667.059	34%
SC	371.113.047	435.949.540	511.592.078	38%
SE	36.917.094	44.095.789	53.410.976	45%
SP	1.871.986.292	2.217.630.715	2.624.336.101	40%
TO	27.381.591	38.524.545	47.383.814	73%
Total	8.888.552.106	10.782.632.909	12.273.124.328	38%
% AL/Total	0,57%	0,66%	0,69%	22%

Fonte: Elaborado pelo autor 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 resumida, com 10 dos 12 medicamentos comparados por Carraro (2014), com a evolução dos valores de referência (VR) e valores máximos pagos pelo MS à rede privada de farmácias (VM-MS). A tabela completa encontra-se no Apêndice F:

Tabela 6 – Evolução dos preços dos medicamentos do ATFP (rede privada)

Norma	Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016		Portaria Nº 971, de 15 de maio de 2012		Portaria Nº 184, de 3 de fevereiro de 2011		Portaria Nº 3.089, de 16 de dezembro de 2009		Portaria Nº 749, de 15 de abril de 2009 (*)		Portaria Nº 1.414, de 13 de junho de 2007(*)		Portaria nº 491/GM, de 9 de março de 2006		Redução / aumento (menor valor / maior valor)
	VR	VM-MS	VR	VM-MS	VR	VM-MS	VR	VM-MS	VR	VM-MS	VR	VM-MS	VR	VM-MS	%
Captopril 25 MG, comprimido	R\$ 0,19	R\$ 0,19	R\$ 0,28	R\$ 0,28	R\$ 0,28	R\$ 0,28	R\$ 0,31	R\$ 0,28	R\$ 0,31	R\$ 0,28	R\$ 0,41	R\$ 0,37	R\$ 0,42	R\$ 0,38	-54%
Enalapril 10 MG, comprimido	R\$ 0,26	R\$ 0,26	R\$ 0,39	R\$ 0,39	R\$ 0,39	R\$ 0,39	R\$ 0,43	R\$ 0,39	R\$ 0,43	R\$ 0,39	R\$ 0,56	R\$ 0,50	R\$ 0,56	R\$ 0,51	-54%
Propranolol 40 MG, comprimido	R\$ 0,07	R\$ 0,07	R\$ 0,08	R\$ 0,08	R\$ 0,08	R\$ 0,08	R\$ 0,09	R\$ 0,08	R\$ 0,09	R\$ 0,08	R\$ 0,11	R\$ 0,10	R\$ 0,12	R\$ 0,11	-41%
Atenolol 25 MG, comprimido	R\$ 0,11	R\$ 0,11	R\$ 0,19	R\$ 0,19	R\$ 0,19	R\$ 0,19	R\$ 0,21	R\$ 0,19	R\$ 0,21	R\$ 0,19	R\$ 0,26	R\$ 0,23	R\$ 0,26	R\$ 0,24	-58%
Hidroclorotiazida 25 MG, comprimido	R\$ 0,06	R\$ 0,06	R\$ 0,08	R\$ 0,08	R\$ 0,08	R\$ 0,08	R\$ 0,09	R\$ 0,08	R\$ 0,09	R\$ 0,08	R\$ 0,16	R\$ 0,14	R\$ 0,17	R\$ 0,15	-64%
Glibenclamida 5 MG, comprimido	R\$ 0,09	R\$ 0,09	R\$ 0,12	R\$ 0,12	R\$ 0,12	R\$ 0,12	R\$ 0,14	R\$ 0,12	R\$ 0,14	R\$ 0,12	R\$ 0,18	R\$ 0,16	R\$ 0,19	R\$ 0,17	-51%
Metformina 500 MG, comprimido	R\$ 0,12	R\$ 0,12	R\$ 0,13	R\$ 0,13	R\$ 0,13	R\$ 0,13	R\$ 0,15	R\$ 0,13	R\$ 0,15	R\$ 0,13	R\$ 0,17	R\$ 0,15	R\$ 0,17	R\$ 0,16	-31%
Metformina 850 MG, comprimido	R\$ 0,16	R\$ 0,16	R\$ 0,16	R\$ 0,16	R\$ 0,18	R\$ 0,18	R\$ 0,20	R\$ 0,16	R\$ 0,20	R\$ 0,16	R\$ 0,28	R\$ 0,25	R\$ 0,28	R\$ 0,25	-43%
Noretisterona 50 MG + valerato de estradiol 5 MG, ampola	R\$ 11,31	R\$ 10,17	R\$ 11,31	R\$ 10,17	R\$ 11,31	R\$ 10,17	R\$ 11,31	R\$ 10,17	11,31	R\$ 10,17	R\$ 11,31	10,18	-	-	0%
Acetato de medroxiprogesterona 150 MG, ampola	R\$ 12,36	R\$ 11,12	R\$ 12,36	R\$ 11,12	R\$ 12,36	R\$ 11,12	R\$ 12,36	R\$ 11,12	R\$ 12,36	R\$ 11,12	R\$ 12,36	R\$ 11,12	-	-	0%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa (2017).

Cabe mencionar que os valores de referência não são necessariamente os valores cobrados aos pacientes, que podem ser maiores ou menores (exceto para os medicamentos da campanha SNTP, que devem ser fornecidos gratuitamente), sendo que o MS paga, no máximo, 90% do valor de venda à farmácia até o limite do VR.

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 impacto na saúde da população por meio do acesso aos medicamentos.

4.1.4 EVOLUÇÃO DE PREÇOS – MUNICÍPIOS ALAGOANOS

Para esta pesquisa foram levantadas informações de 64 municípios do Estado de Alagoas (incluindo 22 municípios em consórcio). Foram solicitadas informações referentes aos valores licitados nos anos de 2014, 2015 e 2016, e levantados os valores contratados pelos municípios para os 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 resumida, com 10 dos 12 medicamentos comparados por Carraro (2014), com a evolução dos valores medianos pagos pelos municípios para dez medicamentos. A tabela completa encontra-se no Apêndice G:

Tabela 7 – Evolução dos preços medianos pagos pelos municípios alagoanos de 2014 a 2016

Medicamento	Apresentação	Mediana			Variação
		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: Elaborado pelo autor 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 8 – Evolução dos valores per capita dos repasses para aquisição de medicamentos básicos – 2007 a 2016

Normativo / Ente	Valor por habitante ao ano				
	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	Aumento (2013 / 2007)
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: Elaborado pelo autor 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 ATEP 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 pela União.

4.1.5 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 definir o custo de disponibilização dos medicamentos no PFB, tentou-se levantar os custos dos municípios alagoanos na distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos. No entanto, nenhum dos municípios consultados apresentou dados consistentes que permitissem uma estimativa. Assim, optou-se por utilizar o valor identificado por Carraro (2014) em sua pesquisa, que, em 2011, foi de R\$ 0,06 por unidade farmacotécnica (comprimido, frasco, ampola, etc.), e atualizá-lo pelo INPC e somá-lo às medianas de cada um dos medicamentos adquiridos pelos municípios. Considerando o INPC acumulado de 40,53% de 2011 a 2015, considerou-se o valor de R\$ 0,084 como custo de disponibilização pelos municípios por unidade farmacotécnica.

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, demonstrada na tabela 9, 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, considerando que, se assim quisesse, o governo poderia arcar com 100% deste para todos os medicamentos (e não somente para os da lista do SNTP), 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 9 apresenta resumo do comparativo com 10 dos 12 medicamentos comparados por Carraro (2014), além dos medicamentos Sinvastatina e Losartana Potássica, em virtude da representatividade destes no ATFP. 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. A tabela completa encontra-se no Apêndice H. 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 ajuste a menor relativo ao desconto de 4,27%.

Tabela 9 – 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%
Média para todos os 119 medicamentos pesquisados									34%	41%	234%	-	-12%

Fonte: Elaborado pelo autor 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;
- 1 medicamento possui valor mediano no PFB semelhante ao de aquisição da RP.

A diferença a maior no PFB se dá 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. No entanto, a comparação é prejudicada pelo fato de o Preço de Aquisição da RP do PFPB não incluir os custos logísticos de distribuição às suas farmácias, mas somente para os depósitos centrais da Fiocruz, sendo este custo importante para definir qual seria o custo até os locais de dispensação.

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 é suficiente para cobrir os custos logísticos e de disponibilização que a RP possui.

Na comparação entre o PFB e o ATRF, 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 ATRF.

Ao se comparar os preços de dispensação da RP do PFPB e o valor do copagamento do ATRF (10% do VR), verifica-se que 3 medicamento possuem preço maior na RP e 2 possuem valores semelhantes. No entanto, esta última comparação serve apenas para verificar a vantagem

aos pacientes, e é limitada, pois há outros medicamentos que são fornecidos gratuitamente em ambas as vertentes do PFPB, não possuindo preço de dispensação na RP.

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 última comparação também é 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.

Em relação aos medicamentos fornecidos em todos os 3 programas (PFB, RP e ATFP/Rede Privada):

- 4 possuem CT menor no PFB;
- 5 possuem PAJ menor na RP; e
- 5 possuem VRA 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 PAJ médio menor que a ATFP em 12%, a RP não possui 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.

Em seguida, é realizada uma análise considerando, também, os quantitativos dispensados pela rede privada do ATFP, para melhor avaliação.

4.1.6 ANÁLISE POR QUANTITATIVOS

Foi solicitado ao MS os quantitativos dos medicamentos disponibilizados pela rede privada de farmácias no âmbito do ATFP. Com base nas informações fornecidas pelo MS, foi realizada uma comparação utilizando como base os custos totais (CT) estimados do PFB, os preços de aquisição ajustados da RP do PFPB (PAJ) e os valores de referência ajustados (VRA) do ATFP. Apesar de o rol do ATFP possuir 41 itens, a relação dos quantitativos fornecida pelo MS continha somente 37 itens. As tabelas com os dados fornecidos pelo MS encontram-se nos Apêndices C e D.

A tabela 10 abaixo demonstra 14 medicamentos comparados nos 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 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 salientar que a comparação abaixo considera somente o quantitativo disponibilizado no Estado de Alagoas em 2016 pela rede privada no âmbito do ATFP, uma vez que não foi possível estimar com precisão o quantitativo entregue pelo PFB. Além de a Fiocruz não ter informado o quantitativo entregue pela RP por estado, o seu quantitativo nacional é pequeno frente ao ATFP:

Tabela 10 – 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	Quant.	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.	%
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%
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: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa (2017).

Tabela 11 – Comparação do gasto total x quantitativo disponibilizado pela rede privada em Alagoas, com base nos custos do PFB e da rede privada – 2016

Medicamento	Quant.	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%
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: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa (2017).

Na tabela 11 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 da pesquisa de Silva (2014), que verificou que, em 2011 na SMS-Rio, os custos estimados desta foram, em geral, menores que os valores de referência do ATFP em 20 de 25 medicamentos, bem como da pesquisa de Carraro (2014), que apontou que todos os 13 medicamentos comparados pela autora tinham custos menores no PFB em relação ao ATFP. 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. 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 3,5 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) apontou 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, e 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%), sendo que o ATFP tem a vantagem de ter uma vasta rede para atendimento à população, muito superior à RP do PFPB e ao PFB.

Em setembro de 2017, foi divulgada a notícia de que o Ministério da Saúde estuda tirar 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 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 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.

Considerando os aspectos relativos à acessibilidade aos pacientes em razão da capilaridade de sua rede, é possível afirmar que o ATFP pode ser vantajoso em relação à aquisição de medicamentos pelos municípios alagoanos e tem potencial para a ampliação do seu rol de medicamentos, que ainda é enxuto se comparado ao PFB e à RP do PFPB.

4.1.7 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;
- 95% dos municípios pesquisados utilizam o sistema Hórus para controles dos medicamentos em suas Centrais Farmacêuticas, 5% não utilizam sistemas informatizados, e 81% enviam dados online via sistema Hórus ao MS;
- 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;
- 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 de este 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 responsável) 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 sobre 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, espalhadas 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 fiscalizatório dos Conselhos Regionais de Farmácia sobre as farmácias do ATFP e seu poder legal de atuação para correção de seus problemas.

Mattos (2015) apontou que, em 2014, apesar de sua forte expansão e grande aumento no número de atendimentos, o ATFP era utilizado por cerca de, apenas, 13-19% dos

hipertensos e diabéticos, no entanto, este percentual diverge de dados de 2013 do IBGE (2017h), que apontava que 35,9% dos hipertensos e 57,4% dos diabéticos utilizavam a farmácia popular (sem especificar se RP ou ATFP). Mattos (2015) também apontou que o PFB provia cerca de 45-60% dos pacientes e os demais eram obtidos na rede privada.

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.

Considerando o baixo número de unidades da RP do PFPB, é preciso considerar que as despesas de um paciente com seu transporte até uma de suas poucas farmácias podem ser superiores ao copagamento realizado nas farmácias privadas na vertente ATFP, ou mesmo ao valor integral do medicamento sem qualquer tipo de subsídio.

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) é muito pequeno em relação ao ATFP e ao PFB.

Também é preciso considerar que as farmácias básicas do PFB e a RP do PFPB funcionam somente em horário comercial, e 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.

Apesar de os programas não serem excludentes, uma vez que o PFB possui uma lista de medicamentos maior que a da RP do PFPB e a do ATFP, além da diferença do rol entre estes dois últimos, 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 *motoboy*s ou por agentes comunitários de saúde. A falta de interligação também afeta os gestores municipais, que poderiam concentrar a utilização dos recursos do PFB na aquisição de medicamentos não disponibilizados pela RP do PFPB ou pelo ATFP.

A consolidação do ATFP e a ampliação de seu rol de medicamentos tem se mostrado válido e benéfico à população, não só com a ampliação do acesso aos medicamentos, mas também com a ampliação do acesso à atenção farmacêutica, considerando a baixa disponibilidade de farmacêuticos na rede pública. No entanto, além da ampliação do número de municípios atendidos, é necessário maior estudo por parte do MS, considerando a RP do PFPB e o PFB, para definição dos preços de referência do ATFP, considerando as compensações, bem como que dois medicamentos (Losartana e Insulina NPH) são responsáveis por mais de 50% das despesas do programa, sendo a Losartana com custos ao governo bem superiores à RP do ATFP e PFB, apesar de, excluídos aqueles dois medicamentos, o ATFP possuir um conjunto de preços menores que a mediana do PFB em Alagoas.

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.

Assim, o ATFP, que tem evoluído ao longo dos anos, mostra ter potencial para ampliação do rol de medicamentos e do acesso aos medicamentos pela população, e parece ser a melhor alternativa para garantir o previsto na Resolução nº 468/2013 do Conselho Nacional de Saúde, isto é, o direito de todas as pessoas a 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. No entanto, seus valores de referência precisam ser objetos de exame para sua redução, e 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. Também deve ser avaliada a possível participação das farmácias de manipulação no programa, de forma a melhorar o acesso da população e reduzir seus custos.

Abaixo segue quadro demonstrativo das conclusões da pesquisa em relação aos estudos anteriores:

Quadro 1 – Resultado do comparativo dos custos dos programas em relação aos estudos anteriores

Questão chave	Achados em pesquisas anteriores	Achados nesta pesquisa	Observações
Comparando-se a distribuição de medicamentos pelo PFB e pelas vertentes do Programa Farmácia Popular do Brasil (ATFP, RP e SNTF), qual se mostra mais econômica?	Estudos anteriores (BRASIL, 2011b, CARRARO, 2014, e SILVA, 2014) mostravam que o PFB era mais econômico que o ATFP nos anos de 2010 e 2011. Considerando os custos de dispensação e logística, o ATFP custava 1,5 vezes mais que a mediana de 12 municípios brasileiros de diferentes portes e 3,5 vezes mais que o PFB no município do Rio de Janeiro.	O estudo mostrou que, em 2016, para a mediana de 64 municípios de Alagoas, o ATFP custa cerca de 26% mais que o PFB, mas, excluídos os medicamentos Losartana Potássica e Insulina NPH, o ATFP custa 6,5% menos que o PFB. A RP do PFPB mostrou ter custos de aquisição menores que o PFB e o ATFP, mas os seus custos totais dependem de maiores estudos sobre seus custos de logística e distribuição.	As conclusões dos estudos se limitam ao escopo dos municípios de cada um, e não servem para generalizações, devendo ser consideradas as diferentes metodologias utilizadas nas pesquisas. Todos os estudos concluíram que alguns dos VR do ATFP podem ser objeto de revisão para sua redução.

