

## A Parceria Público-Privada na Assistência Farmacêutica: o Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”

José Eduardo Manhães da Silva <sup>1</sup>

Lia Hasenclever<sup>2</sup>

**Resumo** A implementação de políticas públicas de assistência farmacêutica ocorria através de ações propositivas e corretivas orientadas pela União e descentralizadas às demais esferas governamentais nas quais são operacionalizadas. Porém, recentemente, essa política pública cria um arranjo institucional com centralização operacional na União e um expressivo vínculo com a iniciativa privada. O objetivo deste artigo é apreciar os resultados da parceria público-privada na AF com a criação do Programa Aqui tem Farmácia Popular (ATFP). A metodologia é uma avaliação aplicada à formulação da política pública de AF e com base em três instrumentos: revisão bibliográfica; correlação linear entre população e renda média *per capita* das localidades atendidas pelo ATFP e georeferenciamento das unidades credenciadas. Os resultados observados indicam que a parceria com a iniciativa privada promoveu a expansão da dispensação de medicamentos básicos e essenciais, porém com forte centralização regional e significativa absorção do orçamento público, fragilizando a assistência farmacêutica pública. Conclui-se que o novo arranjo institucional, além de redundâncias, centralização, tanto na gestão como na composição territorial, absorve a maior parte dos recursos do Estado pela iniciativa privada.

**Palavras Chave:** Assistência Farmacêutica, Arranjo Institucional, Aqui Tem Farmácia Popular, Parceria Público-Privada.

### The Public-Private Partnership in Assistance Pharmaceuticals: the Programa Aqui Tem Farmácia Popular

**Abstract** The implementation of public policies of pharmaceutical assistance (AF, abbreviation in Portuguese) took place by means of propositive and corrective actions guided by the Federal Government and decentralized the other governmental spheres in which they are operated. Recently, however, this public policy has created an institutional arrangement with operational centralization in the Federal Government and a significant Relationship with private initiative. This article aims at evaluating the results of the public-private partnership in the AF with the creation of the Programa Aqui tem Farmácia Popular (ATFP, abbreviation in Portuguese). The methodology is an evaluation applied to the formulation of the AF public policy based on three indicators: bibliographic review; linear correlation between population and average per capita income of the places assisted by ATFP; and georeferencing of accredited units. Results indicate that the partnership with the private initiative fostered the expansion of basic and essential medicines dispensing, but with strong regional centralization and

---

<sup>1</sup> Doutor em Planejamento Regional e Gestão da Cidade da Universidade Cândido Mendes - UCAM/Campos; Professor da Universidade Federal Fluminense (UFF); e-mail: jedums@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutorado em Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora do Programa de pós-Graduação em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da UCAM e Professora Aposentada da UFRJ; e-mail: lia@ie.ufrj.br

significant appropriation of the public budget, weakening the public pharmaceutical assistance. Hence, the new institutional arrangement, besides redundancies, centralization, both in management and in territorial composition, appropriates most of the state resources by private initiative.

**Keywords:** Pharmaceutical Assistance, Institutional Arrangement, Programa Aqui tem Farmácia Popular, Public-Private Partnership.

---

Submetido em 19.11.2020; aprovado em: 30.03.2021

## Introdução

A responsabilidade do Estado quanto à atenção para com o provimento de medidas sanitárias e assistenciais voltadas a atenção para com a saúde de seus cidadãos é indicada por diversos órgãos mundiais e governamentais, com o papel de promover ações voltadas a esse fim (HOGERZEIL; MIRZA, 2011; BRASIL, 2016; OMS, 2017; BRASIL, 2017). Assim, entende-se que o suporte à saúde do indivíduo coloca-se como um direito fundamental a todos os brasileiros, devendo o Estado o estabelecer mecanismos e o direcionamento de recursos para a construção de Políticas Públicas para assistência à saúde da população.

No Brasil, devido sua dimensão territorial de ordem continental, as ações de Assistência Farmacêutica - AF - demandam escalas de financiamento e de logística que se colocam como importantes dimensões no que tange o pleno e correto atendimento as necessidades da população.

A ação do Estado, e nesse contexto inclui-se a AF deve observar o contexto social ao contrário da atuação privada que se utiliza unicamente da lógica da demanda efetiva<sup>3</sup>. Porém, o Estado pode alinhar a iniciativa privada nas ações de saúde, instituindo parcerias público-privadas (PPP), sem desvirtuar o objetivo social na busca por equidade.

O Estado brasileiro, historicamente, tem implementado ações voltadas à assistência a saúde, sendo a de maior amplitude a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (1990) (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012), no sentido de promover um atendimento universal e gratuito. Na AF o arranjo institucional implantado era essencialmente público até 2006. A relação público-privada foi evidenciada, a partir da implementação do “Aqui Tem Farmácia Popular” (ATFP), ainda que em outros serviços de maior complexidade a participação da iniciativa privada desde o início complementou as ações do SUS.

A rede pública de AF no SUS conta com 37.690 Unidades Básicas de Saúde - UBS (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2018), distribuídas em todo território nacional, nas

---

<sup>3</sup> O termo demanda efetiva corresponde à demanda com disponibilidade de renda.

A Parceria Público-Privada na Assistência Farmacêutica:  
o Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”

quais são provisionados medicamentos básicos e essenciais para a população. Em 2004, no governo do então presidente Luís Ignácio Lula da Silva, cumprindo um compromisso de campanha eleitoral, criou o Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB, paralelamente à estrutura do SUS, voltadas ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, com o objetivo de realizar a dispensação principalmente para aqueles pacientes que utilizassem os serviços privados de saúde e não possuíssem condições de adquirir medicamentos para seus tratamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em 2006, o Governo Federal implementa a segunda vertente do PFPB, o ATFP, na qual farmácias da rede privada são credenciadas para atuarem como dispensadores de medicamentos básicos e essenciais. Inaugura-se com este novo Programa a parceria público-privada na AF. Pressupõe-se que, a presença dos estabelecimentos do ATFP, obedeça à lógica econômica privada, ou seja, seus estabelecimentos priorizam o retorno do capital investido, o que é a ordem natural da iniciativa privada capitalista.