Questão chave	Achados em pesquisas anteriores	Achados nesta pesquisa	Observações
	Os estudos anteriores não comparam os valores da RP do PFPB.		
	Mattos (2015) apontou que, respectivamente, 13% e 19% dos pacientes diabéticos e hipertensos eram atendidos pelo ATFP em 2014, e 45% e 60% pelo PFB. O IBGE (BRASIL,2014) apontou que 35,9% dos hipertensos e 57,4% dos diabéticos eram atendidos pelo PFPB.	O estudo estimou que 22% dos hipertensos e 33% dos diabéticos de Alagoas são atendidos pelo ATFP. A pesquisa estimou que somente 0,1% da população era atendida pela RP do PFPB. O presente estudo não estimou o número de usuários do PFB.	A estimativa deste estudo foi realizada com base nos quantitativos informados pelo MS, enquanto a pesquisa do IBGE foi realizada por amostragem por telefone. Não foi identificada explicitamente a fonte de dados de Mattos (2015).

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa (2017).

Esta dissertação apresentou as políticas públicas federais de assistência farmacêutica básica e as respectivas formas de financiamento, contratação e remuneração dos medicamentos, além de comparar a estrutura, incluindo de pessoal, para a execução dos programas, bem como os valores dos medicamentos adquiridos pelos municípios de Alagoas e as vertentes do PFPB, além de identificar os fatores que causam possíveis distorções nos preços de aquisição de medicamentos básicos.

A pesquisa teve limitações em suas análises em decorrência da não obtenção de informações solicitadas à Fiocruz relativas aos custos da RP do PFPB; do fato de a Fiocruz utilizar a Ação Orçamentária 2000 - Administração da Unidade, que contempla despesas de manutenção da unidade em geral, com pagamentos aos fornecedores da RP; pela ausência de informações consistentes sobre os custos de logística e distribuição dos municípios alagoanos; e pelo fato de o Banco de Preços em Saúde não ser de alimentação obrigatória, o que dificultou a obtenção dos dados de preços e quantitativos, que tiveram que ser buscados em um grande volume de processos e documentos apresentados pelas 64 prefeituras pesquisadas para definição das medianas.

Esta dissertação avalia 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 efetivo 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, bem como os valores de aquisição dos medicamentos nos anos de 2014, 2015 e 2016 pelos municípios de Alagoas.

Foi realizada a comparação, do ponto de vista do Governo Federal, dos custos dos medicamentos básicos distribuídos (gratuitamente) pelos municípios alagoanos por meio do PFB, e os custos das modalidades RP do PFPB e ATFP, distribuídos mediante copagamento ou, gratuitamente, por meio da campanha SNTP, de modo a verificar qual a mais vantajosa e os fatores que causam possíveis distorções nos custos. Também foi comparada a estrutura para a execução do PFB e a rede de farmácias privadas do ATFP e RP do PFPB.

Estudos anteriores mostraram que o PFB tinha custos menores que o ATFP. O presente estudo ampliou a comparação para a RP do PFPB e o número de municípios pesquisados, se limitando ao Estado de Alagoas. Assim, o presente estudo considerou a criticidade dos processos de aquisição de medicamentos básicos pelos municípios ao compará-lo com os custos de distribuição dos demais programas, se diferenciando dos estudos anteriores por possuir perspectivas distintas, contribuindo para novos debates sobre a eficiência da política de assistência farmacêutica básica.

O presente estudo, com enfoque quantitativo, contemplou pesquisa exploratória, adaptação de modelos de análises sobre o tema, coleta de dados, tabulação e análise das informações obtidas.

A pesquisa teve limitações em suas análises em decorrência da não obtenção de informações solicitadas à Fiocruz relativas aos custos da RP, além do fato de a Fiocruz utilizar a Ação Orçamentária 2000 - Administração da Unidade, que contempla despesas de manutenção da unidade em geral, com pagamentos aos fornecedores da RP. Em abril de 2017, o MS decidiu iniciar o fechamento das unidades da RP, alegando que 80% de seu custo, de quase R\$ 100 milhões ao ano, era com despesas administrativas.

Conforme explicado por Carraro (2014), ao se comparar os valores pagos pelo MS para o ATFP com os custos do PFB (e da RP do PFPB), pode-se esperar uma diferença razoável,

uma vez que, além do valor de compra do medicamento, deve-se considerar os gastos operacionais, a margem de lucro e os custos dos compromissos, obrigações e responsabilidades inerentes ao ATFP. Para a estimação dos custos dos medicamentos do PFB e da RP do PFPB foram considerados os gastos operacionais, utilizando-se o valor identificado por Carraro (2014) em sua pesquisa, atualizado monetariamente (R\$ 0,084 por unidade farmacotécnica) como custo de disponibilização pelos municípios e pela RP do PFPB. Este valor foi somado aos valores de aquisição da RP do PFPB e aos valores medianos do PFB identificados em Alagoas no ano de 2016. Após, estes valores foram comparados com os valores de referência aplicados às farmácias do ATFP.

Verificou-se que, enquanto no período de 2012 a 2016, a CMED autorizou, acumuladamente, aumentos de até 44,09% nos preços de medicamentos, índice próximo à inflação do período, não houve reajuste de preços efetivos aos pacientes nos itens que são fornecidos mediante copagamento na RP do PFPB. Ainda, há 18 medicamentos para hipertensão, diabetes e asma que são fornecidos gratuitamente aos pacientes, ou seja, sem copagamento. Assim, na prática, há um aumento de despesas para o governo federal a cada ano. Já o repasse federal para pagamento de despesas de funcionamento da RP do PFPB aos entes conveniados sofreu com a perda de seu valor devido à ausência de reajustes periódicos.

Houve um aumento de 38% no quantitativo de medicamentos entregues pelo ATFP pela rede privada de 2014 a 2016. Em Alagoas, o aumento foi de 68%. Em paralelo, os valores de referência definidos pelo MS têm diminuído ao longo dos anos, com redução de até 64% em 10 anos de existência do ATFP, isso sem considerar os efeitos da inflação.

Com base em dados coletados de 64 municípios do Estado de Alagoas para 119 medicamentos do PFB, verificou-se que a mediana dos preços contratados pelos municípios aumentou, em média não ponderada, 50% de 2014 a 2016, percentual bem acima dos índices de preço. Paralelamente, o valor de R\$ 5,10 por habitante/ano repassado pelo MS aos municípios e das contrapartidas para aquisição de medicamentos básicos permaneceu o mesmo desde julho de 2013, representando um encargo maior para os municípios.

O estudo identificou que, em relação à RP do PFPB, 62 medicamentos possuem valores medianos maiores e 27 possuem valores medianos menores no PFB em Alagoas, com valores, em média, 34% maiores no PFB do que os preços de aquisição da RP. Verificou-se que 20 medicamentos possuem custo total maior e 11 possuem custo total menor no PFB do que os valores de referência do ATFP, com valores 234% maiores, em média, no PFB. Em relação à RP do PFPB e o ATFP, 4 medicamentos possuem preços maiores e 10 medicamentos possuem preços

menores na RP, com valores, na média geral, 12% menores. Em relação a 14 medicamentos fornecidos em todos os 3 programas (PFB, RP e ATFP), 4 possuem custo menor no PFB, 5 possuem custo menor na RP, e 5 possuem custo menor no ATFP da rede privada. No entanto, os valores da RP não contemplam os custos logísticos de entrega às suas unidades, sendo, portanto, as comparações limitadas neste sentido.

O estudo também 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). Ao se considerar todos os medicamentos comparados, a RP se mostra mais vantajosa, seguida do PFB. 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, diferentemente dos estudos de Carraro (2014) e de Silva (2014), o presente estudo mostra que, em Alagoas, o PFB se mostra o menos vantajoso. No entanto, como dito anteriormente, os valores da RP do PFPB não contemplam os custos logísticos de entrega às suas unidades.

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 possui 9 unidades em Alagoas espalhadas em 9 dos seus 102 municípios, número baixo em relação ao ATFP e ao PFB, apesar de a RP possuir custos estimados menores. 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 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 válido 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. 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, por exemplo, verificando a viabilidade de inserção dos agentes de saúde no processo de entrega e orientação aos pacientes crônicos e com a utilização de sistemas interligados de informação dos medicamentos disponíveis nas diversas unidades.

Além da ampliação do número de municípios atendidos, é necessário maior estudo por parte do MS, considerando a RP do PFPB e o PFB, para definição dos preços de referência do ATFP, considerando as compensações e a representatividade de determinados medicamentos nas despesas do governo.

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 o 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.

Para pesquisas futuras, sugere-se a ampliação do escopo do estudo por região do Brasil, bem como a realização de análises relativas: às variações e causas do aumento da demanda do ATFP e sua relação com a ampliação da rede, redução do preço ao consumidor, crise econômica e indisponibilidade do PFB e da RP do PFPB; à estrutura dos custos da RP do PFPB, incluindo custos logísticos e de gestão; à comparação dos custos dos medicamentos e tratamentos hospitalares da rede pública e da rede privada, considerando os valores pagos pela tabela SUS e pelas operadoras de convênio médico; aos impactos dos programas de melhoria da qualidade de vida, como as academias da saúde, nas despesas do SUS com medicamentos e demais ações de saúde; impacto do fechamento das unidades da RP do PFPB; a relação entre a ausência de reajustes nos preços de dispensação da RP e o fim do programa; e aos custos das farmácias privadas em diferentes estados e os reflexos nos preços de referência únicos pagos pelo MS ao ATFP no Brasil.

REFERÊNCIAS

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/PoliticasFarmaceuticas_Cabral.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2016.

BHARGAVA, A. et al. Modeling the effects of health on economic growth. **Journal of Health Economics**, Genebra, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/paper33.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2015.

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.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. **Coleção das Leis do Brasil**, Rio de Janeiro, 1923. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm>. Acesso em: 27 jan. 2016.

_____. Decreto nº 19.606, de 19 de janeiro de 1931. Dispõe sobre a profissão farmacêutica e seu exercício no Brasil. **Coleção das Leis do Brasil**, Rio de Janeiro, 1931. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D19606.htm>. Acesso em: 27 jan. 2016.

_____. Decreto nº 20.377, de 8 de setembro de 1931. Aprova a regulamentação do exercício da profissão farmacêutica no Brasil. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 14 set. 1931 e retificado em 17 set. 1931. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20377.htm>. Acesso em: 27 jan. 2016.

_____. Decreto nº 52.471, de 13 de setembro de 1963. Estabelece normas para o desenvolvimento da Indústria químico-farmacêutica nacional, e institui o Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica - Geifar e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 set. 1963. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960->

1969/decreto-52471-13-setembro-1963-392477-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 29 mar. 2016.

_____. Decreto nº 53.612, de 26 de fevereiro de 1964. Aprova relação de medicamentos essenciais para os fins previstos no Decreto nº 52.471, de 1963, e dispõe sobre a aquisição de medicamentos pela Administração Pública Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 fev. 1964 e retificado em 09 mar. 1964. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-53612-26-fevereiro-1964-393693-norma-pe.html>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

_____. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 dez 1973 e retificado em 21 dez. 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 176, de 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 mar. 1999. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/incentivo_assit_farm.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2016.

_____. Medida Provisória nº 2.138-4, de 23 de fevereiro de 2001. Define normas de regulação para o setor de medicamentos, institui a Fórmula Paramétrica de Reajuste de Preços de Medicamentos - FPR, cria a Câmara de Medicamentos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 fev. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/Antigas_2001/2138-4.htm>. Acesso em: 05 abr. 2016.

_____. Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.742.htm>. Acesso em: 05 abr. 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/110.858.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. Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília, 2005. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/confer_nacional_de%20medicamentos.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. 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. 2006 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/Acord/20111114/AC_2918_49_11_P.doc>. Acesso em: 05 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013. Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 fev. 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0271_27_02_2013.html>. Acesso em: 23 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 980, de 27 de maio de 2013. Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 maio 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0980_27_05_2013.html>. Acesso em: 28 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 jul. 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 28 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Banco de Preços em Saúde – BPS**. Brasília, 2013d. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/02/banco-precos-saude---sem-logo.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **CMED alerta gestores públicos sobre necessidade de pesquisa prévia de preços**. Brasília, 2013e. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2927355&_101_type=content&_101_groupId=374947&_101_urlTitle=cmed-alerta-aos-gestores-publicos-para-a-necessidade-de-pesquisa-previa-de-prec-2&inheritRedirect=true>. Acesso em: 05 jan. 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. 2013f. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2013/Reso468.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Perguntas e Respostas do Qualifar-SUS**. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o->

ministerio/248-sctie-raiz/daf-raiz/ceaf-sctie/qualifarsus-raiz/qualifar-sus/l2-qualifarsus/8657-faq>. Acesso em: 18 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **O que é o BPS?** Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/banco-de-precos-em-saude?layout=edit&id=8665>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil - Rede Própria.** Brasília, 2014c. 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. 2014d. 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 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 nº18/2017:** 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.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 18, de 20 de junho de 2017. Torna obrigatório o envio das informações necessárias à alimentação do Banco de Preços em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal, e Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 2017f. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/26/Resolucao-CIT-n-18.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

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

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

_____. Senado Federal. **Painel Cidadão: SIGA Brasil**. Brasília, 2017i. 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, 2017j. 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%Aancia+Farmac%C3%AAutica+e+Insumos+Estrat%C3%A9gicos+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+B%C3%A1sica+#lista>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

_____. Governo Federal. **Acesso à Informação**. Brasília, 2017k. Disponível em: <<http://www.acessoainformacao.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.

FREITAS, P. S. **A assistência farmacêutica básica no Estado de Mato Grosso: uma proposta de monitoramento e avaliação**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/handle/ri/13136>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

KEYNES, John Maynard. **A Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/intranet/ie/userintranet/hpp/arquivos/090320170036_Keynes_TeoriaGeraldoempregojuoedamoeda.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2016.

LUBISCO, N. M. L.; VIEIRA, S. C. **Manual de estilo acadêmico**. Salvador: EDUFBA, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/14310/1/manual%20de%20estilo%20academico-2013%20Repositorio2.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. São Paulo: Atlas, 2003.

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. **Health Systems in Action: An eHandbook for Leaders and Managers**. Medford, 2010. Disponível em: <<http://www.msh.org/resources/health-systems-in-action-an-ehandbook-for-leaders-and-managers>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

_____. Strengthening Pharmaceutical Systems (SPS). **Pharmaceuticals and the Public Interest: The Importance of Good Governance**. Submitted to the U.S. Agency for International Development by the SPS Program. Arlington, 2011. Disponível em: <http://www.msh.org/sites/msh.org/files/sps_governance_pub_final_2011_0.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

_____. **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**. Ginebra, 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 collaboration and research.** WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2015a. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/159405/1/WHO%20Medicines%20Report%20FINAL2015](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/159405/1/WHO%20Medicines%20Report%20FINAL2015.pdf)>.pdf. Acesso em: 03 mar. 2016.

_____. **Improved effectiveness of generic medicine markets in Hungary.** Copenhagen, 2015b. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170483/1/Improved-effectiveness-generic-medicines-Hungary-en.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

_____. WHO Expert Committee. **The selection and use of essential medicines.** Twentieth report of the WHO Expert Committee 2015 (including 19th WHO Model List of Essential Medicines and 5th WHO Model List of Essential Medicines for Children). Genebra, 2015c. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/189763/1/9789241209946_eng.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2016.

_____. **Trade and health: building a national strategy.** Genebra, 2015d. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183934/1/9789241565035_eng.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2016.

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

_____. **Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development.** Genebra: 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204283/1/9789241510110_eng.pdf>. Acesso em: 11 fev. 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.

RIVERA CASTRO, M. A.; SANTOS, L. A. de A.; SOUZA, F. M. A. Gastos com Educação, Saúde e Segurança Pública: uma Relação com as Taxas de Criminalidade nos Municípios do Brasil. **XXXIX Encontro da ANPAD - EnANPAD 2015**, v. 39, p. APB923, 2015.

SANTOS, V. de J. C. F. Universalização da Saúde: Propostas e Trajetórias dos Sistemas de Saúde do Brasil e Colômbia. **VI Encontro de Administração Pública da ANPAD**, Belo Horizonte, 2014.

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_403ca0384b4238d6b5d69864c3230aa8>. Acesso em: 22 nov. 2015.

SOUZA, N. Z.; VIRMOND, M. C. L. V. Assistência Farmacêutica no Programa Aqui Tem Farmácia Popular no Município de Bauru. Bauru: IASCJ - Universidade Sagrado Coração, 2012.

TORRES, I. D. C. T. **Judicialização do acesso a medicamentos no Brasil**: uma revisão sistemática. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/13137/1/Diss%20MP.%20Izamara%20Torres%202013.pdf>>. 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.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de coleta de dados

Identificação dos gastos operacionais da farmácia básica - valores anuais:					
Grupo de gasto	Conta	Valor	Grupo de gasto	Conta	Valor
Despesas de pessoal	Assistência Médica		Despesas Gerais	Controle de Qualidade	
	Auxílio Alimentação			Crachás	
	Auxílio Creche			Despesas com Combustíveis	
	Auxílio Refeição			Despesas com Correios e Malotes	
	Contribuições ao FGTS			Despesas com Eventos	
	Contribuições ao INSS			Despesas com Veículos	
	Despesas com Estagiários			Despesas de Condução	
	Despesas de Recrutamento			Despesas Diversas	
	Ferias			Despesas Legais e Judiciais	
	Horas-Extras			Despesas Postais	
	Indenizações Trabalhistas			Embalagens	
	Outros Benefícios			Entidades e Assoc. de Classe	
	Provisão p/ 13o. Salário			Etiquetas	
	Salários Brutos			Eventos Institucionais	
	Serviços de Terceiros			Eventos p/ treinamentos	
	Treinamento			Formulários	
	Vale Refeição			Fotocópias e Autenticações	
	Vale-Transporte			Honor. Prof. Contabilidade	
	Outros (discriminar)			Honor. Prof. Jurídicos	
		Honor. Profissionais Outros			
Facilidades	Copa e Cozinha			Impostos, Taxas e Contribuições	
	Estacionamento			Impressos	
	Material de Limpeza			Jornais, Revistas e Livros	
	Segurança e Vigilância			Lanches e Refeições	
	Descarte de materiais			Manutenção (outros)	
	Serviços de Limpeza			Manutenção de Equipamentos	
				Manutenção Elétrica	
				Manutenção Predial	
Tecnologia da informação	Comunicação de Dados			Materiais de Expediente	
	Internet			Materiais Diversos	
	Manut. Equip. de Informática			Material de Escritório	
	Material de Informática / Processamento de Dados			Material Elétrico	
	Serv. de Consultoria TI - PF			Multas	
	Serv. de Consultoria TI - PJ			Outras Despesas Administrativas	

Grupo de gasto	Conta	Valor	Grupo de gasto	Conta	Valor
Transportes	Fretes		Despesas Gerais	Outros Custos	
	Transporte e Condução			Perdas / Roubos	
				Publicidade	
		Seguros			
Utilidades	Água (consumo de manutenção e humano)			Serviços Terceiros Pessoa Física	
	Energia Elétrica			Serviços Terceiros Pessoa Jurídica	
	Gás			Serviços de Apoio	
	Telefones - Celulares			Serviços de Tele-entrega	
	Telefones - Fixos			Uniformes	
				Viagens e Estadias	
Aluguéis e depreciações	Aluguéis e Condomínios				
	Aluguéis de Veículos				
	Aluguéis e Leasing – Informática				
	Arrendamento de Bens Móveis				
	Depreciação bens móveis				
	Moveis e Utensílios				
	Instalações				
	Veículos				
	Software				
	Equipam. p/ Informática				

Fonte: Adaptado de Carraro (2014).

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

Informações sobre a Farmácia Básica
1) Quantas Centrais Farmacêuticas (depósitos centrais) o município possui?
2) Informar o(s) endereço(s), telefone, dias e horários da(s) Central(is) Farmacêutica(s).
3) Qual o número de farmácias básicas que dispensam medicamentos aos pacientes no município?
4) Informar o nome, endereço, telefone, dias e horários das farmácias e unidades de dispensação.
5) Informar o nome, CPF, carga horária semanal, local de trabalho e tipo de vínculo dos farmacêuticos e demais profissionais da assistência farmacêutica que atuam no município, ou informar se não houver.
6) O município utiliza algum sistema informatizado para controle dos medicamentos na Central Farmacêutica? Se sim, qual?
7) O município utiliza algum sistema informatizado para o controle dos medicamentos nas unidades de dispensação? Se sim, qual?
8) Se a resposta para o item 6 e/ou 7 acima foram sim, há envio de dados para o Ministério da Saúde? Se sim, quais dados e a periodicidade?

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

APÊNDICE C – Quantitativo de medicamentos e fraldas entregues pelo ATFP pela rede privada de 2014 a 2016 no Brasil

Item	2014	2015	2016
Fralda geriátrica	109.402.453	124.594.993	118.564.388
Acetato de medroxiprogesterona 150mg	178.008	158.112	213.315
Alendronato de sódio 70mg	8.697.278	11.049.154	11.325.538
Atenolol 25mg	802.273.868	933.612.348	1.016.063.524
Brometo de ipratrópio 0,02mg	7.358.400	9.729.400	11.425.600
Brometo de ipratrópio 0,25mg	6.002.500	8.288.600	9.680.300
Budesonida 32mcg	86.352.060	88.999.920	72.885.000
Budesonida 50mcg	191.799.100	215.820.080	174.187.180
Captopril 25mg	468.072.141	504.389.124	519.966.861
Carbidopa 25mg + levodopa 250mg	8.091.690	9.224.920	6.615.030
Cloridrato de benserazida 25mg + levodopa 100mg	35.956.620	56.796.720	73.161.810
Cloridrato de metformina 500mg	221.226.396	220.373.780	248.335.780
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada	480.208.260	693.832.620	918.244.230
Cloridrato de metformina 850mg	737.331.228	855.847.070	973.447.005
Cloridrato de propranolol 40mg	192.388.420	225.079.880	241.840.920
Dipropionato de beclometsona 200mcg	9.914.680	17.749.400	38.408.340
Dipropionato de beclometsona 250mcg	128.418.200	190.120.800	239.719.600
Dipropionato de beclometsona 50mcg	37.991.800	54.201.800	67.339.400
Etinilestradiol 0,03mg + levonorgestrel 0,15mg	1.054.112	924.525	817.120
Glibenclamida 5mg	421.135.945	514.648.536	570.089.424
Hidroclorotiazida 25mg	850.072.000	1.024.882.440	1.162.799.040
Insulina humana NPH 100ui/ml	50.684.207	61.458.949	68.089.100
Insulina humana regular 100ui/ml	6.504.956	9.036.609	10.252.335
Losartana potássica 50mg	1.860.455.227	2.257.016.489	2.673.335.501
Maleato de enalapril 10mg	778.713.408	869.116.785	920.020.710
Maleato de timolol 2,5mg	13.270	17.670	16.165
Maleato de timolol 5mg	1.484.730	1.770.375	1.747.290
Noretisterona 0,35mg	28.448	23.479	17.582
Sinvastatina 10mg	29.286.420	32.884.980	32.978.590
Sinvastatina 20mg	434.610.390	522.217.790	546.188.200
Sinvastatina 40mg	205.069.670	264.671.190	259.365.870
Sulfato de salbutamol 100mcg	716.275.000	1.002.344.400	1.284.125.800
Sulfato de salbutamol 5mg	419.840	547.580	638.750
Valerato de estradiol 5mg + enantato de noretister	1.081.381	1.202.391	1.219.030
Total Geral	8.888.552.106	10.782.632.909	12.273.124.328

Nota: Os medicamentos Dipropionato de beclometsona 200mcg, Etinilestradiol 0,03mg + levonorgestrel 0,15mg e Budesonida 50mcg, que na relação apresentada pelo MS apresentavam-se em duas linhas cada, sem especificar a diferença, foram somados acima.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do Ministério da Saúde (2017).

APÊNDICE D – Medicamentos e fraldas entregues pelo ATFP pela rede privada de 2014 a 2016 em Alagoas

Item	2014	2015	2016
Fralda geriátrica	739.087	739.060	731.944
Acetato de medroxiprogesterona 150mg	8	5	23
Alendronato de sódio 70mg	37.614	54.676	58.782
Atenolol 25mg	2.690.938	3.292.438	3.894.550
Brometo de ipratrópio 0,25mg	3.880	4.800	4.380
Budesonida 32mcg	267.360	335.580	282.000
Budesonida 50mcg	684.960	651.640	572.080
Captopril 25mg	3.264.221	3.779.452	3.645.050
Carbidopa 25mg + levodopa 250mg	19.200	26.070	20.310
Cloridrato de benserazida 25mg + levodopa 100mg	243.330	556.410	731.850
Cloridrato de metformina 500mg	772.260	839.490	1.082.670
Cloridrato de metformina 500mg - ação prolongada	1.938.180	2.824.320	4.191.540
Cloridrato de metformina 850mg	6.220.230	9.647.430	11.107.560
Cloridrato de propranolol 40mg	744.320	953.180	1.036.500
Dipropionato de beclometsona 200mcg	45.660	87.140	122.380
Dipropionato de beclometsona 250mcg	860.200	1.145.400	1.631.800
Dipropionato de beclometsona 50mcg	57.800	75.400	175.200
Etinilestradiol 0,03mg + levonorgestrel 0,15mg	4.361	5.762	5.661
Glibenclamida 5mg	4.349.250	6.855.314	8.240.340
Hidroclorotiazida 25mg	5.872.800	8.228.010	9.854.660
Insulina humana NPH 100ui/ml	423.946	489.581	451.078
Insulina humana regular 100ui/ml	57.381	61.273	47.006
Losartana potássica 50mg	12.997.358	19.374.771	23.516.826
Maleato de enalapril 10mg	2.779.710	3.563.010	3.964.920
Maleato de timolol 2,5mg	85	20	25
Maleato de timolol 5mg	3.585	4.255	3.765
Noretisterona 0,35mg	244	289	288
Sinvastatina 10mg	56.140	72.820	61.680
Sinvastatina 20mg	2.020.960	2.787.540	3.116.060
Sinvastatina 40mg	639.920	867.070	994.670
Sulfato de salbutamol 100mcg	2.904.800	4.117.600	5.629.000
Sulfato de salbutamol 5mg	10.650	13.400	21.460
Valerato de estradiol 5mg + enantato de noretister	1.258	1.569	1.800
Total Geral	50.711.696	71.454.775	85.197.858

Nota: Os medicamentos Dipropionato de beclometsona 200mcg, Etinilestradiol 0,03mg + levonorgestrel 0,15mg e Budesonida 50mcg, que na relação apresentada pelo MS apresentavam-se em duas linhas cada, sem especificar a diferença, foram somados acima. O medicamento Brometo de ipratrópio 0,02mg não aparece na relação de Alagoas.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do Ministério da Saúde (2017).

APÊNDICE E - Evolução dos preços de dispensação da Rede Própria do PFPB de 2011 a 2016

n.	Medicamento	Apresentação	Unidade	Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016	Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012	Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011	Variação (2016/2011)
				Preço de dispensação (R\$)	Preço de dispensação (R\$)	Preço de dispensação (R\$)	
1	Acetato de medroxiprogesterona	150 mg/ml	Ampola	R\$ 1,240	R\$ 1,240	R\$ 1,240	0%
2	Aciclovir	200mg/cp	Comprimido	R\$ 0,280	R\$ 0,280	R\$ 0,280	0%
3	Ácido Acetilsalicílico	500mg/cp	Comprimido	R\$ 0,040	R\$ 0,035	R\$ 0,035	14%
4	Ácido Acetilsalicílico	100mg/cp	Comprimido	R\$ 0,030	R\$ 0,030	R\$ 0,030	0%
5	Ácido Fólico	5mg/cp	Comprimido	R\$ 0,050	R\$ 0,054	R\$ 0,054	-7%
6	Albendazol	400mg/cp mastigável	Comprimido	R\$ 0,560	R\$ 0,560	R\$ 0,560	0%
7	Alendronato de Sódio	70 mg/cp	Comprimido	R\$ 0,370	R\$ 0,370	R\$ 0,370	0%
8	Alopurinol	100mg/cp	Comprimido	R\$ 0,080	R\$ 0,080	R\$ 0,080	0%
9	Amiodarona	200mg/cp	Comprimido	R\$ 0,200	R\$ 0,200	R\$ 0,200	0%
10	Amitriptilina (Cloridrato)	25mg/cp	Comprimido	R\$ 0,220	R\$ 0,220	R\$ 0,220	0%
11	Amoxicilina	500mg/cáps.	Cápsula	R\$ 0,190	R\$ 0,190	R\$ 0,190	0%
12	Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp oral	Frasco 60 ml	R\$ 1,960	R\$ 1,960	R\$ 1,960	0%
13	Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp oral	Frasco 150 ml	R\$ 4,900	R\$ 4,900	R\$ 4,900	0%
14	Azatioprina	50mg/cp	Comprimido	R\$ 1,400	R\$ 1,400	R\$ 1,400	0%
15	Azitromicina	500mg/cp	Comprimido	R\$ 2,640	R\$ 2,640	R\$ 2,640	0%
16	Benzilpenicilina Benzatina	1.200.000ui/pó p/sus. inj.	Frasco-ampola	R\$ 1,500	R\$ 1,500	R\$ 1,500	0%
17	Benzilpenicilina Procaína + Potássica	300.000+100.000ui/pó/sus. inj.	Frasco-ampola	R\$ 1,500	R\$ 1,500	R\$ 1,500	0%
18	Benzoato de Benzila	200mg/ml/emulsão	Frasco 100 ml	R\$ 1,400	R\$ 1,400	R\$ 1,400	0%
19	Benzoato de Benzila	200mg/ml/emulsão	Frasco 60 ml	R\$ 1,100	R\$ 1,100	R\$ 1,100	0%
20	Biperideno	2mg/cp	Comprimido	R\$ 0,070	R\$ 0,073	R\$ 0,073	-4%
21	Brometo de n-butilescopolamina	10 mg/frasco	frasco de 20 ml	R\$ 3,900	R\$ 3,900	R\$ 3,900	0%
22	Carbamazepina	200mg/cp	Comprimido	R\$ 0,130	R\$ 0,130	R\$ 0,130	0%
23	Carbidopa + Levodopa	25mg + 250mg/cp	Comprimido	R\$ 0,480	R\$ 0,480	R\$ 0,480	0%
24	Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	500mg/cáps.	Cápsula	R\$ 0,400	R\$ 0,400	R\$ 0,400	0%
25	Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	250mg/5ml/susp oral	Frasco 60 ml	R\$ 4,960	R\$ 4,960	R\$ 4,960	0%
26	Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	250mg/5ml/susp oral	Frasco 125 ml	R\$ 10,000	R\$ 10,000	R\$ 10,000	0%
27	Cetoconazol	200mg/cp	Comprimido	R\$ 0,230	R\$ 0,230	R\$ 0,230	0%
28	Ciprofloxacino	500mg/cp	Comprimido	R\$ 0,380	R\$ 0,380	R\$ 0,380	0%
29	Clonazepam	2mg/comp	Comprimido	R\$ 0,060	R\$ 0,060	R\$ 0,060	0%
30	Cloreto de Potássio	60mg/ml/xpe.	Frasco 100 ml	R\$ 1,880	R\$ 1,880	R\$ 1,880	0%
31	Cloreto de Sódio 0,9%	9mg/ml/sol. nasal	Frasco	R\$ 0,950	R\$ 0,950	R\$ 0,950	0%
32	Clorpromazina	25mg/cp	Comprimido	R\$ 0,100	R\$ 0,100	R\$ 0,100	0%
33	Clorpromazina	100mg/cp	Comprimido	R\$ 0,130	R\$ 0,125	R\$ 0,125	4%
34	Dexametazona	Crem.0,1%	Tu b o	R\$ 1,000	R\$ 1,000	R\$ 1,000	0%