Em 2017, a rede de estabelecimentos do ATFP englobava 31.108 unidades credenciadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018), sendo ainda menor (17,4%) do que a rede pública composta pelas UBS e detentora de todas as características pertinentes a iniciativa privada. Porém, ao contrário do que se pode supor, a simples ampliação da oferta de pontos de fornecimento de medicamentos pode não atender as necessidades da sociedade.

Além da dimensão territorial a ser alcançada pelas redes de provisionamento percebe-se o aspecto de financiamento e quanto a esse, no modelo de provisionamento do PFPB, foi instituído o formato de financiamento através do copagamento<sup>4</sup>, que conceitualmente, é um instrumento no qual o usuário arca com uma parcela do valor do medicamento, no caso do ATFP essa parcela é de 10%, sendo a outra parte (90%) subsidiada pelo Estado, com base, no Brasil, em um Valor Referencial<sup>5</sup> (VIANNA, PIOLA; REIS, 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Esse trabalho tem como objetivo observar os impactos referentes a implementação da rede de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais

---

<sup>4</sup> A modalidade de financiamento denominada copagamento é um mecanismo de financiamento com a participação do usuário e tem diversas finalidades dependendo do propósito que a política pública almeje atingir. Pode ser, por exemplo, utilizado como minimizador de uso não racional do consumo de medicamentos, na medida em que ao demandar desembolso do usuário, esse não estará propenso a fazê-lo desnecessariamente mediante gasto próprio; outra finalidade pode ser amenizar o desembolso de recursos públicos para o financiamento da AF (SANTOS-PINTO, 2014).

<sup>5</sup> “Cap. I, Art. 2º, VIII - Valor de Referência (VR): preço referencial fixado pelo Ministério da Saúde para cada princípio ativo e correlato constante do Programa e definido para cada unidade de produto (UP).” (Brasil, Portaria nº 111, de 29 de janeiro de 2016).

com a implementação do AFTP quanto ao: (i) espraiamento territorial, (ii) acesso aos medicamentos e (iii) comprometimento orçamentário por parte do Estado e do usuário.

A hipótese principal é de que: o AFTP promoveu uma expansão no provisionamento de medicamentos básicos e essenciais na AF resultante da rede de atendimento privada já existente, porém, de forma concentrada e com relevante volume de transferência dos pacientes e de recursos da AF pública para o setor privado.

Assim sendo, justifica-se esse trabalho no sentido de analisar os resultados derivados do recente arranjo de política pública de AF (AFTP) organizado através de uma parceria público-privado.

Além dessa introdução e da conclusão, esse artigo está estruturado em três seções. A primeira seção apresentará a concepção teórica e metodológica sobre a qual esse trabalho será desenvolvido. Na segunda seção se fará uma breve contextualização das políticas públicas de assistência farmacêutica no Brasil e na terceira seção, serão apresentados dados e análises sobre o programa AFTP.

### **Referencial teórico e metodológico**

Uma política pública deriva de uma demanda da sociedade e uma posterior tomada de decisões por parte do Estado com o propósito de alcançar uma situação social desejada (SARAVIA, 2007). E essa atuação ocorre através de ações de intervenção socioeconômicas, que visam alterar uma realidade indesejável percebida na sociedade, por meio da determinação de objetivos, estratégias e financiamento (DAGNINO, 2002; SARAVIA, 2007; RUA; ROMANINI, 2013; RODRIGUES; SANTOS, 2017).

Porém, a atuação do Estado na sociedade é uma controvérsia não pacificada e permeia a definição do quanto essa, como agente promotor do equilíbrio socioeconômico, deve ocorrer. Sendo esse debate intensificado, em torno da dimensão e intensidade e da relação com a iniciativa privada (PETERS; PIERRE, 2006; STIGLITZ, 2002, *apud* VICENTE, 2009).

Refletindo a implementação de políticas públicas no Brasil, Graziano (1997) indica que, a organização social brasileira está centrada no Estado, com uma dinâmica que possibilita uma relação bastante próxima entre a atuação dos grupos de interesses, iniciativa privada e os programas estatais, que conforme Lazzarini (2011) pode ser denominado de “capitalismo de laços”, sendo uma ação do Estado marcada pelo uso de “*relações para explorar oportunidades de mercado ou para influenciar determinadas decisões de interesses*” associadas a um “*emaranhado de contatos*,

*alianças e estratégias de apoio gravitando em torno de interesses políticos e econômicos”* (2011, p. 3).

Assim, inserido nesse contexto observa-se o Estado e a iniciativa privada como agentes na estrutura das políticas públicas por meio das interações econômicas e sociais.

A metodologia é uma avaliação aplicada à formulação da política pública de AF e se fará com base em três instrumentos que permitirão a compreensão da parceria público-privada na AF para o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, a saber: (i) revisão bibliográfica pertinente à teoria de Políticas Públicas na construção da AF no Brasil, (ii) cálculo de correlação entre variáveis e (iii) localização das unidades credenciadas do ATFP, através do tratamento de dados por georeferenciamento.

O intervalo temporal visitado para o adequado entendimento do ATFP extrapola o período analisado (2006/2018), visto que esse arranjo de AF é construído a partir de 2004, com a criação do PFPB com uma rede própria de farmácias que foi finalizado em 2018. Os dados foram obtidos diretamente dos sítios eletrônicos de órgãos governamentais tais como: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde - DAF/SCTIE/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Portal Brasileiro de Dados Abertos – PBDA e o Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão – e-SIC, através da Lei de Acesso a Informação - LAI<sup>6</sup>. Os valores monetários utilizados foram deflacionados com base no Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA<sup>7</sup>, sendo o ano base considerado o de 2018, permitindo assim a comparação temporal dos dados. Os índices anuais foram obtidos do IBGE<sup>8</sup>.

A informação referente à renda média *per capita* das regiões do país foi obtida do IBGE (2010), decorrente do Censo Demográfico, que considerou o rendimento nominal mensal das pessoas de 10 anos ou mais de idade. Já a renda média *per capita* dos municípios foi obtida do DATASUS (2010).

Com o objetivo de mensurar a relação existente entre a quantidade de estabelecimentos credenciados do ATFP com as variáveis (i) população de uma região/área e a (ii) renda média *per capita*, será utilizado o Índice de Correlação

---

<sup>6</sup> Cabe destacar, que a dificuldade inicialmente encontrada para obtenção de dados, obstáculo ultrapassada pela ferramenta, acessada pela internet, viabilizada a partir da Lei nº 12.527/11, conhecida como “Lei de Acesso a Informação” – LAI.