35	Dexclorfeniramina (Maleato)	2mg/cp	Comprimido	R\$ 0,060	R\$ 0,060	R\$ 0,060	0%
36	Dexclorfeniramina (Maleato)	0,4mg/sol. Oral	Frasco 120 ml	R\$ 2,070	R\$ 2,070	R\$ 2,070	0%
37	Diazepam	5mg/cpsulcado	Comprimido	R\$ 0,040	R\$ 0,040	R\$ 0,040	0%
38	Diazepam	10mg/cpsulcado	Comprimido	R\$ 0,080	R\$ 0,080	R\$ 0,080	0%
39	Digoxina	0,25mg/cp	Comprimido	R\$ 0,060	R\$ 0,060	R\$ 0,060	0%
40	Dipirona	500mg/ml gts	Frasco 10 ml	R\$ 0,700	R\$ 0,700	R\$ 0,700	0%
41	Doxiciclina	100mg/cp	Comprimido	R\$ 0,380	R\$ 0,380	R\$ 0,380	0%
42	Enantato de Noretisterona + Valerato de Estradiol	50mg+5mg/injetável	Seringa 1 ml	R\$ 1,130	R\$ 1,130	R\$ 1,130	0%
43	Eritromicina (Estearato ou Etilsuccinato)	125mg/5ml/susp oral	Frasco 60 ml	R\$ 2,300	R\$ 2,300	R\$ 2,300	0%
44	Eritromicina (Estearato ou Etilsuccinato)	500mg/cp/cáps.	Comprimido	R\$ 0,540	R\$ 0,540	R\$ 0,540	0%
45	Etinilestradiol + Levonorgestrel	0,03mg+0,15mg/comp	Cartela 21 cápsulas	R\$ 0,420	R\$ 0,420	R\$ 0,420	0%
46	Fenitoína	100mg/cp	Comprimido	R\$ 0,100	R\$ 0,100	R\$ 0,100	0%
47	Fenobarbital	100mg/cp	Comprimido	R\$ 0,060	R\$ 0,060	R\$ 0,060	0%
48	Fluconazol	1 0 0 m g / r e v.	Cápsula	R\$ 0,950	R\$ 0,950	R\$ 0,950	0%
49	Fluconazol	1 5 0 m g / r e v.	Cápsula	R\$ 0,950	R\$ 0,950	R\$ 0,950	0%
50	Fluoxetina	20mg/cp	Comprimido	R\$ 0,060	R\$ 0,060	R\$ 0,060	0%
51	Haloperidol	1mg/cp	Comprimido	R\$ 0,080	R\$ 0,080	R\$ 0,080	0%
52	Haloperidol	5mg/cp	Comprimido	R\$ 0,120	R\$ 0,120	R\$ 0,120	0%
53	Haloperidol	2mg/ml/sol. oral	Frasco 20 ml	R\$ 1,940	R\$ 1,940	R\$ 1,940	0%
54	Ibuprofeno	300mg/cp	Comprimido	R\$ 0,160	R\$ 0,160	R\$ 0,160	0%
55	Levonorgestrel	0,75mg/cp	Comprimido	R\$ 3,470	R\$ 3,470	R\$ 3,470	0%
56	Loratadina	10mg/cp	Comprimido	R\$ 0,050	R\$ 0,050	R\$ 0,050	0%
57	Mebendazol	100mg/cp	Comprimido	R\$ 0,050	R\$ 0,050	R\$ 0,050	0%
58	Mebendazol	100mg/5ml/sup. Oral	Frasco 30 ml	R\$ 1,100	R\$ 1,100	R\$ 1,100	0%
59	Metoclopramida (Cloridrato)	10mg/cp	Comprimido	R\$ 0,040	R\$ 0,040	R\$ 0,040	0%
60	Metoclopramida (Cloridrato)	4mg/ml/sol.oral	Frasco 10 ml	R\$ 0,750	R\$ 0,750	R\$ 0,750	0%
61	Metronidazol	250mg/cp	Comprimido	R\$ 0,100	R\$ 0,100	R\$ 0,100	0%
62	Metronidazol	5% creme vaginal	Tubo 50 gramas	R\$ 2,150	R\$ 2,150	R\$ 2,150	0%
63	Metronidazol (Benzoato)	200mg/5ml/susp oral	Frasco 100 ml	R\$ 2,400	R\$ 2,400	R\$ 2,400	0%
64	Miconazol (Nitrato)	2%/locão	Frasco 30 ml	R\$ 1,860	R\$ 1,860	R\$ 1,860	0%
65	Miconazol (Nitrato)	2%/pó	Frasco 30 ml	R\$ 4,950	R\$ 4,950	R\$ 4,950	0%
66	Monitrato de Isossorbida	20mg/cp	Comprimido	R\$ 0,100	R\$ 0,100	R\$ 0,100	0%
67	Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zincica)	5mg + 250ui/g/pom.	Tubo 10 gramas	R\$ 1,350	R\$ 1,350	R\$ 1,350	0%
68	Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zincica)	5mg + 250ui/g/pom.	Tubo 15 gramas	R\$ 2,020	R\$ 2,020	R\$ 2,020	0%
69	Nistatina	25.000 UI/crem. Vaginal	Tubo 60 gramas	R\$ 2,280	R\$ 2,280	R\$ 2,280	0%

70	Nistatina	25.000 UI/crem. Vaginal	Tubo 50 gramas	R\$ 1,900	R\$ 1,900	R\$ 1,900	0%
71	Nistatina	100.000 UI/ml/ susp Oral	Frasco 30 ml	R\$ 3,620	R\$ 3,620	R\$ 3,620	0%
72	Noretisterona	0,35mg/cp	Cartela c/ 35 comprimidos	R\$ 0,500	R\$ 0,500	R\$ 0,500	0%
73	Omeprazol	20mg/cáps.	Cápsula	R\$ 0,230	R\$ 0,230	R\$ 0,230	0%
74	Paracetamol	500mg/cp	Comprimido	R\$ 0,090	R\$ 0,090	R\$ 0,090	0%
75	Paracetamol	200mg/ml/sol. Oral gts	Frasco 10 ml	R\$ 0,850	R\$ 0,850	R\$ 0,850	0%
76	Paracetamol	200mg/ml/sol. Oral gts	Frasco 15 ml	R\$ 1,270	R\$ 1,270	R\$ 1,270	0%
77	Paracetamol	100mg/ml/sol. oral gts.	Frasco 10 ml	R\$ 0,700	R\$ 0,700	R\$ 0,700	0%
78	Paracetamol	100mg/ml/sol. oral gts.	Frasco 15 ml	R\$ 1,000	R\$ 1,000	R\$ 1,000	0%
79	Prednisona	20mg/cp	Comprimido	R\$ 0,180	R\$ 0,180	R\$ 0,180	0%
80	Prednisona	5mg/cp	Comprimido	R\$ 0,080	R\$ 0,080	R\$ 0,080	0%
81	Prometazina (Cloridrato)	25mg/cp	Comprimido	R\$ 0,120	R\$ 0,120	R\$ 0,120	0%
82	Ranitidina	150mg/cp	Comprimido	R\$ 0,120	R\$ 0,120	R\$ 0,120	0%
83	Sais p/ Reidratação Oral	pó p/sol. Oral	Envelope 27,9 G	R\$ 0,600	R\$ 0,600	R\$ 0,600	0%
84	Sinvastatina	20mg/cp	Comprimido	R\$ 0,380	R\$ 0,380	R\$ 0,380	0%
85	Sulfametoxazol + Trimetoprima	400mg + 80mg/cp	Comprimido	R\$ 0,080	R\$ 0,080	R\$ 0,080	0%
86	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp Oral	Frasco 50 ml	R\$ 1,450	R\$ 1,450	R\$ 1,450	0%
87	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp Oral	Frasco 60 ml	R\$ 1,740	R\$ 1,740	R\$ 1,740	0%
88	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp Oral	Frasco 100 ml	R\$ 2,900	R\$ 2,900	R\$ 2,900	0%
89	Sulfasalazina	500mg/cp	Comprimido	R\$ 0,400	R\$ 0,400	R\$ 0,400	0%
90	Ti a b e n d a z o l	5%/pom.	Tubo 20 gramas	R\$ 2,890	R\$ 2,890	R\$ 2,890	0%
91	Valproato de Sódio	50mg/ml/xpe.	Frasco 100 ml	R\$ 4,050	R\$ 4,050	R\$ 4,050	0%
92	Preservativo Masculino		Unidade	R\$ 0,300	R\$ 0,300	R\$ 0,300	0%
93	Sulfato Ferroso	40mg Fe(II)/cp rev.	Comprimido	-	R\$ 0,040	R\$ 0,040	-
94	Sulfato Ferroso	25mg/ml Fe(II)/sol. Oral	Frasco 30 ml	-	R\$ 0,750	R\$ 0,750	-
95	Atenolol	25mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
96	Captopril	25mg/cp sulcado	Comprimido	0	0	0	-
97	Enalapril	10mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
98	Enalapril	20mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
99	Furosemida	40mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
100	Glibenclamida	5mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
101	Hidroclorotiazida	25mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
102	Losartana	50mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
103	Metformina	500mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
104	Metformina	850mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
105	Metildopa	250mg / c o m p . r e v.	Comprimido	0	0	0	-

106	Metildopa	5 0 0 m g / c o m p . r e v .	Comprimido	0	0	0	-
107	Nifedipina	20mg/cplib.cont.	Comprimido	0	0	0	-
108	Propranolol (Cloridrato)	40mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
109	Verapamila (Cloridrato)	80mg/cp	Comprimido	0	0	0	-
110	Salbutamol (Sulfato)	2mg/cp Sulcado	Comprimido	0	0,04	0,04	-
111	Salbutamol (Sulfato)	2mg/5ml/xpe.	Frasco 120 ml	0	1,15	1,15	-
112	Salbutamol (Sulfato)	2mg/5ml/xpe.	Frasco 125 ml	0	1,2	1,2	-

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa (2017).

Evolução de preços do elenco de medicamentos do Aqui Tem Farmácia Popular																						
n.	*	Norma	Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016		Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012		Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011		Portaria nº 3.219, de 20 de outubro de 2010		Portaria nº 947, de 26 de abril de 2010		Portaria nº 3.089, de 16 de dezembro de 2009		Portaria nº 749, de 15 de abril de 2009 (*)		Portaria nº 1.414, de 13 de junho de 2007(*)		Portaria nº 491/gm, de 9 de março de 2006		Redução / aumento (menor valor/ maior valor)	
			VR	VM-MS	VR	VM-MS	VR	VM-MS	VR	VM-MS	VR	VM-MS	VR	VM-MS	VR	VM-MS	VR	VM-MS	VR	VM-MS	%	
40	ATFP	Timolol 0,25% - Solução Oftalmológica	R\$ 0,20	R\$ 0,18	R\$ 0,40	R\$ 0,36	R\$ 0,40	R\$ 0,36	R\$ 0,40	R\$ 0,36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-50%
41	ATFP	Timolol 0,50% - Solução Oftalmológica	R\$ 0,48	R\$ 0,43	R\$ 0,96	R\$ 0,86	R\$ 0,96	R\$ 0,86	R\$ 0,96	R\$ 0,86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-50%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados do Ministério da Saúde (2017).

APÊNDICE G – Evolução dos preços medianos pagos pelos municípios alagoanos de 2014 a 2016

n.	Medicamento	Apresentação	Mediana			Varição
			2014	2015	2016	2016/2014
1	Acetato de medroxiprogesterona	150 mg/ml		R\$ 3,95	R\$ 6,34	61%
2	Aciclovir	200mg/cp	R\$ 0,12	R\$ 0,13	R\$ 0,19	58%
3	Ácido Acetilsalicílico	500mg/cp	R\$ 0,03	R\$ 0,05	R\$ 0,05	67%
4	Ácido Acetilsalicílico	100mg/cp	R\$ 0,02	R\$ 0,02	R\$ 0,03	50%
5	Ácido Fólico	5mg/cp	R\$ 0,02	R\$ 0,04	R\$ 0,05	138%
6	Albendazol	400mg/cp mastigável	R\$ 0,33	R\$ 0,50	R\$ 0,71	115%
7	Alendronato de Sódio	70 mg/cp	R\$ 0,45	R\$ 0,57	R\$ 0,64	42%
8	Alopurinol	100mg/cp	R\$ 0,06	R\$ 0,11	R\$ 0,07	27%
9	Amiodarona	200mg/cp	R\$ 0,34	R\$ 0,42	R\$ 0,35	3%
10	Amitriptilina (Cloridrato)	25mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,07	R\$ 0,05	-17%
11	Amoxicilina	500mg/cáps.	R\$ 0,11	R\$ 0,14	R\$ 0,18	64%
12	Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp Oral 60ml	R\$ 1,91	R\$ 2,29	R\$ 2,89	51%
13	Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp Oral 150ml	R\$ 1,13	R\$ 5,41	R\$ 4,20	272%
14	Atenolol	25mg/cp	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,04	33%
15	Azitromicina	500mg/cp	R\$ 0,39	R\$ 0,45	R\$ 0,54	38%
16	Beclometazona, dipropionato	50ud/dose	R\$ 0,22	R\$ 0,23	R\$ 0,18	-16%
17	Beclometazona, dipropionato	200ug/dose	R\$ 0,21	R\$ 0,21	R\$ 0,35	64%
18	Beclometazona, dipropionato	250ug/dose	R\$ 0,28	R\$ 0,24	R\$ 0,28	-3%
19	Beclometazona, dipropionato	50ug/dose adm. Tópica nasal	R\$ 0,11	R\$ 0,06	R\$ 0,10	-5%
20	Benzilpenicilina Benzatina	1.200.000ui/pó p/sus. inj.	R\$ 1,44	R\$ 8,80	R\$ 9,13	534%
21	Benzilpenicilina Procaína + Potássica	300.000+100.000ui/pó/sus. inj.	R\$ 2,78	R\$ 3,48	R\$ 4,74	71%
22	Benzoato de Benzila	200mg/ml/emulsão 100ml	R\$ 1,57	R\$ 1,99	R\$ 6,02	285%
23	Benzoato de Benzila	200mg/ml/emulsão 60ml			R\$ 2,51	-
24	Biperideno	2mg/cp	R\$ 0,17	R\$ 0,28	R\$ 0,26	53%
25	Brometo de n-butilescopolamina	10 mg/frasco		R\$ 2,58	R\$ 2,50	-3%
26	Budesonida	32mcg 10ml	R\$ 0,66	R\$ 0,07	R\$ 0,02	-96%
27	Budesonida	50mcg 10ml	R\$ 0,14	R\$ 0,08	R\$ 0,17	21%
28	Captopril	25mg/cp sulcado	R\$ 0,03	R\$ 0,04	R\$ 0,04	60%
29	Carbamazepina	200mg/cp	R\$ 0,09	R\$ 0,12	R\$ 0,13	42%
30	Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	500mg/cáps.	R\$ 0,16	R\$ 0,26	R\$ 0,36	122%
31	Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	250mg/5ml/susp Oral 60ml	R\$ 2,95	R\$ 4,23	R\$ 6,30	114%
32	Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	250mg/5ml/susp Oral 125ml	R\$ 3,30	R\$ 3,45	R\$ 5,45	65%
33	Cetoconazol	200mg/cp	R\$ 0,09	R\$ 0,11	R\$ 0,13	44%
34	Ciprofloxacino	500mg/cp	R\$ 0,18	R\$ 0,19	R\$ 0,29	66%
35	Clonazepam	2mg/comp	R\$ 0,13	R\$ 0,14	R\$ 0,13	0%
36	Cloreto de Sódio 0,9%	9mg/ml/sol. nasal	R\$ 0,60	R\$ 0,93	R\$ 1,01	68%

n.	Medicamento	Apresentação	Mediana			Varição
			2014	2015	2016	2016/2014
37	Clorpromazina	25mg/cp	R\$ 0,19	R\$ 0,23	R\$ 0,23	18%
38	Clorpromazina	100mg/cp	R\$ 0,20	R\$ 0,26	R\$ 0,23	15%
39	Dexametazona	Crem.0,1%	R\$ 0,69	R\$ 0,86	R\$ 0,83	20%
40	Dexclorfeniramina (Maleato)	2mg/cp	R\$ 0,08	R\$ 0,07	R\$ 0,09	13%
41	Dexclorfeniramina (Maleato)	0,4mg/sol. Oral	R\$ 0,87	R\$ 1,06	R\$ 1,20	37%
42	Diazepam	5mg/cpsulcado	R\$ 0,05	R\$ 0,06	R\$ 0,05	0%
43	Diazepam	10mg/cpsulcado	R\$ 0,04	R\$ 0,05	R\$ 0,05	25%
44	Digoxina	0,25mg/cp	R\$ 0,05	R\$ 0,06	R\$ 0,06	20%
45	Dipirona	500mg/ml gts 10ml	R\$ 0,55	R\$ 0,64	R\$ 0,77	41%
46	Enalapril	10mg/cp	R\$ 0,05	R\$ 0,07	R\$ 0,07	22%
47	Enalapril	20mg/cp	R\$ 0,06	R\$ 0,06	R\$ 0,07	11%
48	Eritromicina (Estearato ou Etilsuccinato)	125mg/5ml/susp oral	R\$ 2,90	R\$ 5,47	R\$ 4,53	56%
49	Eritromicina (Estearato ou Etilsuccinato)	500mg/cp/cáps.	R\$ 0,44	R\$ 0,73	R\$ 0,60	36%
50	Fenitoína	100mg/cp	R\$ 0,06	R\$ 0,13	R\$ 0,28	333%
51	Fenobarbital	100mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,11	R\$ 0,11	49%
52	Fluconazol	1 0 0 m g / r e v.		R\$ 0,44	R\$ 0,79	80%
53	Fluconazol	1 5 0 m g / r e v.	R\$ 0,21	R\$ 0,23	R\$ 0,31	50%
54	Fluoxetina	20mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,09	R\$ 0,09	29%
55	Furosemida	40mg/cp	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,05	35%
56	Glibenclamida	5mg/cp	R\$ 0,03	R\$ 0,04	R\$ 0,04	33%
57	Haloperidol	1mg/cp	R\$ 0,08	R\$ 0,12	R\$ 0,14	75%
58	Haloperidol	5mg/cp	R\$ 0,09	R\$ 0,13	R\$ 0,15	62%
59	Haloperidol	2mg/ml/sol. oral	R\$ 2,46	R\$ 2,89	R\$ 2,89	17%
60	Hidroclorotiazida	25mg/cp	R\$ 0,03	R\$ 0,03	R\$ 0,03	0%
61	Ibuprofeno	300mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,08	R\$ 0,09	35%
62	Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, frasco-ampola 10 ml	1 (um) frasco/ampola 10ml	R\$ 16,51	R\$ 32,86	R\$ 18,20	10%
63	Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 10 ml		R\$ 16,51	R\$ 16,51	R\$ 18,95	15%
64	Ipatrópio, brometo de	Sol. 20ml	R\$ 0,77	R\$ 0,75	R\$ 0,88	14%
65	Ipatrópio, brometo de	0,02mg/dose inalador 1 dose		R\$ 1,33	R\$ 0,65	-51%
66	Levodopa+benzerazida	100mg+25mg cp.	R\$ 1,69	R\$ 2,00	R\$ 2,80	66%
67	Levodopa+carbidopa	250mg+25mg cp.	R\$ 0,43	R\$ 0,45	R\$ 0,43	0%
68	Loratadina	10mg/cp	R\$ 0,06	R\$ 0,07	R\$ 0,07	17%
69	Losartana	50mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,07	R\$ 0,07	0%
70	Mebendazol	100mg/cp	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,05	25%
71	Mebendazol	100mg/5ml/sup. Oral 30ml	R\$ 0,67	R\$ 0,77	R\$ 1,04	57%