<sup>7</sup> O IPCA é o indicador oficial do Governo Federal para aferição das metas inflacionárias, assim como, segundo art. 4º, da Lei nº. 10.742/03 é o índice que deve ser utilizado pela indústria farmacêutica para promover reajustes dos preços dos medicamentos.

<sup>8</sup> Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Índices de Preços, Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor.

Linear. Esse pode ser classificado como uma correlação: (i) positiva quando uma das variáveis aumenta numericamente e a outra variável também aumenta; (ii) negativa quando uma das variáveis decresce numericamente e a outra também decresce e (iii) nula quando os pontos estiverem dispersos, sem definição de direção, sendo então ditas não correlacionadas.

Sendo a interpretação do coeficiente obtido demonstrada na Tabela 1.

**Tabela 1: Interpretação do Índice de Correlação**

Positiva (+)		Negativa (-)	
Coeficiente (r)	Correlação	Coeficiente (r)	Correlação
$r = 1$	Perfeita	$-0,1 \leq r < 0$	Ínfima
$0,8 \leq r < 1$	Forte	$-0,5 < r \leq -0,1$	Fraca
$0,5 \leq r < 0,8$	Moderada	$-0,8 < r < -0,5$	Moderada
$0,1 \leq r < 0,5$	Fraca	$-1 < r \leq -0,8$	Forte
$0 \leq r < 0,1$	Ínfima	$r = -1$	Perfeita
0	Nula		

Fonte: Elaboração própria com base em Barbetta (2007).

Assim, buscaremos identificar se as farmácias credenciadas possuíram, no momento de seu credenciamento, alguma relação quanto ao quantitativo de pessoas residentes e/ou a renda média *per capita* da região.

No escopo territorial, esse artigo demonstrará a dimensão nacional, com o espriamento das unidades do ATEP, através da construção de mapas, o que proporciona uma melhor percepção da distribuição dos estabelecimentos do ATEP no território nacional. Essa distribuição será sobreposta à disposição de renda média *per capita* regional com o objetivo de viabilizar a noção de alocação dos estabelecimentos contraposta ao poder aquisitivo da população conforme sua renda média *per capita*, utilizando-se o software QGIS<sup>9</sup>.

Dessa forma, busca-se compor uma relação adequada entre os dados e a dispersão dos pontos de atendimento de provisionamento de medicamentos, objetivando a caracterização da linguagem cartográfica (ARCHELA; THÉRY, 2008). O posicionamento dos estabelecimentos do ATEP, que compõe esse estudo, deriva da informação referente às suas coordenadas geográficas, composta pela Latitude<sup>10</sup> e Longitude<sup>11</sup>, cuja combinação permite a localização exata em qualquer ponto no Globo Terrestre.

<sup>9</sup> Que é um Sistema de Informação Geográfica (SIG) de Código Aberto, que permite a criação de mapas com várias camadas usando diferentes projeções de camadas (OSGF, 2018).

<sup>10</sup> É a distância medida em graus de um determinado ponto da superfície em relação à Linha do Equador. Pode variar de 0° a 90° e estar ao Norte ou ao Sul (IBGE, 2018).

<sup>11</sup> É a distância medida em graus de um determinado ponto da superfície em relação ao Meridiano de Greenwich. Pode variar de 0° a 180° e estar a Leste ou a Oeste (IBGE, 2018).

Cabe mencionar a observação de inconsistências nas informações referentes às coordenadas geográficas de alguns estabelecimentos do ATFP. No arquivo obtido, endereços de estabelecimentos diferentes foram atribuídos a uma mesma coordenada geográfica, desvirtuando a distribuição original no mapa. Nesses casos, foi realizada uma pesquisa individual, com o endereço cadastrado no arquivo, no “*Google Maps*” e sendo esse endereço identificado, a informação da coordenada geográfica do estabelecimento foi devidamente corrigida.

### **Política Pública de Assistência Farmacêutica no Brasil**

A AF é um processo constituído por várias etapas<sup>12</sup>, logo, não se limita à logística no provisionamento de medicamentos (PORTELA *et al.*, 2010), sendo também uma atividade multidisciplinar, que exige uma articulação constante entre as áreas técnicas, administrativas, financeiras, entidades de classe, universidades e fornecedores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O principal objetivo das ações da AF é melhorar o acesso, por parte da população, aos medicamentos. Sendo esse o desafio para os agentes dos setores público e privado envolvidos com a AF, pois possui uma complexidade derivada do fato de que existem muitos fatores definidores do nível de acesso da população (OMS, 2004). A garantia do acesso aos medicamentos é composta por basicamente, três condições, sendo essas: (i) a disponibilidade, com o medicamento sempre acessível ao paciente, (ii) a acessibilidade, com o medicamento precificado ao alcance do usuário e (iii) a aceitabilidade, sendo o medicamento de confiança para o uso (ASSIS; JESUS, 2012).

As ações de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais para a população deriva da necessidade de se eliminar barreiras de cunho geográfico e financeiro, que formam uma lacuna na demanda por medicamentos (BERMUDEZ *et al.*, 1999, *apud* COSENDEY, 2000), porém, a indisponibilidade de medicamentos é uma realidade mundial e está diretamente relacionada a questões socioeconômicas de cada nação. O acesso aos medicamentos, no caso dos países pobres, é dificultado devido, basicamente, a duas razões: (i) os elevados preços dos medicamentos em relação à renda da população e (ii) a indisponibilidade de medicamentos para tratamento das doenças (PORTELA *et al.*, 2010).

A parceria do estado brasileiro com a iniciativa privada no setor de saúde já pode ser percebida no governo Getúlio Vargas (1930/1945), que adotou uma política de proteção ao trabalhador, expandindo e consolidando direitos trabalhistas e sociais.

---

<sup>12</sup> Seleção de medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação.

Nesse período, a participação do setor privado na saúde, é percebida, de forma relevante, nesse momento financiado pela previdência social (SANTOS; SOARES, 2018).

Já na década de 1970, são formadas redes de serviços privados contratados pelo estado. Nesse período, também, ocorre a vigência de regimes diferenciados de atendimento, conforme os valores de remuneração dos prestadores de serviços (BAHIA, 2001) e também, nessa década, inicia-se o fomento federal a iniciativas privadas e filantrópicas para cobertura de ações de assistência voltadas aos trabalhadores rurais. Posteriormente, essa ação subsidiada, na atenção à saúde levou a previdência social a uma crise, que junto à recessão econômica, existente na ocasião, suscitou reformas (PAIM *et al*, 2011).

Na construção da atual estrutura da AF percebe-se um conjunto de ações, a saber: Central de Medicamentos (1971); Farmácia Básica (1987); Programa Farmácia Básica (1997); Política Nacional de Medicamentos (1998) e Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004).

A partir dessas ações são percebidas mudanças referentes aos objetivos da política pública de AF a serem alcançados. Inicialmente, a AF era voltada as pessoas de menor renda e operacionalizado plenamente pelo Estado. Recentemente, com o ATFP, as ações de dispensação, passam, também, a focar na continuidade de tratamentos independente de uma faixa específica da população, seja de renda ou região. Nesse momento, o Estado delega à iniciativa privada parte da estrutura de dispensação de medicamentos.

Assim, em 2019, o provisionamento de medicamentos básicos e essenciais, ocorre através de três arranjos: (i) através de farmácias privadas ou comerciais, sem subsídios, (ii) aquisição gratuita pelo SUS, totalmente subsidiado, e (iii) através do ATFP, no qual o usuário, não sendo a enfermidade integrante do programa Hiperdia<sup>13</sup>, arca com parcela (10%) do preço do medicamento (LUIZA *et al*, 2018).

A adesão das farmácias privadas ao ATFP ocorre de forma voluntária mediante preenchimento de um cadastro do estabelecimento, sendo necessário o cumprimento de regras, comprovações documentais de caráter fiscal e sanitário, sem exigência de qualquer ordenação geográfica ou populacional (SILVA; CAETANO, 2015).

A implementação do ATFP foi motivada devido a um conjunto de fatores, dentre os quais pode-se destacar: (i) o fato da vertente pública do PFPB, gerenciada pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, em parceria com estados e municípios, ter

---

<sup>13</sup> Devido às dificuldades na obtenção de medicamentos para a continuidade dos tratamentos foi instituído o programa “Saúde Não Tem Preço”, que estabeleceu a gratuidade dos medicamentos a portadores de Diabetes e Hipertensão Arterial (2011) e para Asma (2012), dispensados pelo ATFP (SANTOS-PINTO, 2014; SILVA; CAETANO, 2015).

A Parceria Público-Privada na Assistência Farmacêutica:  
o Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”

demonstrado dificuldades quanto à expansão da rede nas regiões do país *vis-à-vis* aos elevados custos de implantação e manutenção; (ii) a maior capilaridade territorial da rede privada; (iii) a condição de que, os custos fixos e operacionais já estariam cobertos pela receita oriunda da atividade comercial das farmácias privadas e (iv) a *expertise* logística do setor privado, que poderia tornar a política pública de AF mais efetiva (FRENKEL, 2008).

Assim, o ATFP surge como sendo uma salvaguarda das falhas do sistema de provisão de medicamento realizado pelas UBS e uma alternativa para o usuário diante da precariedade da AF no SUS, porém, o que se observa é uma substituição do provisionamento de medicamento através da rede pública pelos estabelecimentos privados, sendo esse último fomentado por verbas públicas (LUIZA *et al.* 2018).

O programa evoluiu com a inserção de medicamentos para atenção de diversas enfermidades contando atualmente com apresentações que englobam 35 princípios ativos<sup>14</sup>, também no formato de copagamento. (SILVA; CAETANO, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Nesse arranjo a dispensação dos medicamentos deve ser realizada com base nos procedimentos dispostos em portaria do Ministério da Saúde<sup>15</sup> e o repasse da União somente é efetuado após verificação da Autorização de Dispensação de Medicamentos e Correlatos, que é processada eletronicamente, via internet<sup>16</sup>, sendo o reembolso efetivado no mês subsequente ao ato de dispensação.

Outra importante característica do ATFP está vinculada ao setor industrial-comercial da saúde e nesse aspecto o programa apresenta-se como alavancador de produção e vendas do mercado farmacêutico brasileiro, que cresce a taxas superiores as desse setor na economia mundial (ANGELL, 2007 *apud* SILVA, 2014). Em 2011 foram vendidas, no mercado varejista do Brasil, 80,5 bilhões de unidades farmacológicas e esse montante teve um crescimento de 11,8% para 2012. Nesse conjunto de vendas, o ATFP significou 6,0%, crescendo ainda mais (7,7%) em 2012, denotando um aumento de dispensações por intermédio do ATFP (IMS, 2012, *apud* PEREIRA, 2013).

Porém, o credenciamento de farmácias para o ATFP provoca um conflito com os estabelecimentos de menor porte ou localizados em regiões distantes. As farmácias

---

<sup>14</sup> Voltados ao tratamento de dislipidemia, doença de Parkinson, glaucoma, osteoporose, rinite e anticoncepcionais.

<sup>15</sup> Portaria nº 111/16.

<sup>16</sup> No ATFP os repasses para a rede credenciada derivam do sistema de vendas no qual os estabelecimentos privados inserem mensalmente as informações da dispensação realizadas, esses dados são transferidos ao DATASUS, via internet, que por sua vez direciona as informações ao Fundo Nacional de Saúde - FNS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

de menor porte não possuem acesso às tecnologias de comunicação exigidas pelo ATFP. Além disso, o custo com constituição e manutenção de um estoque que permita atender, a qualquer momento e volume, o paciente é significativo, fatos que inviabilizam o credenciamento de estabelecimentos pequenos, ao contrário das grandes redes de farmácias. Assim, o ATFP tende a marginalizar os pequenos estabelecimentos varejistas privados, que são, muitas vezes, os que estão instaladas nos pequenos e distantes municípios do Brasil.

Quanto aos preços praticados no ATFP, esses são estipulados por portaria pelo Ministério da Saúde. Esses valores, assim como as práticas do mercado de distribuição farmacêutica, são regulados, revisados e atualizados pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos<sup>17</sup>, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; BRASIL, 2016). Assim, partindo-se dos preços definidos pela CMED, existe uma composição entre o Estado e a iniciativa privada.