n.	Medicamento	Apresentação	Mediana			Varição
			2014	2015	2016	2016/2014
72	Metformina	500mg/cp	R\$ 0,06	R\$ 0,07	R\$ 0,08	33%
73	Metformina	850mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,10	R\$ 0,09	23%
74	Metildopa	250mg cp.	R\$ 0,12	R\$ 0,13	R\$ 0,20	68%
75	Metildopa	500mg cp.	R\$ 0,20	R\$ 0,21	R\$ 0,31	53%
76	Metoclopramida (Cloridrato)	10mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,13	R\$ 0,08	14%
77	Metoclopramida (Cloridrato)	4mg/ml/sol.oral 10ml	R\$ 0,66	R\$ 0,56	R\$ 0,68	3%
78	Metronidazol	250mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,09	R\$ 0,12	71%
79	Metronidazol	5% creme vaginal 50g	R\$ 2,13	R\$ 3,88	R\$ 5,80	173%
80	Metronidazol (Benzoato)	200mg/5ml/susp Oral 100 ml	R\$ 1,72	R\$ 2,11	R\$ 2,33	36%
81	Miconazol (Nitrato)	2%/locão 30ml	R\$ 2,69	R\$ 3,28	R\$ 1,93	-28%
82	Miconazol (Nitrato)	2%/pó 30ml		R\$ 3,00	R\$ 3,00	0%
83	Monitrato de Isossorbida	20mg/cp	R\$ 0,32	R\$ 0,14	R\$ 0,20	-38%
84	Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zincica)	5mg + 250ui/g/pom.10g	R\$ 0,99	R\$ 1,03	R\$ 1,35	36%
85	Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zincica)	5mg + 250ui/g/pom. 15g	R\$ 0,70	R\$ 1,30	R\$ 1,57	125%
86	Nifedipino	20mg/cplib.cont.	R\$ 0,07	R\$ 0,07	R\$ 0,12	82%
87	Nistatina	25.000 UI/crem. Vaginal 60gr	R\$ 2,81	R\$ 3,09	R\$ 3,26	16%
88	Nistatina	25.000 UI/crem. Vaginal 50gr	R\$ 7,10	R\$ 5,85	R\$ 2,88	-59%
89	Nistatina	100.000 UI/ml/ susp Oral 30ml	R\$ 1,57	R\$ 2,03	R\$ 2,60	65%
90	Noretisterona + estradiol	sol. Inj. 50mg+5mg	R\$ 10,66	R\$ 5,95	R\$ 5,00	-53%
91	Omeprazol	20mg/cáps.	R\$ 0,05	R\$ 0,06	R\$ 0,06	14%
92	Paracetamol	500mg/cp	R\$ 0,05	R\$ 0,06	R\$ 0,07	40%
93	Paracetamol	200mg/ml/sol. Oral gts 10ml	R\$ 0,75	R\$ 0,75	R\$ 0,68	-8%
94	Paracetamol	200mg/ml/sol. Oral gts 15ml	R\$ 0,46	R\$ 0,67	R\$ 0,71	55%
95	Paracetamol	100mg/ml/sol. oral gts. 10ml		R\$ 0,75	R\$ 0,75	100%
96	Prednisona	20mg/cp	R\$ 0,13	R\$ 0,13	R\$ 0,20	54%
97	Prednisona	5mg/cp	R\$ 0,06	R\$ 0,08	R\$ 0,12	100%
98	Prometazina (Cloridrato)	25mg/cp	R\$ 0,09	R\$ 0,10	R\$ 0,10	15%
99	Propranolol (Cloridrato)	40mg/cp	R\$ 0,02	R\$ 0,03	R\$ 0,03	50%
100	Ranitidina	150mg/cp	R\$ 0,08	R\$ 0,08	R\$ 0,09	13%
101	Sais p/ Reidratação Oral	pó p/sol. Oral	R\$ 0,44	R\$ 0,51	R\$ 0,61	38%
102	Salbutamol (Sulfato)	2mg/cp Sulcado	R\$ 0,63	R\$ 0,28	R\$ 0,19	-70%
103	Salbutamol (Sulfato)	2mg/5ml/xpe. 120ml	R\$ 0,91	R\$ 0,97	R\$ 1,20	33%
104	Salbutamol (Sulfato)	Aerosol 100ug/ml 200 doses	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,05	27%
105	Salbutamol (Sulfato)	Sol. Inalante 5mg/ml 10ml	R\$ 2,11	R\$ 2,60	R\$ 4,22	100%
106	Sinvastatina	10mg cp.	R\$ 0,10	R\$ 0,10	R\$ 0,11	13%
107	Sinvastatina	20mg/cp	R\$ 0,08	R\$ 0,10	R\$ 0,11	31%
108	Sinvastatina	40mg/cp	R\$ 0,13	R\$ 0,18	R\$ 0,19	52%

n.	Medicamento	Apresentação	Mediana			Varição
			2014	2015	2016	2016/2014
109	Sulfametoxazol + Trimetoprima	400mg + 80mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,07	R\$ 0,11	66%
110	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp Oral 50ml	R\$ 1,27	R\$ 1,70	R\$ 1,20	-6%
111	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp Oral 60ml	R\$ 1,16	R\$ 1,48	R\$ 1,47	27%
112	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp Oral 100ml	R\$ 0,96	R\$ 1,70	R\$ 1,69	77%
113	Sulfato Ferroso	40mg Fe(II)/cp rev.	R\$ 0,04	R\$ 0,04	R\$ 0,05	13%
114	Sulfato Ferroso	25mg/ml Fe(II)/sol. Oral 30ml	R\$ 0,90	R\$ 1,12	R\$ 1,26	41%
115	Ti a b e n d a z o l	5%/pom. 20gr	R\$ 4,49	R\$ 11,75	R\$ 13,38	198%
116	Timolol, maleato	0,5% 5ml colírio 1ML	R\$ 1,12	R\$ 1,99	R\$ 2,23	99%
117	Timolol, maleato	0,25% 5ml colírio 1ML	R\$ 1,89	R\$ 1,82	R\$ 7,69	307%
118	Valproato de Sódio	50mg/ml/xpe.100ml	R\$ 2,96	R\$ 3,28	R\$ 2,74	-7%
119	Verapamila (Cloridrato)	80mg/cp	R\$ 0,06	R\$ 0,06	R\$ 0,08	28%
Aumento Médio Geral						50%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa (2017).

APÊNDICE H - Comparação de valores entre os programas

n.	Medicamento	Apresentação	Farmácia Básica - Municípios (PFB)		PFPPB - Rede Própria (RP)			ATFP		Diferença PFB/RP Preço de aquisição (VM/PA-1)	Diferença RP Preço de Dispensação/aquisição (PD/PA-1)	Diferença PFB / ATFP (CT/VR A - 1)	Diferença RP Preço de Dispensação /10% do ATFP (PD/VR A - 1)	Diferença a RP Preço de Aquisição Ajustado / ATFP (PAJ/VR A - 1)
			Valor mediano (VM)	Custo Total (CT) (VM+ R\$ 0,084)	Preço de dispensação (PD)	Preço Aquisição (PA)	Preço de Aquisição Ajustado (PAJ) (PA + R\$ 0,084)	Valor de referência (VR)	Valor de referência ajustado (VRA) (VR - 4,27%)					
1	Acetato de medroxiprogesterona	150 mg/ml	R\$ 6,34	R\$ 6,42	R\$ 1,240	R\$ 10,53	R\$ 10,61	R\$ 12,360	R\$ 11,832	-40%	-88%	-46%	0%	-10%
2	Aciclovir	200mg/cp	R\$ 0,19	R\$ 0,27	R\$ 0,280	R\$ 0,13	R\$ 0,21	Não possui		52%	124%	Não possui	Não possui	
3	Ácido Acetilsalicílico	500mg/cp	R\$ 0,05	R\$ 0,13	R\$ 0,040	R\$ 0,07	R\$ 0,16	Não possui		-32%	-45%	Não possui	Não possui	
4	Ácido Acetilsalicílico	100mg/cp	R\$ 0,03	R\$ 0,11	R\$ 0,030	R\$ 0,02	R\$ 0,10	Não possui		70%	70%	Não possui	Não possui	
5	Ácido Fólico	5mg/cp	R\$ 0,05	R\$ 0,13	R\$ 0,050	R\$ 0,03	R\$ 0,12	Não possui		52%	52%	Não possui	Não possui	
6	Albendazol	400mg/cp mastigável	R\$ 0,71	R\$ 0,79	R\$ 0,560	R\$ 0,65	R\$ 0,74	Não possui		9%	-14%	Não possui	Não possui	
7	Alendronato de Sódio	70 mg/cp	R\$ 0,64	R\$ 0,72	R\$ 0,370	R\$ 0,28	R\$ 0,37	R\$ 1,870	R\$ 1,790	127%	31%	-60%	97%	-80%
8	Alopurinol	100mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,15	R\$ 0,080	R\$ 0,04	R\$ 0,12	Não possui		75%	101%	Não possui	Não possui	
9	Amiodarona	200mg/cp	R\$ 0,35	R\$ 0,44	R\$ 0,200	R\$ 0,28	R\$ 0,36	Não possui		26%	-28%	Não possui	Não possui	
10	Amitriptilina (Cloridrato)	25mg/cp	R\$ 0,05	R\$ 0,14	R\$ 0,220	R\$ 0,03	R\$ 0,11	Não possui		80%	633%	Não possui	Não possui	
11	Amoxicilina	500mg/cáps.	R\$ 0,18	R\$ 0,26	R\$ 0,190	R\$ 0,12	R\$ 0,21	Não possui		45%	53%	Não possui	Não possui	
12	Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp Oral 60ml	R\$ 2,89	R\$ 2,97	R\$ 1,960	R\$ 2,40	R\$ 2,48	Não possui		20%	-18%	Não possui	Não possui	

n.	Medicamento	Apresentação	Farmácia Básica - Municípios (PFB)		PFPB - Rede Própria (RP)			ATFP		Diferença PFB/RP Preço de aquisição (VM/PA-1)	Diferença RP Preço de Dispensação/aquisição (PD/PA-1)	Diferença PFB / ATFP (CT/VR A - 1)	Diferença RP Preço de Dispensação /10% do ATFP (PD/VR A - 1)	Diferença RP Preço de Aquisição Ajustado / ATFP (PAJ/VR A - 1)
			Valor mediano (VM)	Custo Total (CT) (VM+ R\$ 0,084)	Preço de dispensação (PD)	Preço Aquisição (PA)	Preço de Aquisição Ajustado (PAJ) (PA + R\$ 0,084)	Valor de referência (VR)	Valor de referência ajustado (VRA) (VR - 4,27%)					
13	Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp Oral 150ml	R\$ 4,20	R\$ 4,28	R\$ 4,900	-	-	Não possui	-	-	Não possui	Não possui		
14	Atenolol	25mg/cp	R\$ 0,04	R\$ 0,12	R\$ 0,000	R\$ 0,02	R\$ 0,10	R\$ 0,110	R\$ 0,105	100%	-	18%	-	-1%
15	Azitromicina	500mg/cp	R\$ 0,54	R\$ 0,62	R\$ 2,640	R\$ 0,45	R\$ 0,53	Não possui		20%	487%	Não possui	Não possui	
16	Beclometazona, dipropionato	50ud/dose	R\$ 0,18	R\$ 0,27				R\$ 0,130	R\$ 0,124	-	116%	Não possui	Não possui	
17	Beclometazona, dipropionato	200ug/dose	R\$ 0,35	R\$ 0,43				R\$ 0,250	R\$ 0,239	-	79%	Não possui	Não possui	
18	Beclometazona, dipropionato	250ug/dose	R\$ 0,28	R\$ 0,36				R\$ 0,150	R\$ 0,144	-	150%	Não possui	Não possui	
19	Beclometazona, dipropionato	50ug/dose adm. Tópica nasal	R\$ 0,10	R\$ 0,19				R\$ 0,070	R\$ 0,067	-	176%	Não possui	Não possui	
20	Benzilpenicilina Benzatina	1.200.000ui/pó p/sus. inj.	R\$ 9,13	R\$ 9,21	R\$ 1,500	R\$ 9,34	R\$ 9,42	Não possui		-2%	-84%	Não possui	Não possui	
21	Procaina + Potássica	300.000+100.000ui/pó/sus. inj.	R\$ 4,74	R\$ 4,82	R\$ 1,500	-	-	Não possui		-	-	Não possui	Não possui	
22	Benzoato de Benzila	200mg/ml/emulsão 100ml	R\$ 6,02	R\$ 6,10	R\$ 1,400	R\$ 3,11	R\$ 3,20	Não possui		93%	-55%	Não possui	Não possui	
23	Benzoato de Benzila	200mg/ml/emulsão 60ml	R\$ 2,51	R\$ 2,59	R\$ 1,100	R\$ 2,19	R\$ 2,27	Não possui		15%	-50%	Não possui	Não possui	
24	Biperideno	2mg/cp	R\$ 0,26	R\$ 0,34	R\$ 0,070	R\$ 0,19	R\$ 0,27	Não possui		37%	-63%	Não possui	Não possui	
25	Brometo de n-butilescopolamina	10 mg/frasco	R\$ 2,50	R\$ 2,58	R\$ 3,900	R\$ 10,33	R\$ 10,41	Não possui		-76%	-62%	Não possui	Não possui	
26	Budesonida	32mcg 10ml	R\$ 0,02	R\$ 0,11				R\$ 0,050	R\$ 0,048	-	126%	Não possui	Não possui	

n.	Medicamento	Apresentação	Farmácia Básica - Municípios (PFB)		PFPP - Rede Própria (RP)			ATFP		Diferença PFB/RP Preço de aquisição (VM/PA-1)	Diferença RP Preço de Dispensação/aquisição (PD/PA-1)	Diferença PFB / ATFP (CT/VR A - 1)	Diferença RP Preço de Dispensação /10% do ATFP (PD/VR A - 1)	Diferença a RP Preço de Aquisição Ajustado / ATFP (PAJ/VR A - 1)
			Valor mediano (VM)	Custo Total (CT) (VM+ R\$ 0,084)	Preço de dispensação (PD)	Preço Aquisição (PA)	Preço de Aquisição Ajustado (PAJ) (PA + R\$ 0,084)	Valor de referência (VR)	Valor de referência ajustado (VRA) (VR - 4,27%)					
27	Budesonida	50mcg 10ml	R\$ 0,17	R\$ 0,25	Não possui			R\$ 0,070	R\$ 0,067	-	274%	Não possui		
28	Captopril	25mg/cp sulcado	R\$ 0,04	R\$ 0,12	R\$ 0,000	R\$ 0,04	R\$ 0,13	R\$ 0,190	R\$ 0,182	-6%	-	-32%	-	-30%
29	Carbamazepina	200mg/cp	R\$ 0,13	R\$ 0,21	R\$ 0,130	R\$ 0,07	R\$ 0,15	Não possui		81%	89%	Não possui	Não possui	
30	Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	500mg/cáps.	R\$ 0,36	R\$ 0,44	R\$ 0,400	R\$ 0,98	R\$ 1,06	Não possui		-64%	-59%	Não possui	Não possui	
31	Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	250mg/5ml/susp Oral 60ml	R\$ 6,30	R\$ 6,38	R\$ 4,960	R\$ 6,54	R\$ 6,63	Não possui		-4%	-24%	Não possui	Não possui	
32	Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	250mg/5ml/susp Oral 125ml	R\$ 5,45	R\$ 5,53	R\$ 10,000	-	-	Não possui		-	-	Não possui	Não possui	
33	Cetoconazol	200mg/cp	R\$ 0,13	R\$ 0,21	R\$ 0,230	R\$ 0,12	R\$ 0,20	Não possui		11%	97%	Não possui	Não possui	
34	Ciprofloxacino	500mg/cp	R\$ 0,29	R\$ 0,37	R\$ 0,380	R\$ 0,17	R\$ 0,25	Não possui		76%	130%	Não possui	Não possui	
35	Clonazepam	2mg/cp	R\$ 0,13	R\$ 0,21	R\$ 0,060	R\$ 0,04	R\$ 0,13	Não possui		206%	41%	Não possui	Não possui	
36	Cloreto de Sódio 0,9%	9mg/ml/sol. nasal	R\$ 1,01	R\$ 1,09	R\$ 0,950	R\$ 0,55	R\$ 0,63	Não possui		84%	73%	Não possui	Não possui	
37	Clorpromazina	25mg/cp	R\$ 0,23	R\$ 0,31	R\$ 0,100	R\$ 0,20	R\$ 0,28	Não possui		13%	-50%	Não possui	Não possui	
38	Clorpromazina	100mg/cp	R\$ 0,23	R\$ 0,31	R\$ 0,130	R\$ 0,14	R\$ 0,22	Não possui		64%	-7%	Não possui	Não possui	
39	Dexametazona	Crem.0,1%	R\$ 0,83	R\$ 0,91	R\$ 1,000	R\$ 0,58	R\$ 0,66	Não possui		44%	73%	Não possui	Não possui	