Diante disso o Ministério da Saúde tem atuado, recentemente, no sentido de reduzir e estabelecer uma margem geral de 40% para os estabelecimentos do ATFP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018) em relação ao preço de fábrica, que já é superior a margem máxima estipulada para a comercialização de medicamentos nas farmácias privadas (33,0% sobre o preço de fábrica).

Como resultado dessas decisões, a partir de 30/04/2018 os valores repassados pelo Ministério da Saúde as farmácias credenciadas passou a ser apurado através do Sistema de Acompanhamento de Mercado de Medicamentos - SAMMED<sup>18</sup>, que observa o preço máximo e o valor negociado entre o estabelecimento com as distribuidoras de medicamentos. Com essa alteração no cálculo, o MS projetou uma economia em torno de R\$ 800 milhões (ASCOFERJ, 2019).

### **As dimensões do ATFP na Política Pública de AF**

Com o intuito de mensurar as características quanto à cobertura territorial, do volume de financiamento e da proporcionalidade em relação ao quantitativo de população assistida e renda média *per capita*, a seguir serão apresentados os dados do ATFP no período analisado.

O financiamento ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais pode ser tomado como um fator que indica o direcionamento dado, pelos formuladores de uma política pública, quanto à priorização nas ações voltadas a solução de

---

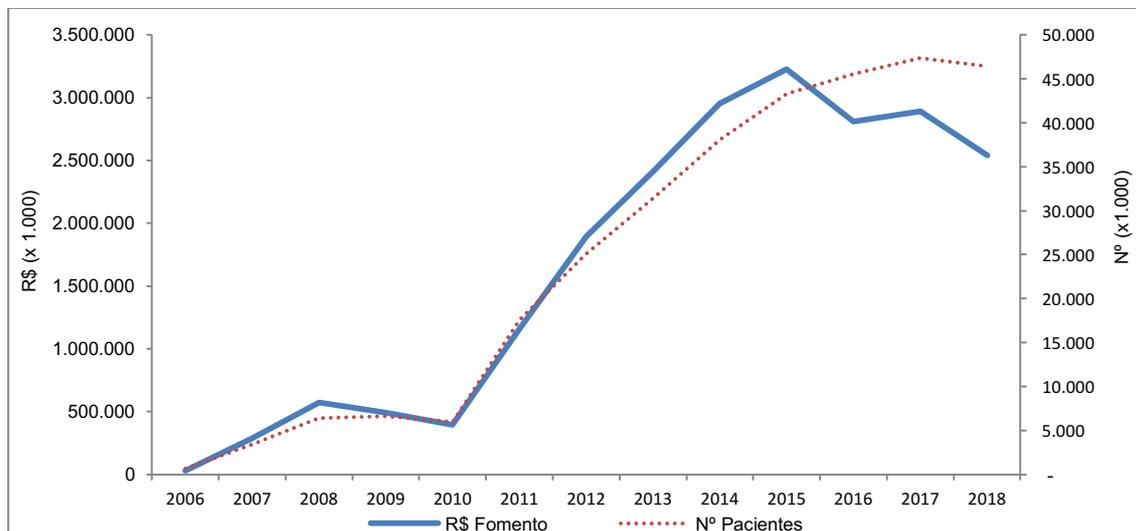
<sup>17</sup> Órgão interministerial, que é responsável pela fiscalização das práticas comerciais da Indústria Farmacêutica e da rede de distribuição, visando assim anular condutas inadequadas que atentem contra o consumidor e o erário público (MS, 2006).

<sup>18</sup> Esses valores serão distintos entre os estados devido às diferenças tributárias.

A Parceria Público-Privada na Assistência Farmacêutica:  
o Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”

deficiências da demanda da sociedade. A partir de 2006, a evolução dos atendimentos e dos repasses do FNS ao ATFP, são mostrados no Gráfico 1.

**Gráfico 1: Atendimento e financiamento no ATFP (R\$ mil constantes - base 2018 - IPCA).**



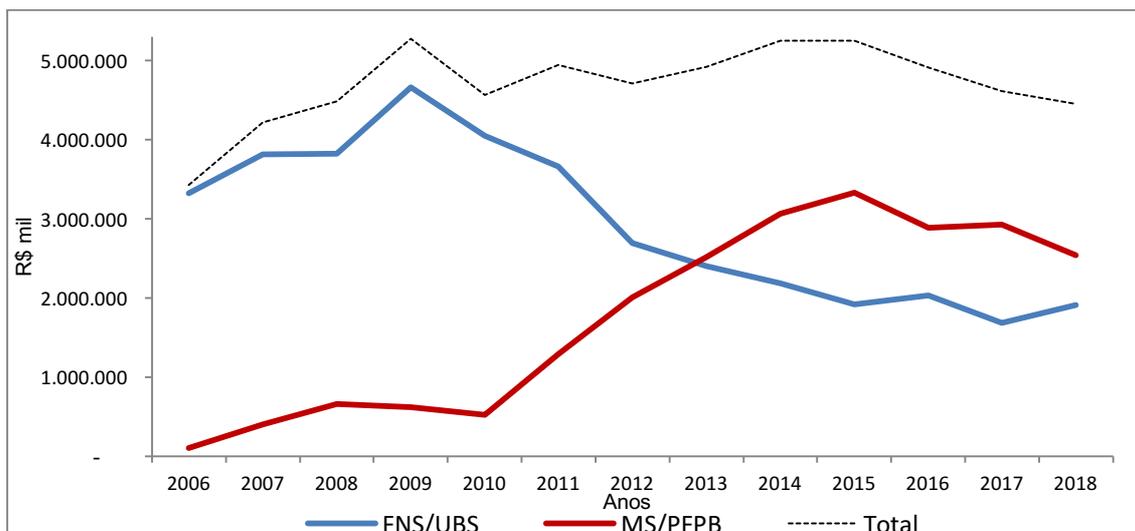
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do LAI/Ministério da Saúde (2019)

Conforme percebe-se, os repasses realizados para o ATFP, com exceção dos anos de 2009, 2010, 2015, 2016 e 2018, nos quais ocorreram redução dos repasses devido a dificuldades orçamentárias do governo, são crescentes e significaram um crescimento médio anual de 23,2%.