n.	Medicamento	Apresentação	Farmácia Básica - Municípios (PFB)		PFPB - Rede Própria (RP)			ATFP		Diferença PFB/RP Preço de aquisição (VM/PA-1)	Diferença RP Preço de Dispensação/aquisição (PD/PA-1)	Diferença PFB / ATFP (CT/VR A - 1)	Diferença RP Preço de Dispensação /10% do ATFP (PD/VR A - 1)	Diferença a RP Preço de Aquisição Ajustado / ATFP (PAJ/VR A - 1)
			Valor mediano (VM)	Custo Total (CT) (VM+ R\$ 0,084)	Preço de dispensação (PD)	Preço Aquisição (PA)	Preço de Aquisição Ajustado (PAJ) (PA + R\$ 0,084)	Valor de referência (VR)	Valor de referência ajustado (VRA) (VR - 4,27%)					
40	Dexclorfeniramina (Maleato)	2mg/cp	R\$ 0,09	R\$ 0,17	R\$ 0,060	R\$ 0,06	R\$ 0,14	Não possui	58%	5%	Não possui	Não possui		
41	Dexclorfeniramina (Maleato)	0,4mg/sol. Oral	R\$ 1,20	R\$ 1,28	R\$ 2,070	R\$ 0,92	R\$ 1,00	Não possui	30%	125%	Não possui	Não possui		
42	Diazepam	5mg/cp sulcado	R\$ 0,05	R\$ 0,13	R\$ 0,040	R\$ 0,03	R\$ 0,11	Não possui	67%	33%	Não possui	Não possui		
43	Diazepam	10mg/cp sulcado	R\$ 0,05	R\$ 0,13	R\$ 0,080	R\$ 0,03	R\$ 0,11	Não possui	67%	167%	Não possui	Não possui		
44	Digoxina	0,25mg/cp	R\$ 0,06	R\$ 0,14	R\$ 0,060	R\$ 0,03	R\$ 0,12	Não possui	77%	77%	Não possui	Não possui		
45	Dipirona	500mg/ml gts 10ml	R\$ 0,77	R\$ 0,85	R\$ 0,700	R\$ 0,83	R\$ 0,91	Não possui	-7%	-15%	Não possui	Não possui		
46	Enalapril	10mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,15	R\$ 0,000	R\$ 0,08	R\$ 0,16	R\$ 0,260	R\$ 0,249	-12%	-	-40%	-	-36%
47	Enalapril	20mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,15	R\$ 0,000	R\$ 0,04	R\$ 0,12	Não possui	66%	-	Não possui	Não possui		
48	Noretisterona + estradiol	sol. Inj. 50mg+5mg	R\$ 5,00	R\$ 5,08	R\$ 1,130	R\$ 6,36	R\$ 6,45	R\$ 11,310	R\$ 10,827	-21%	-	-53%	0%	-40%
49	Eritromicina (Estearato ou Etilsuccinato)	125mg/5ml/susp oral	R\$ 4,53	R\$ 4,61	R\$ 2,300	R\$ 5,86	R\$ 5,94	Não possui	-23%	-61%	Não possui	Não possui		
50	Eritromicina (Estearato ou Etilsuccinato)	500mg/cp/cáps.	R\$ 0,60	R\$ 0,68	R\$ 0,540	-	-	Não possui	-	-	Não possui	Não possui		
51	Fenitoína	100mg/cp	R\$ 0,28	R\$ 0,36	R\$ 0,100	R\$ 0,18	R\$ 0,26	Não possui	55%	-45%	Não possui	Não possui		
52	Fenobarbital	100mg/cp	R\$ 0,11	R\$ 0,19	R\$ 0,060	R\$ 0,08	R\$ 0,16	Não possui	31%	-25%	Não possui	Não possui		
53	Fluconazol	100mg / rev.	R\$ 0,79	R\$ 0,87	R\$ 0,950	R\$ 1,21	R\$ 1,29	Não possui	-35%	-21%	Não possui	Não possui		

n.	Medicamento	Apresentação	Farmácia Básica - Municípios (PFB)		PFPB - Rede Própria (RP)			ATFP		Diferença PFB/RP Preço de aquisição (VM/PA-1)	Diferença RP Preço de Dispensação/aquisição (PD/PA-1)	Diferença PFB / ATFP (CT/VR A - 1)	Diferença RP Preço de Dispensação /10% do ATFP (PD/VR A - 1)	Diferença a RP Preço de Aquisição Ajustado / ATFP (PAJ/VR A - 1)
			Valor mediano (VM)	Custo Total (CT) (VM+ R\$ 0,084)	Preço de dispensação (PD)	Preço Aquisição (PA)	Preço de Aquisição Ajustado (PAJ) (PA + R\$ 0,084)	Valor de referência (VR)	Valor de referência ajustado (VRA) (VR - 4,27%)					
54	Fluconazol	150mg / rev.	R\$ 0,31	R\$ 0,39	R\$ 0,950	R\$ 0,34	R\$ 0,42	Não possui		-9%	179%	Não possui	Não possui	
55	Fluoxetina	20mg/cp	R\$ 0,09	R\$ 0,17	R\$ 0,060	R\$ 0,04	R\$ 0,12	Não possui		157%	71%	Não possui	Não possui	
56	Furosemida	40mg/cp	R\$ 0,05	R\$ 0,13	R\$ 0,000	R\$ 0,02	R\$ 0,10	Não possui		150%	-	Não possui	Não possui	
57	Glibenclamida	5mg/cp	R\$ 0,04	R\$ 0,12	R\$ 0,000	R\$ 0,02	R\$ 0,11	R\$ 0,090	R\$ 0,086	61%	-	44%	-	26%
58	Haloperidol	1mg/cp	R\$ 0,14	R\$ 0,22	R\$ 0,080	R\$ 0,10	R\$ 0,18	Não possui		40%	-20%	Não possui	Não possui	
59	Haloperidol	5mg/cp	R\$ 0,15	R\$ 0,23	R\$ 0,120	R\$ 0,11	R\$ 0,19	Não possui		32%	9%	Não possui	Não possui	
60	Haloperidol	2mg/ml/sol. oral	R\$ 2,89	R\$ 2,97	R\$ 1,940	R\$ 1,60	R\$ 1,68	Não possui		81%	21%	Não possui	Não possui	
61	Hidroclorotiazida	25mg/cp	R\$ 0,03	R\$ 0,11	R\$ 0,000	R\$ 0,01	R\$ 0,10	R\$ 0,060	R\$ 0,057	105%	-	98%	-	72%
62	Ibuprofeno	300mg/cp	R\$ 0,09	R\$ 0,18	R\$ 0,160	R\$ 0,07	R\$ 0,15	Não possui		35%	129%	Não possui	Não possui	
63	Insulina Humana NPH 100 UI/ml - suspensão injetável, frasco-ampola 10 ml	1 (um) frasco/ampola 10ml	R\$ 18,20	R\$ 18,28	Não possui			R\$ 26,550	R\$ 25,416	-	-28%	Não possui		
64	Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 10 ml		R\$ 18,95	R\$ 19,03	Não possui			R\$ 26,550	R\$ 25,416	-	-25%	Não possui		
65	Ipatorrópio, brometo de	Sol. 20ml	R\$ 0,88	R\$ 0,96	Não possui			R\$ 0,270	R\$ 0,258	-	271%	Não possui		

n.	Medicamento	Apresentação	Farmácia Básica - Municípios (PFB)		PFPB - Rede Própria (RP)			ATFP		Diferença PFB/RP Preço de aquisição (VM/PA-1)	Diferença RP Preço de Dispensação/aquisição (PD/PA-1)	Diferença PFB / ATFP (CT/VR A - 1)	Diferença RP Preço de Dispensação /10% do ATFP (PD/VR A - 1)	Diferença a RP Preço de Aquisição Ajustado / ATFP (PAJ/VR A - 1)
			Valor mediano (VM)	Custo Total (CT) (VM+ R\$ 0,084)	Preço de dispensação (PD)	Preço Aquisição (PA)	Preço de Aquisição Ajustado (PAJ) (PA + R\$ 0,084)	Valor de referência (VR)	Valor de referência ajustado (VRA) (VR - 4,27%)					
66	Ipatrópio, brometo de	0,02mg/dose inalador 1 dose	R\$ 0,65	R\$ 0,73				R\$ 0,060	R\$ 0,057	-	1179%			
67	Levodopa+benzerazida	100mg+25mg cp.	R\$ 2,80	R\$ 2,88				R\$ 1,170	R\$ 1,120	-	157%			
68	Levodopa+carbido pa	250mg+25mg cp.	R\$ 0,43	R\$ 0,51	R\$ 0,480	R\$ 0,30	R\$ 0,38	R\$ 0,640	R\$ 0,613	45%	62%	34%	650%	-38%
69	Loratadina	10mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,15	R\$ 0,050	R\$ 0,04	R\$ 0,13			71%	22%	Não possui		Não possui
70	Losartana	50mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,15	R\$ 0,000	R\$ 0,04	R\$ 0,12	R\$ 0,300	R\$ 0,287	84%	-	-46%	-	-58%
71	Mebendazol	100mg/cp	R\$ 0,05	R\$ 0,13	R\$ 0,050	R\$ 0,090	R\$ 0,17			-44%	-44%	Não possui		Não possui
72	Mebendazol	100mg/5ml/sup. Oral 30ml	R\$ 1,04	R\$ 1,13	R\$ 1,100	R\$ 0,98	R\$ 1,06			7%	12%	Não possui		Não possui
73	Metformina	500mg/cp	R\$ 0,08	R\$ 0,16	R\$ 0,000	R\$ 0,06	R\$ 0,14	R\$ 0,120	R\$ 0,115	40%	-	43%	-	23%
74	Metformina	850mg/cp	R\$ 0,09	R\$ 0,17	R\$ 0,000	R\$ 0,05	R\$ 0,14	R\$ 0,160	R\$ 0,153	65%	-	14%	-	-9%
75	Metildopa	250mg cp.	R\$ 0,20	R\$ 0,28	R\$ 0,000	R\$ 0,17	R\$ 0,25			21%	-	Não possui		Não possui
76	Metildopa	500mg cp.	R\$ 0,31	R\$ 0,39	R\$ 0,000	R\$ 0,25	R\$ 0,34			21%	-	Não possui		Não possui
77	Metoclopramida (Cloridrato)	10mg/cp	R\$ 0,08	R\$ 0,16	R\$ 0,040	R\$ 0,10	R\$ 0,18			-20%	-60%	Não possui		Não possui
78	Metoclopramida (Cloridrato)	4mg/ml/sol.oral 10ml	R\$ 0,68	R\$ 0,76	R\$ 0,750	R\$ 0,84	R\$ 0,92			-19%	-11%	Não possui		Não possui
79	Metronidazol	250mg/cp	R\$ 0,12	R\$ 0,20	R\$ 0,100	R\$ 0,10	R\$ 0,18			20%	0%	Não possui		Não possui
80	Metronidazol	5% creme vaginal 50g	R\$ 5,80	R\$ 5,88	R\$ 2,150	R\$ 3,96	R\$ 4,04			46%	-46%	Não possui		Não possui

n.	Medicamento	Apresentação	Farmácia Básica - Municípios (PFB)		PFPPB - Rede Própria (RP)			ATFP		Diferença PFB/RP Preço de aquisição (VM/PA-1)	Diferença RP Preço de Dispensação/aquisição (PD/PA-1)	Diferença PFB / ATFP (CT/VR A - 1)	Diferença RP Preço de Dispensação /10% do ATFP (PD/VR A - 1)	Diferença a RP Preço de Aquisição Ajustado / ATFP (PAJ/VR A - 1)
			Valor mediano (VM)	Custo Total (CT) (VM+ R\$ 0,084)	Preço de dispensação (PD)	Preço Aquisição (PA)	Preço de Aquisição Ajustado (PAJ) (PA + R\$ 0,084)	Valor de referência (VR)	Valor de referência ajustado (VRA) (VR - 4,27%)					
81	Metronidazol (Benzoato)	200mg/5ml/susp Oral 100 ml	R\$ 2,33	R\$ 2,41	R\$ 2,400	R\$ 3,32	R\$ 3,40	Não possui	-30%	-28%	Não possui	Não possui	Não possui	
82	Miconazol (Nitrato)	2%/locão 30ml	R\$ 1,93	R\$ 2,02	R\$ 1,860	-	-	Não possui	-	-	Não possui	Não possui	Não possui	
83	Miconazol (Nitrato)	2%/pó 30ml	R\$ 3,00	R\$ 3,08	R\$ 4,950	R\$ 17,31	R\$ 17,39	Não possui	-83%	-71%	Não possui	Não possui	Não possui	
84	Monitrato de Isossorbida	20mg/cp	R\$ 0,20	R\$ 0,28	R\$ 0,100	R\$ 0,07	R\$ 0,15	Não possui	199%	49%	Não possui	Não possui	Não possui	
85	Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zíncica)	5mg + 250ui/g/pom.10g	R\$ 1,35	R\$ 1,43	R\$ 1,350	R\$ 0,89	R\$ 0,97	Não possui	52%	52%	Não possui	Não possui	Não possui	
86	Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zíncica)	5mg + 250ui/g/pom. 15g	R\$ 1,57	R\$ 1,66	R\$ 2,020	-	-	Não possui	-	-	Não possui	Não possui	Não possui	
87	Nifedipino	20mg/cplib.cont	R\$ 0,12	R\$ 0,20	R\$ 0,000	R\$ 0,06	R\$ 0,15	Não possui	85%	-	Não possui	Não possui	Não possui	
88	Nistatina	25.000 UI/crem. Vaginal 60gr	R\$ 3,26	R\$ 3,34	R\$ 2,280	R\$ 4,05	R\$ 4,13	Não possui	-20%	-44%	Não possui	Não possui	Não possui	
89	Nistatina	25.000 UI/crem. Vaginal 50gr	R\$ 2,88	R\$ 2,96	R\$ 1,900	-	-	Não possui	-	-	Não possui	Não possui	Não possui	
90	Nistatina	100.000 UI/ml/susp Oral 30ml	R\$ 2,60	R\$ 2,68	R\$ 3,620	R\$ 2,58	R\$ 2,66	Não possui	1%	40%	Não possui	Não possui	Não possui	
91	Omeprazol	20mg/cáps.	R\$ 0,06	R\$ 0,14	R\$ 0,230	R\$ 0,05	R\$ 0,13	Não possui	15%	358%	Não possui	Não possui	Não possui	
92	Paracetamol	500mg/cp	R\$ 0,07	R\$ 0,15	R\$ 0,090	R\$ 0,04	R\$ 0,13	Não possui	67%	114%	Não possui	Não possui	Não possui	