A partir de 2015 observa-se um decréscimo no montante dos repasses, muito provavelmente, decorrente da decisão do Ministério da Saúde de redução dos repasses, visto que, o quantitativo de pacientes aumentou. Outro aspecto relevante ao financiamento do ATFP é o fato de que esse não possui teto orçamentário, sendo subsidiado conforme o provisionamento dos medicamentos é realizado, ou seja, o financiamento está subordinado a demanda real no balcão das farmácias, o que implica em um considerável risco orçamentário caso ocorra uma explosão da demanda.

A princípio, a coexistência de dois arranjos de provisionamento demandaria o aumento de financiamento, porém, o montante total repassado para AF, esses realizados pela rede pública do SUS, via UBS, e pelo PFPB tem se mantido no mesmo patamar, conforme é mostrado no Gráfico 2.

**Gráfico 2: Financiamento aos programas de provisionamento de medicamentos básicos e essenciais (R\$ mil constantes base 2018 - IPCA).**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do LAI/Ministério da Saúde (2018).

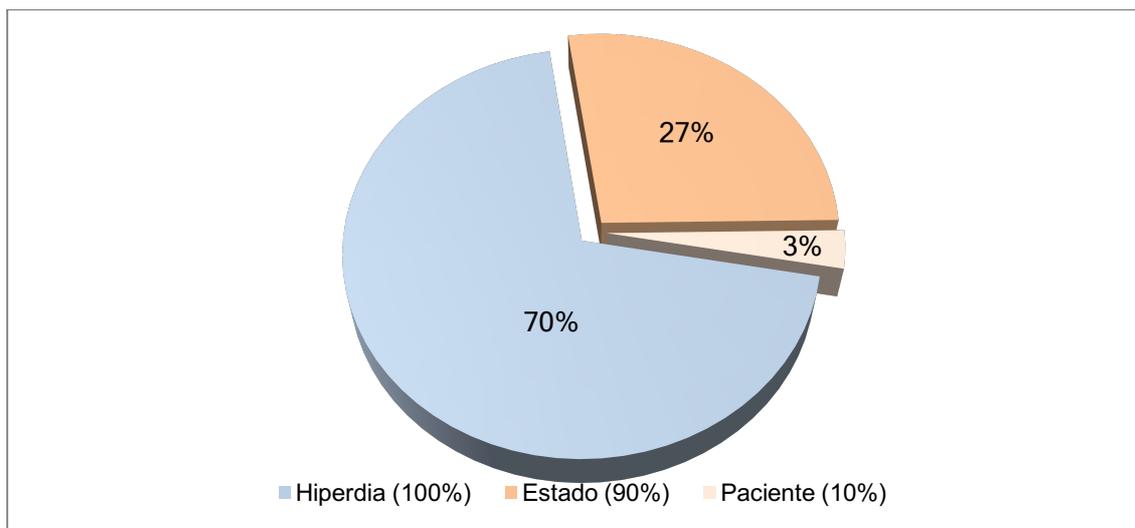
No ano de 2006 o volume de pacientes atendidos pelo ATFP, diante do verificado nos anos seguintes, foi reduzido. Porém, a partir de 2007, o volume de atendimentos reportados pelo Ministério da Saúde (2018) foi mais significativo e tem se mantido crescente, desde então, a taxa média anual de 26,7%.

Em 2009, pode-se observar que ocorre a diminuição no financiamento para a AF promovida pela rede pública do SUS e a partir de 2010 um aumento de financiamento do PFPB, passando, a partir de 2013 a ter uma relação inversa à existente até então. A partir de 2015 verifica-se uma redução mantida até 2018. Em 2018, o montante total do financiamento da AF é 1,3% menor do que o realizado em 2017.

No período de 2006 a 2018, o ATFP atendeu ao total de 317.874 mil pacientes, distribuindo 77.107.315 mil unidades de medicamentos básicos e essenciais, com um valor total no período de R\$21.666.238 mil, esse dividido entre R\$ 15.610.389 mil (Hiperdia) no qual o estado subsidia 100% e R\$6.055.849 mil referentes aos demais medicamentos provisionados nos quais o subsídio, por parte do estado, é de 90%.

A esse montante de financiamento oriundo do estado deve-se acrescentar o montante referente ao copagamento, de provisionamentos não pertencentes ao Hiperdia, que totalização R\$672.872 mil, esses pagos pelos pacientes, elevando para R\$22.339.110 mil o valor de financiamento do ATFP. A participação do estado e do usuário no financiamento do provisionamento realizado no ATFP é demonstrado no Gráfico 3.

**Gráfico 3: Participação no financiamento do provisionamento de medicamentos no ATFP.**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do LAI/Ministério da Saúde (2018).

Assim, a dimensão do financiamento direciona no sentido de que a AF, deixou sua característica pública passando a ser constituída por uma política fortemente caracterizada pela presença da iniciativa privada através de uma rede varejista farmacêutica comercial.

Dessa forma, constata-se uma expressiva transferência de recursos do estado e dos usuários para iniciativa privada, proporcionando outra perspectiva ao conceito de parceria, mas esse aspecto poderá ser desenvolvido em outro artigo, por não ser objetivo desse trabalho.

Desde sua criação o ATFP apresentou uma taxa média de crescimento anual de 21,7% no número de estabelecimentos, mesmo tendo sofrido descredenciamentos nos exercícios de 2016, 2017 e 2018. Segundo o MS, esses descredenciamentos foram motivados por irregularidades como: (i) inatividade de provisionamento por parte do estabelecimento credenciado por mais de 180 dias e (ii) identificação de fraudes.

Entretanto, a análise com foco único no financiamento e no quantitativo de atendimento não permite uma conclusão definitiva sobre a performance do ATFP como canal de distribuição na AF, sendo necessário o exame de outras dimensões como a cobertura territorial e essa dimensão será observada a seguir.

O espraiamento territorial em um país de extensão como Brasil é uma dimensão muito relevante, pois quanto maior for a dispersão da população no território, maior terá que ser o esforço logístico e de financiamento para disponibilizar o serviço. Sendo o nível de renda *per capita* das populações atendidas outro importante aspecto a ser observado. A Tabela 2 apresenta a distribuição das unidades do ATFP

no território nacional, assim como sua relação com: (i) a concentração populacional e (ii) a renda média *per capita* regional.