n.	Medicamento	Apresentação	Farmácia Básica - Municípios (PFB)		PFPPB - Rede Própria (RP)			ATFP		Diferença PFB/RP Preço de aquisição (VM/PA-1)	Diferença RP Preço de Dispensação/aquisição (PD/PA-1)	Diferença PFB / ATFP (CT/VR A - 1)	Diferença RP Preço de Dispensação /10% do ATFP (PD/VR A - 1)	Diferença a RP Preço de Aquisição Ajustado / ATFP (PAJ/VR A - 1)
			Valor mediano (VM)	Custo Total (CT) (VM+ R\$ 0,084)	Preço de dispensação (PD)	Preço Aquisição (PA)	Preço de Aquisição Ajustado (PAJ) (PA + R\$ 0,084)	Valor de referência (VR)	Valor de referência ajustado (VRA) (VR - 4,27%)					
93	Paracetamol	200mg/ml/sol. Oral gts 10ml	R\$ 0,68	R\$ 0,77	R\$ 0,850	-	-	Não possui	-	-	Não possui	Não possui		
94	Paracetamol	200mg/ml/sol. Oral gts 15ml	R\$ 0,71	R\$ 0,79	R\$ 1,270	R\$ 0,76	R\$ 0,84	Não possui	-7%	67%	Não possui	Não possui		
95	Paracetamol	100mg/ml/sol. oral gts. 10ml	R\$ 0,75	R\$ 0,83	R\$ 0,700	-	-	Não possui	-	-	Não possui	Não possui		
96	Prednisona	20mg/cp	R\$ 0,20	R\$ 0,28	R\$ 0,180	R\$ 0,17	R\$ 0,25	Não possui	20%	8%	Não possui	Não possui		
97	Prednisona	5mg/cp	R\$ 0,12	R\$ 0,20	R\$ 0,080	R\$ 0,12	R\$ 0,21	Não possui	-2%	-35%	Não possui	Não possui		
98	Prometazina (Cloridrato)	25mg/cp	R\$ 0,10	R\$ 0,18	R\$ 0,120	R\$ 0,14	R\$ 0,22	Não possui	-29%	-14%	Não possui	Não possui		
99	Propranolol (Cloridrato)	40mg/cp	R\$ 0,03	R\$ 0,11	R\$ 0,000	R\$ 0,02	R\$ 0,10	R\$ 0,070	R\$ 0,067	50%	-100%	-	-	55%
100	Ranitidina	150mg/cp	R\$ 0,09	R\$ 0,17	R\$ 0,120	R\$ 0,06	R\$ 0,15	Não possui	45%	94%	Não possui	Não possui		
101	Sais p/ Reidratação Oral	pó p/sol. Oral	R\$ 0,61	R\$ 0,69	R\$ 0,600	R\$ 0,66	R\$ 0,74	Não possui	-8%	-9%	Não possui	Não possui		
102	Salbutamol (Sulfato)	2mg/cp Sulcado	R\$ 0,19	R\$ 0,27	R\$ 0,000	R\$ 0,22	R\$ 0,30	Não possui	-14%	-	Não possui	Não possui		
103	Salbutamol (Sulfato)	2mg/5ml/xpe. 120ml	R\$ 1,20	R\$ 1,28	R\$ 0,000	R\$ 1,66	R\$ 1,74	Não possui	-28%	-	Não possui	Não possui		
104	Salbutamol (Sulfato)	Aerosol 100ug/ml 200 doses	R\$ 0,05	R\$ 0,13		Não possui		R\$ 0,100	R\$ 0,096	-	36%	Não possui		
105	Salbutamol (Sulfato)	Sol. Inalante 5mg/ml 10ml	R\$ 4,22	R\$ 4,30		Não possui		R\$ 0,880	R\$ 0,842	-	411%	Não possui		
106	Sinvastatina	10mg cp.	R\$ 0,11	R\$ 0,19		Não possui		R\$ 0,130	R\$ 0,124	-	56%	Não possui		

n.	Medicamento	Apresentação	Farmácia Básica - Municípios (PFB)		PFPP - Rede Própria (RP)			ATFP		Diferença PFB/RP Preço de aquisição (VM/PA-1)	Diferença RP Preço de Dispensação/aquisição (PD/PA-1)	Diferença PFB / ATFP (CT/VR A - 1)	Diferença RP Preço de Dispensação /10% do ATFP (PD/VR A - 1)	Diferença a RP Preço de Aquisição Ajustado / ATFP (PAJ/VR A - 1)
			Valor mediano (VM)	Custo Total (CT) (VM+ R\$ 0,084)	Preço de dispensação (PD)	Preço Aquisição (PA)	Preço de Aquisição Ajustado (PAJ) (PA + R\$ 0,084)	Valor de referência (VR)	Valor de referência ajustado (VRA) (VR - 4,27%)					
107	Sinvastatina	20mg/cp	R\$ 0,11	R\$ 0,19	R\$ 0,380	R\$ 0,06	R\$ 0,14	R\$ 0,260	R\$ 0,249	80%	553%	-24%	1361%	-43%
108	Sinvastatina	40mg/cp	R\$ 0,19	R\$ 0,27	Não possui			R\$ 0,500	R\$ 0,479	-	-43%	Não possui		
109	Sulfametoxazol + Trimetoprima	400mg + 80mg/cp	R\$ 0,11	R\$ 0,19	R\$ 0,080	R\$ 0,11	R\$ 0,19	Não possui		0%	-27%	Não possui	Não possui	
110	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp Oral 50ml	R\$ 1,20	R\$ 1,28	R\$ 1,450	R\$ 1,87	R\$ 1,95	Não possui		-36%	-22%	Não possui	Não possui	
111	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp Oral 60ml	R\$ 1,47	R\$ 1,55	R\$ 1,740	-	-	Não possui		-	-	Não possui	Não possui	
112	Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp Oral 100ml	R\$ 1,69	R\$ 1,77	R\$ 2,900	-	-	Não possui		-	-	Não possui	Não possui	
113	Sulfato Ferroso	40mg Fe(II)/cp rev.	R\$ 0,05	R\$ 0,13	R\$ 0,040	R\$ 0,02	R\$ 0,11	Não possui		96%	74%	Não possui	Não possui	
114	Sulfato Ferroso	25mg/ml Fe(II)/sol. Oral 30ml	R\$ 1,26	R\$ 1,35	R\$ 0,750	R\$ 1,13	R\$ 1,21	Não possui		12%	-34%	Não possui	Não possui	
115	Ti a b e n d a z o l	5%/pom. 20gr	R\$ 13,38	R\$ 13,46	R\$ 2,890	R\$ 13,93	R\$ 14,02	Não possui		-4%	-79%	Não possui	Não possui	
116	Timolol, maleato	0,5% 5ml colírio 1ML	R\$ 2,23	R\$ 2,31	Não possui			R\$ 0,480	R\$ 0,460	-	402%	Não possui		
117	Timolol, maleato	0,25% 5ml colírio 1ML	R\$ 7,69	R\$ 7,77	Não possui			R\$ 0,200	R\$ 0,191	-	3960%	Não possui		
118	Valproato de Sódio	50mg/ml/xpe. 100ml	R\$ 2,74	R\$ 2,82	R\$ 4,050	R\$ 1,95	R\$ 2,03	Não possui		40%	108%	Não possui	Não possui	
119	Verapamila (Cloridrato)	80mg/cp	R\$ 0,08	R\$ 0,16	R\$ 0,000	R\$ 0,06	R\$ 0,15	Não possui		33%	Não possui		Não possui	

n.	Medicamento	Apresentação	Farmácia Básica - Municípios (PFB)		PFPB - Rede Própria (RP)			ATFP		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 a RP Preço de Aquisição Ajustado / ATFP (PAJ/VRA - 1)	
			Valor mediano (VM)	Custo Total (CT) (VM+ R\$ 0,084)	Preço de dispensação (PD)	Preço Aquisição (PA)	Preço de Aquisição Ajustado (PAJ) (PA + R\$ 0,084)	Valor de referência (VR)	Valor de referência ajustado (VRA) (VR - 4,27%)						
Média											34%	41%	234%	-	-12%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa (2017).

ANEXO A**Quantitativo de medicamentos dispensados pela Rede Própria do PFPB em 2014**

2014			
Código	Descrição do produto	Qtd. Dispensada	Curva
198125	LOSARTANA POTASSICA	5.612.687	A
158280	METFORMINA 850MG	4.055.153	A
172070	OMEPRAZOL 20MG	3.694.107	A
198130	ATENOLOL 25MG 15CP	3.118.761	A
198051	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	2.853.974	A
147030	GLIBENCLAMIDA 5MG	2.335.593	A
198123	CLONAZEPAM 2MG 10CP (B1)	2.030.619	A
198111	SINVASTATINA 20MG 15CP	1.829.086	A
104200	ACIDO ACETILSALICIL	1.750.480	A
198126	FLUOXETINA 20MG 14CAPS	1.467.096	A
168130	NIFEDIPINA 20MG 20CAPS	1.339.735	A
119110	CARBAMAZEPINA 200MG	1.285.046	A
198110	ENALAPRIL 20MG 20CP	1.280.989	B
198031	CAPTOPRIL 25MG	1.133.613	B
157280	METFORMINA 500MG	1.034.107	B
198035	FLUCONAZOL 150MG	940.662	B
198099	ENALAPRIL 10MG	926.941	B
198097	MON ISOSSORBIDA 20MG	716.000	B
159030	METILDOPA 250MG	620.781	B
179160	RANITIDINA 150MG	595.912	B
198011	METILDOPA 500MG	561.586	B
198018	PROPRANOLOL 40MG	487.909	B
198102	DIAZEPAM 10MG 20CP	450.010	B
153320	IBUPROFENO 300MG	433.593	B
198124	ALENDRONATO SODICO	423.992	B
198106	FENOBARBITAL 100MG 20CP	384.327	B
109100	AMITRIPTILINA 25MG 20CP	369.388	B
198091	BIPERIDENO 2MG 10CP	366.608	B
177180	PROMETAZINA 25MG	352.125	B
190180	VERAPAMIL 80MG	345.624	B
198008	FUROSEMIDA 40MG	342.170	B
146310	FUROSEMIDA 40MG	327.021	B
149220	HALOPERIDOL 5MG 10CP	303.157	B
108190	AMIODARONA 200MG	288.643	B
198093	ALOPURINOL 100MG	282.219	B
173030	PARACETAMOL 500MG	274.577	B
140350	EN NORETIST+VALERATOEST	267.146	B
198003	AMOXICILINA 500MG	266.628	B
136120	DIPIRONA 500MG/ML GTS	240.037	B
198089	ATENOLOL 25MG	230.329	C
198006	CEFALEXINA 500MG	223.329	C
193350	LEVONORG+ETINILEST	220.872	C
198034	ACIDO FOLICO 5MG	204.627	C
198100	FENITOINA 100MG 20CP	198.794	C
198121	LORATADINA 10MG	190.116	C
131140	DEXAMETASONA CREM.	186.522	C
106060	ALBENDAZOL 400MG	185.824	C
126110	CIPROFLOXACINO 500MG	185.299	C
198129	ACICLOVIR 200MG 15CP	169.494	C

2014			
Código	Descrição do produto	Qtd. Dispensada	Curva
198046	ACETATO MEDROXIPR	141.023	C
198001	AZITROMICINA 500MG	140.242	C
198017	PREDNISONA 5MG	133.305	C
134130	DIAZEPAM 5MG 20CP	120.595	C
178210	PROPRANOLOL 40MG	115.423	C
198007	CLOPRIMAZINA 100MG	115.096	C
186060	SULFATO FERROSO 40MG	112.585	C
112090	AZATIOPRINA 50MG	97.702	C
120070	CARBI+LEVODOPA	95.596	C
198050	PRESERVATIVO MASCULINO	85.018	C
198025	AMOXICILINA 250MG/5ML	83.037	C
175320	PREDNISONA 20MG	77.758	C
167050	NEOMICINA+BACITRACINA	76.132	C
198048	CLOPRIMAZINA 25MG 10CP	69.465	C
169070	NISTATINA 25000UI/1G C.	65.257	C
198117	SINVASTATINA 20MG	58.679	C
183040	SULFA+TRI 400MG+80MG	55.941	C
189010	VALPROATO SD 50MG/ML	54.264	C
198041	HALOPERIDOL 1MG 10CP	50.304	C
162060	METRONIDAZOL 250MG	46.159	C
198059	SULFASALAZINA 500MG	46.141	C
133020	DEXCLORFENIRAMIN	46.036	C
198128	SULFASALAZINA 500MG	45.044	C
123290	CEFALEXINA 250MG/5ML	44.443	C
198131	CIPROFLOXACINO 500MG	40.307	C
198040	DIGOXINA 0,25MG	37.477	C
198061	DEXCLORFENIRAMINA 2MG	37.044	C
135320	DIGOXINA 0,25MG	36.389	C
125190	CETOCONAZOL 200MG	34.370	C
174090	PARACETAMOL 200MG/ML	29.906	C
114100	BENZILP BENZ 1200000UI	29.865	C
180031	SAIS REIDRAT ORAL PO SOL	24.976	C
163040	METRONIDAZOL 500MG/5G	24.612	C
137320	DOXICICLINA 100MG	23.365	C
198132	DINIT ISOSSORBIDA 10MG	22.523	C
198028	METRONIDAZOL 250MG	21.640	C
198134	ACIDO FOLICO 5MG	20.104	C
128190	CLORETO DE SODIO 0,9%	18.077	C
165100	MICONAZOL 2% LOC	17.942	C
107180	ALOPURINOL 100MG	16.529	C
198024	METOCLOPRAMIDA 10MG	15.677	C
156020	MEBENDAZOL 100MG/5ML	15.304	C
150070	HALOPERIDOL GT 2MG/ML	15.222	C
127060	CLORETO DE POTAS	14.198	C
192190	PARACETAMOL 100MG/ML	12.747	C
182120	SALBUTAMOL 2MG/5ML XPE	12.400	C
144220	FENOBARBITAL 100MG 10CP	12.322	C
155020	MEBENDAZOL 100MG	11.604	C
171300	NORETISTERONA 0,35MG	11.566	C
170160	NISTATINA 100000UI/ML	11.523	C
198092	ACICLOVIR 200MG	11.050	C

2014			
Código	Descrição do produto	Qtd. Dispensada	Curva
103140	ACIDO ACETILSALICIL	10.880	C
198133	CETOCONAZOL 200MG	9.704	C
164040	METRONIDAZOL 200MG/5ML	8.619	C
187190	SULFATO FERROSO 2,5%	8.440	C
181200	SALBUTAMOL 2MG	8.420	C
198047	BROMETO DE N-BUTILES	7.893	C
161040	METOCLOPRAMIDA	5.829	C
198098	ERITROMICINA 500MG	5.715	C
198058	SULFA+TRI 200+40MG/5ML	5.665	C
188330	TIABENDAZOL 5% POM	5.373	C
116370	BENZOATO BENZILA 2,5%	5.088	C
198020	SALBUTAMOL 2MG/5ML XPE	4.160	C
198127	LOSARTANA POTASSICA	3.931	C
145220	FLUCONAZOL 100MG	3.824	C
154270	LEVONORGESTREL 0,75MG	3.196	C
166330	MICONAZOL 2% PO	2.562	C
198120	NIFEDIPINA 20MG 10CAPS	2.258	C
141040	ERITROMICINA SU	2.161	C
198060	BENZILPEN PROCAÍNA+POTÁSSICA	1.908	C
198014	PARACETAMOL 100MG/ML	1.426	C
198044	ACIDO ACETILSALICIL	1.202	C
105190	ACIDO FOLICO 5MG	1.121	C
198016	PREDNISONA 20MG	806	C
198122	FLUOXETINA 20MG 10CAPS	699	C
198101	DINIT ISOSSORBIDA 10MG	463	C
138200	ENALAPRIL 10MG	354	C
198022	CAPTOPRIL 25MG	226	C
139200	ENALAPRIL 20MG	221	C
198002	AMITRIPTILINA 25MG 10CP	173	C
198039	DIAZEPAM 5MG 10CP	92	C
198108	BENZILPEN PROCAÍNA+POTÁSSICA	59	C
198116	SULFATO FERROSO 40MG	20	C
198005	CAPTOPRIL 25MG	18	C
198112	GLIBENCLAMIDA 5MG	11	C
129220	CLORPROMAZINA 100MG	9	C
198043	MEBENDAZOL 20MG/ML	9	C
198104	IBUPROFENO 600MG 10CP....	8	C
111250	AMOXICILINA 250MG/5ML	7	C
198088	SINVASTATINA 20MG	6	C
198012	NEOMICINA+BACITRACINA	3	C
176010	PREDNISONA 5MG	3	C

Fonte: Fiocruz (obtido por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão em <http://www.acesoainformacao.gov.br>)

*Observação: Alguns medicamentos possuem quantitativos maiores que os da coluna *Qtd. Dispensada*, pois são fornecidos em quantidades maiores discriminadas na coluna *Descrição do produto*.

Quantitativo de medicamentos dispensados pela Rede Própria do PFPB em 2015

2015			
Código	Descrição do produto	Qtd. Dispensada	Curva
104200	ACIDO ACETILSALICIL	1.609.080	A
198130	ATENOLOL 25MG 15CP	3.154.909	A
119110	CARBAMAZEPINA 200MG	1.491.306	A
198123	CLONAZEPAM 2MG 10CP (B1)	2.401.600	A
198126	FLUOXETINA 20MG 14CAPS	1.713.194	A
147030	GLIBENCLAMIDA 5MG	1.278.222	A
198051	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	2.787.012	A
198125	LOSARTANA POTASSICA	5.752.652	A
158280	METFORMINA 850MG	3.754.159	A
168130	NIFEDIPINA 20MG 20CAPS	1.375.435	A
172070	OMEPRAZOL 20MG	2.850.724	A
198111	SINVASTATINA 20MG 15CP	1.613.614	A
198124	ALENDRONATO SODICO	361.735	B
108190	AMIODARONA 200MG	272.922	B
109100	AMITRIPTILINA 25MG 20CP	410.093	B
198003	AMOXICILINA 500MG	266.929	B
198091	BIPERIDENO 2MG 10CP	433.502	B
198031	CAPTOPRIL 25MG	1.015.438	B
198102	DIAZEPAM 10MG 20CP	485.885	B
140350	EN NORETIST+VALERATOEST	281.476	B
198099	ENALAPRIL 10MG	822.297	B
198110	ENALAPRIL 20MG 20CP	1.231.264	B
144220	FENOBARBITAL 100MG 10CP	866.121	B
198035	FLUCONAZOL 150MG	812.004	B
198008	FUROSEMIDA 40MG	543.103	B
149220	HALOPERIDOL 5MG 10CP	365.810	B
153320	IBUPROFENO 300MG	412.712	B
157280	METFORMINA 500MG	1.032.786	B
159030	METILDOPA 250MG	579.662	B
198011	METILDOPA 500MG	586.190	B
198097	MON ISOSSORBIDA 20MG	635.455	B
173030	PARACETAMOL 500MG	283.453	B
177180	PROMETAZINA 25MG	381.322	B
198018	PROPRANOLOL 40MG	527.631	B
179160	RANITIDINA 150MG	593.711	B
190180	VERAPAMIL 80MG	328.829	B
198046	ACETATO MEDROXIPR	98.347	C
198092	ACICLOVIR 200MG	194.601	C
198129	ACICLOVIR 200MG 15CP	52.237	C
103140	ACIDO ACETILSALICIL	9.251	C
198044	ACIDO ACETILSALICIL	5	C
105190	ACIDO FOLICO 5MG	130.124	C
198134	ACIDO FOLICO 5MG	15.614	C
198034	ACIDO FOLICO 5MG	868	C
106060	ALBENDAZOL 400MG	200.486	C
198093	ALOPURINOL 100MG	254.032	C
107180	ALOPURINOL 100MG	11.371	C
198025	AMOXICILINA 250MG/5ML	101.229	C
198089	ATENOLOL 25MG	118	C

2015			
Código	Descrição do produto	Qtd. Dispensada	Curva
112090	AZATIOPRINA 50MG	124.745	C
198001	AZITROMICINA 500MG	143.646	C
114100	BENZILP BENZ 1200000UI	3.684	C
198115	BENZILP BENZ 1200000UI	2.247	C
198060	BENZILPEN PROCAÍNA+POTÁSSICA	1.571	C
115100	BENZILPEN PROCAÍNA+POTÁSSICA	77	C
198108	BENZILPEN PROCAÍNA+POTÁSSICA	8	C
116370	BENZOATO BENZILA 2,5%	1.259	C
198047	BROMETO DE N-BUTILES	1.478	C
198022	CAPTOPRIL 25MG	52	C
120070	CARBI+LEVODOPA	97.598	C
123290	CEFALEXINA 250MG/5ML	43.389	C
198006	CEFALEXINA 500MG	233.138	C
198133	CETOCONAZOL 200MG	30.449	C
125190	CETOCONAZOL 200MG	26	C
198131	CIPROFLOXACINO 500MG	152.422	C
126110	CIPROFLOXACINO 500MG	138	C
127060	CLORETO DE POTAS	13.926	C
128190	CLORETO DE SODIO 0,9%	16.495	C
198007	CLORPROMAZINA 100MG	151.049	C
198048	CLORPROMAZINA 25MG 10CP	95.822	C
131140	DEXAMETASONA CREM.	217.472	C
133020	DEXCLORFENIRAMIN	51.928	C
198061	DEXCLORFENIRAMINA 2MG	43.279	C
198039	DIAZEPAM 5MG 10CP	3	C
134130	DIAZEPAM 5MG 20CP	114.607	C
198040	DIGOXINA 0,25MG	74.725	C
135320	DIGOXINA 0,25MG	24	C
198119	DINIT ISOSSORBIDA 10MG	33.398	C
198132	DINIT ISOSSORBIDA 10MG	8.043	C
198101	DINIT ISOSSORBIDA 10MG	7	C
136120	DIPIRONA 500MG/ML GTS	243.587	C
137320	DOXICICLINA 100MG	7.080	C
198136	DOXICICLINA 100MG 20CAPS	11.274	C
138200	ENALAPRIL 10MG	29	C
139200	ENALAPRIL 20MG	118	C
198135	ERITROMICINA 500MG	3.747	C
198098	ERITROMICINA 500MG	2.161	C
141040	ERITROMICINA SU	1.998	C
198100	FENITOINA 100MG 20CP	120.044	C
198106	FENOBARBITAL 100MG 20CP	30.265	C
145220	FLUCONAZOL 100MG	3.687	C
198036	FLUCONAZOL 100MG 1CP....	1	C
198122	FLUOXETINA 20MG 10CAPS	14	C
146310	FUROSEMIDA 40MG	8.092	C
198009	GLIBENCLAMIDA 5MG	49.302	C
198041	HALOPERIDOL 1MG 10CP	61.441	C
150070	HALOPERIDOL GT 2MG/ML	18.217	C
198000	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	1	C
193350	LEVONORG+ETINILEST	201.422	C
154270	LEVONORGESTREL 0,75MG	3.935	C

2015			
Código	Descrição do produto	Qtd. Dispensada	Curva
198121	LORATADINA 10MG	106.073	C
198127	LOSARTANA POTASSICA	23	C
155020	MEBENDAZOL 100MG	15.792	C
156020	MEBENDAZOL 100MG/5ML	19.167	C
198043	MEBENDAZOL 20MG/ML	28	C
161040	METOCLOPRAMIDA	6.504	C
198024	METOCLOPRAMIDA 10MG	14.208	C
164040	METRONIDAZOL 200MG/5ML	8.458	C
198028	METRONIDAZOL 250MG	43.326	C
162060	METRONIDAZOL 250MG	23	C
163040	METRONIDAZOL 500MG/5G	25.085	C
165100	MICONAZOL 2% LOC	17.854	C
166330	MICONAZOL 2% PO	2.576	C
198090	MON ISOSSORBIDA 20MG	14	C
167050	NEOMICINA+BACITRACINA	78.953	C
198120	NIFEDIPINA 20MG 10CAPS	125	C
170160	NISTATINA 100000UI/ML	12.989	C
198107	NISTATINA 100000UI/ML	1	C
169070	NISTATINA 25000UI/1G C.	70.514	C
171300	NORETISTERONA 0,35MG	10.873	C
192190	PARACETAMOL 100MG/ML	15.543	C
198014	PARACETAMOL 100MG/ML	22	C
174090	PARACETAMOL 200MG/ML	31.621	C
175320	PREDNISONA 20MG	83.915	C
198016	PREDNISONA 20MG	18	C
198017	PREDNISONA 5MG	143.233	C
198050	PRESERVATIVO MASCULINO	73.675	C
178210	PROPRANOLOL 40MG	49	C
180031	SAIS REIDRAT ORAL PO SOL	27.548	C
181200	SALBUTAMOL 2MG	7.204	C
198109	SALBUTAMOL 2MG	2	C
198020	SALBUTAMOL 2MG/5ML XPE	13.034	C
182120	SALBUTAMOL 2MG/5ML XPE	2.133	C
198117	SINVASTATINA 20MG	189	C
198088	SINVASTATINA 20MG	2	C
198058	SULFA+TRI 200+40MG/5ML	8.343	C
184040	SULFA+TRI 200+40MG/5ML	4	C
183040	SULFA+TRI 400MG+80MG	63.250	C
198059	SULFASALAZINA 500MG	81.067	C
198128	SULFASALAZINA 500MG	155	C
187190	SULFATO FERROSO 2,5%	8.456	C
186060	SULFATO FERROSO 40MG	115.564	C
198116	SULFATO FERROSO 40MG	6	C
188330	TIABENDAZOL 5% POM	5.235	C
189010	VALPROATO SD 50MG/ML	60.275	C

Fonte: Fiocruz (obtido por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão em <http://www.acesoainformacao.gov.br>)

*Observação: Alguns medicamentos possuem quantitativos maiores que os da coluna *Qtd. Dispensada*, pois são fornecidos em quantidades maiores discriminadas na coluna *Descrição do produto*.

Quantitativo de medicamentos dispensados pela Rede Própria do PFPB em 2016

2016			
Código	Descrição do produto	Qtd. Dispensada	Curva
104200	ACIDO ACETILSALICIL	557.708	A
198130	ATENOLOL 25MG 15CP	1.451.563	A
119110	CARBAMAZEPINA 200MG	663.414	A
198123	CLONAZEPAM 2MG 10CP (B1)	1.229.272	A
198110	ENALAPRIL 20MG 20CP	558.426	A
198126	FLUOXETINA 20MG 14CAPS	841.923	A
198051	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	1.312.299	A
198125	LOSARTANA POTASSICA	2.631.155	A
158280	METFORMINA 850MG	1.627.444	A
168130	NIFEDIPINA 20MG 20CAPS	649.230	A
172070	OMEPRAZOL 20MG	1.045.899	A
198092	ACICLOVIR 200MG	153.452	B
198093	ALOPURINOL 100MG	120.827	B
108190	AMIODARONA 200MG	126.691	B
109100	AMITRIPTILINA 25MG 20CP	206.076	B
198003	AMOXICILINA 500MG	128.108	B
198091	BIPERIDENO 2MG 10CP	221.859	B
198031	CAPTOPRIL 25MG	359.166	B
198102	DIAZEPAM 10MG 20CP	230.644	B
140350	EN NORETIST+VALERATOEST	131.154	B
198099	ENALAPRIL 10MG	378.453	B
144220	FENOBARBITAL 100MG 10CP	401.573	B
198035	FLUCONAZOL 150MG	352.990	B
198008	FUROSEMIDA 40MG	144.194	B
198112	GLIBENCLAMIDA 5MG	123.407	B
149220	HALOPERIDOL 5MG 10CP	189.013	B
153320	IBUPROFENO 300MG	194.097	B
157280	METFORMINA 500MG	494.681	B
159030	METILDOPA 250MG	268.557	B
198011	METILDOPA 500MG	277.667	B
198097	MON ISOSSORBIDA 20MG	173.480	B
173030	PARACETAMOL 500MG	148.322	B
177180	PROMETAZINA 25MG	210.240	B
198018	PROPRANOLOL 40MG	237.911	B
179160	RANITIDINA 150MG	260.204	B
198111	SINVASTATINA 20MG 15CP	549.746	B
190180	VERAPAMIL 80MG	156.478	B
198046	ACETATO MEDROXIPR	42.657	C
198129	ACICLOVIR 200MG 15CP	105	C
103140	ACIDO ACETILSALICIL	4.408	C
105190	ACIDO FOLICO 5MG	39.678	C
198134	ACIDO FOLICO 5MG	19	C
198034	ACIDO FOLICO 5MG	12	C
106060	ALBENDAZOL 400MG	45.364	C
198124	ALENDRONATO SODICO	78.914	C
107180	ALOPURINOL 100MG	142	C
198025	AMOXICILINA 250MG/5ML	45.240	C
198089	ATENOLOL 25MG	7	C
112090	AZATIOPRINA 50MG	67.082	C

2016			
Código	Descrição do produto	Qtd. Dispensada	Curva
198001	AZITROMICINA 500MG	62.606	C
114100	BENZILP BENZ 1200000UI	2.939	C
198115	BENZILP BENZ 1200000UI	48	C
198060	BENZILPEN PROCAÍNA+POTÁSSICA	40	C
115100	BENZILPEN PROCAÍNA+POTÁSSICA	5	C
198108	BENZILPEN PROCAÍNA+POTÁSSICA	3	C
116370	BENZOATO BENZILA 2,5%	693	C
198047	BROMETO DE N-BUTILES	52	C
198022	CAPTOPRIL 25MG	72.154	C
120070	CARBI+LEVODOPA	56.836	C
123290	CEFALEXINA 250MG/5ML	20.433	C
198006	CEFALEXINA 500MG	107.281	C
198133	CETOCONAZOL 200MG	13.561	C
198131	CIPROFLOXACINO 500MG	67.584	C
126110	CIPROFLOXACINO 500MG	5	C
127060	CLORETO DE POTAS	5.465	C
128190	CLORETO DE SODIO 0,9%	7.547	C
129220	CLORPROMAZINA 100MG	82.284	C
198007	CLORPROMAZINA 100MG	29.012	C
198048	CLORPROMAZINA 25MG 10CP	45.990	C
131140	DEXAMETASONA CREM.	99.739	C
133020	DEXCLORFENIRAMIN	26.438	C
198061	DEXCLORFENIRAMINA 2MG	21.292	C
198039	DIAZEPAM 5MG 10CP	18.438	C
134130	DIAZEPAM 5MG 20CP	50.984	C
198040	DIGOXINA 0,25MG	29.495	C
135320	DIGOXINA 0,25MG	4	C
198119	DINIT ISOSSORBIDA 10MG	19.128	C
198132	DINIT ISOSSORBIDA 10MG	28	C
198101	DINIT ISOSSORBIDA 10MG	2	C
136120	DIPIRONA 500MG/ML GTS	89.536	C
137320	DOXICICLINA 100MG	340	C
198136	DOXICICLINA 100MG 20CAPS	1.531	C
138200	ENALAPRIL 10MG	7	C
139200	ENALAPRIL 20MG	11	C
198135	ERITROMICINA 500MG	1.960	C
198098	ERITROMICINA 500MG	19	C
141040	ERITROMICINA SU	1.030	C
198100	FENITOINA 100MG 20CP	338	C
198106	FENOBARBITAL 100MG 20CP	445	C
145220	FLUCONAZOL 100MG	1.756	C
198122	FLUOXETINA 20MG 10CAPS	1	C
146310	FUROSEMIDA 40MG	90	C
147030	GLIBENCLAMIDA 5MG	3.581	C
198009	GLIBENCLAMIDA 5MG	495	C
198041	HALOPERIDOL 1MG 10CP	30.854	C
150070	HALOPERIDOL GT 2MG/ML	7.134	C
193350	LEVONORG+ETINILEST	92.863	C
154270	LEVONORGESTREL 0,75MG	1.751	C
198121	LORATADINA 10MG	47.922	C
198127	LOSARTANA POTASSICA	12	C

2016			
Código	Descrição do produto	Qtd. Dispensada	Curva
155020	MEBENDAZOL 100MG	9.833	C
156020	MEBENDAZOL 100MG/5ML	9.596	C
198043	MEBENDAZOL 20MG/ML	10	C
161040	METOCLOPRAMIDA	2.652	C
198024	METOCLOPRAMIDA 10MG	6.134	C
164040	METRONIDAZOL 200MG/5ML	3.843	C
198028	METRONIDAZOL 250MG	9.376	C
162060	METRONIDAZOL 250MG	2	C
163040	METRONIDAZOL 500MG/5G	10.581	C
165100	MICONAZOL 2% LOC	8.549	C
166330	MICONAZOL 2% PO	861	C
167050	NEOMICINA+BACITRACINA	43.070	C
198120	NIFEDIPINA 20MG 10CAPS	10	C
170160	NISTATINA 100000UI/ML	4.412	C
198107	NISTATINA 100000UI/ML	492	C
169070	NISTATINA 25000UI/1G C.	35.988	C
171300	NORETISTERONA 0,35MG	5.404	C
192190	PARACETAMOL 100MG/ML	5.346	C
174090	PARACETAMOL 200MG/ML	18.460	C
175320	PREDNISONA 20MG	45.768	C
198017	PREDNISONA 5MG	71.473	C
176010	PREDNISONA 5MG	3	C
198050	PRESERVATIVO MASCULINO	33.001	C
178210	PROPRANOLOL 40MG	1	C
180031	SAIS REIDRAT ORAL PO SOL	15.523	C
181200	SALBUTAMOL 2MG	3.318	C
198109	SALBUTAMOL 2MG	4	C
198020	SALBUTAMOL 2MG/5ML XPE	6.062	C
182120	SALBUTAMOL 2MG/5ML XPE	103	C
198117	SINVASTATINA 20MG	110.975	C
198058	SULFA+TRI 200+40MG/5ML	3.813	C
184040	SULFA+TRI 200+40MG/5ML	72	C
183040	SULFA+TRI 400MG+80MG	24.143	C
198059	SULFASALAZINA 500MG	42.170	C
185360	SULFASALAZINA 500MG	6	C
187190	SULFATO FERROSO 2,5%	4.063	C
186060	SULFATO FERROSO 40MG	59.182	C
198116	SULFATO FERROSO 40MG	2	C
188330	TIABENDAZOL 5% POM	3.043	C
189010	VALPROATO SD 50MG/ML	27.021	C
198096	VERAPAMIL 80MG	1.852	C

Fonte: Fiocruz (obtido por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão em <http://www.acesoainformacao.gov.br>)

*Observação: Alguns medicamentos possuem quantitativos maiores que os da coluna *Qtd. Dispensada*, pois são fornecidos em quantidades maiores discriminadas na coluna *Descrição do produto*.