**Tabela 2: Relação População, Renda média *per capita* e Unidades ATFP por Região do País - 2018.**

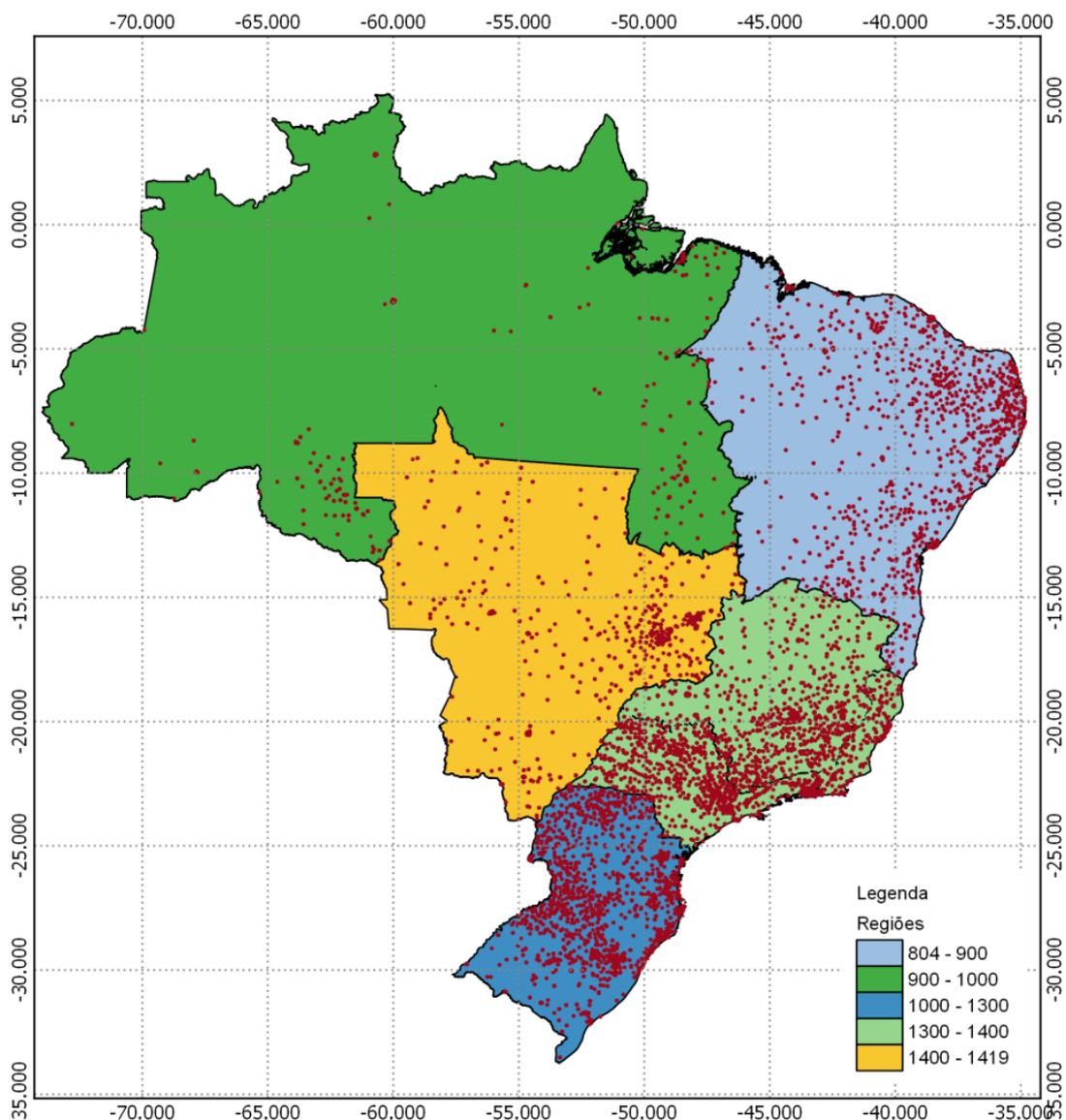
Região	Municípios					Unidades		% Pop.	Renda Média <i>per capita</i> (R\$)
	Sem ATFP		Com ATFP		Total	ATFP			
	Unid.	%	Unid.	%		Unid.	%		
Centro-O	38	2,4%	126	3,2%	164	1.317	4,2%	7,6%	1.419,80
Nordeste	839	52,0%	957	24,2%	1.796	4.678	15,0%	27,6%	804,89
Norte	304	18,8%	147	3,7%	451	1.004	3,2%	8,6%	954,40
Sudeste	210	13,0%	1.455	36,8%	1.665	13.959	44,9%	41,9%	1.396,88
Sul	223	13,8%	1.271	32,1%	1.494	10.150	32,6%	14,3%	1.280,51
<b>Total</b>	<b>1.614</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.956</b>	<b>100,0%</b>	<b>5.570</b>	<b>31.108</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>-</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE (população/2017), DATASUS (renda/2010) e Ministério da Saúde (PFPB/RP).

No Brasil existem 1.614 municípios (29,0%) sem farmácias credenciadas pelo ATFP, sendo o Centro-Oeste a região com menos municípios atendidos (38), seguida pela região Sudeste (210). As unidades do ATFP estão presentes em 3.956 (71,0%) dos municípios do Brasil, com maior intensidade no Sudeste, segunda maior renda *per capita*, com 13.959 unidades (44,9%), para atender a 41,9% da população brasileira residente nessa região. Em termos de unidades instaladas, o Centro-Oeste detêm 1.317 unidades (4,2%), o Nordeste tem 4.678 unidades (15,0%), o Norte com 1.004 unidades (3,2%) e o Sul com 10.150 unidades (32,6%).

Nas regiões Sudeste e Sul encontram-se 77,5% das unidades do ATFP, o que evidencia a lógica do mercado de alocação dos estabelecimentos privados, concentrando-se em regiões mais populosas e com renda *per capita* mais elevada (Mapa 1).

**Mapa 1: Programa Farmácia Popular do Brasil – ATFP**



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do PBDA (2018) e Forest-Gis (2018).

A mensuração da escala territorial do ATFP também pode ser mensurada através do Índice de Correlação Linear. Esse cálculo baseia-se na relação entre a quantidade de estabelecimentos desse arranjo, a população e a renda média *per capita* de cada região do Brasil.

A correlação entre o número de unidades do ATFP, no âmbito nacional com a população é positiva, de 0,2112, significando uma fraca relação entre essas variáveis. Já a correlação entre o número de unidades e renda média *per capita* é ainda menor, de 0,1237, denotando uma fraca relação entre as variáveis. Isso significa que, a implementação de unidades do ATFP possui pouca relação com o quantitativo da população residente e menos ainda com a renda média *per capita* nacional, o que contraria a lógica do mercado, mas se explica pela amplitude do território brasileiro, composto por muitas regiões com baixa renda *per capita*.

## Conclusões

A construção da política de AF no Brasil ocorre por meio de um processo evolutivo e recentemente a ampliação da rede de atendimento por meio de um novo arranjo através da parceria público-privada, assim, em 2018, a dispensação de medicamentos básicos e essenciais apresentava-se estruturada sob dois arranjos, sendo um alicerçado na estrutura pública (SUS) e outro arranjo assentado na rede privada de farmácias, essa pautada na lógica privada de atuação e na busca de resultados e ainda caracterizada pelo risco de danificar a composição orçamentária do Estado no setor da saúde.

Quanto aos objetivos estabelecidos para esse trabalho, após a análise dos aspectos demonstrados quanto ao: (i) espraiamento da rede do ATFP, observa-se que essa ampliou a rede de atendimento, com maior volume de dispensação e uma expansão significativa na dispensação de medicamentos básicos e essenciais, porém, sua presença é concentrada territorialmente em regiões com maior densidade populacional e renda média *per capita*. A explicação desse aspecto fundamenta-se no fato de que uma farmácia privada ao ser instalada visa proporcionar retorno do capital investido e assim buscará locais com maior densidade populacional, nos quais haverá maior demanda, inclusive de medicamentos básicos e essenciais subsidiados pelo Estado.

Já quanto ao contexto do financiamento do ATFP, esse tem apresentado contínuo crescimento anual, sendo esse, desde 2013, superior ao financiamento da rede pública de provisionamento de medicamentos básicos, o que caracteriza um redirecionamento de recursos financeiros na política pública de AF para o setor privado. Além disso, o fato de que o ATFP não possui teto orçamentário implica em um considerável risco para o orçamento da saúde caso ocorra uma explosão da demanda, fazendo-se necessárias ações no sentido de evitar um colapso orçamentário na política pública de AF.

Outra situação referente ao provisionamento de medicamentos básicos e essenciais na rede pública relaciona-se ao risco de privatização das UBS, contrariando uma política fundamentalmente pública até o ano de 2006. Esse risco se justifica, porque dada a ausência de investimentos públicos, na manutenção e ampliação da rede de UBS e as muitas dificuldades enfrentadas por elas para prestarem adequadamente os serviços de dispensação de medicamentos, o risco delas serem consideradas ineficientes e a solução de sua privatização, traria um prejuízo ao caráter universal e gratuito de saúde do SUS.

A conclusão desse artigo é de que o ATFP promoveu melhorias na AF resultante da expansão da rede de atendimento pelas farmácias privadas

credenciadas, porém, de forma concentrada e com forte transferência de recursos da AF pública para a iniciativa privada.

## Referências

ARCHELA, Rosely Sampaio; THÉRY, Hervé. Orientação metodológica para construção e leitura de mapas temáticos. *Confins*, França, n. 3, p. 01-10. Disponível em: <http://confins.revues.org/3483>. Acesso em: 23 jun. 2018.

ASCOFERJ. Farmácia Popular do Brasil. 2017. Disponível em: <https://ascoferj.com.br/noticias/governo-ajusta-programa-farmacia-popular/>. Acesso em: 04 maio 2019.

ASSIS, Marluce Maria Araújo de; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de Saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BAHIA, Lígia. A saúde nos governos petistas: políticas públicas antagônicas. In: Maringoni, G. e Medeiros, J (orgs). *Cinco Mil dias de Lulismo: o Brasil na era do lulismo*. São Paulo: Boitempo/ Fundação Lauro Campos, 2017, pp. 221-228.

BARBETTA, Pedro Alberto. *Estatísticas Aplicadas às Ciências Sociais*. 7. ed. Florianópolis: UFSC, 2007. 315 p.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 22 set. 2017.

BRASIL. Portaria nº 111, de 28 de janeiro de 2016. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 104. 2016.

BRASIL. PEC nº 241, 16 de dezembro de 2016. Teto dos Gastos Públicos Federais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 2, col. 2. 2016.

BRASIL. Portaria nº 2.001, de 15 de agosto de 2017. Normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Edição: 156, seção 1, p. 41. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 22 de setembro de 2017. Revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Edição: 183, seção 1, p. 68. 2017.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias. *Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: um Estudo Multicêntrico em 5 Estados do Brasil*. 2000. 358 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

DAGNINO, Renato. *Metodologia de análise de políticas públicas*. Campinas: Unicamp, 2002. Disponível em: <http://www.oei.es/salactsi/rdagnino1.htm>. Acesso em: 25 jan. 2018.

DATASUS. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

FRENKEL, Jacob. Programas de acesso aos medicamentos: ações diretas do governo e/ou mecanismos de mercado. *In*: GADELHA, Carlos Augusto et al. Saúde e indústria farmacêutica em debate. São Paulo: Cubzac, 2008. p. 123-141.

GRAZIANO, Luigi. O lobby e o interesse público. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 12, n. 35, p.1-12. 1997.

HOGERZEIL, Hans V.; MIRZA, Zafar. The world medicines situation 2011: access to essential medicines as part of the right to health. Geneva: World Health Organization, 2011. 14 p. Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18772en/s18772en.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Comp.). Censo demográfico: 2010. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 13 fev. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência de Notícias. Síntese de Indicadores Sociais. Brasília: IBGE, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/23299-pobre>. Acesso em: 07 maio 2018.

LUIZA, Vera Lucia *et al.* Fortalezas e Desafios dos modelos de provisão e financiamento de medicamentos. *In*: HASENCLEVER, Lia et al. (org.). Vulnerabilidades do Complexo Industrial da Saúde. Rio de Janeiro: E-papers, 2018. cap. 7. p. 213-252.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Farmácia Popular do Brasil - Rede própria. Brasília: MS, 2004. 76 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Aqui Tem Farmácia Popular. 2006. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular/sobre-o-programa>. Acesso em: 09 fev. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília, DF: Círculo de Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/component/tags/tag/daf>. Acesso em: 25 abr. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estrutura do SUS. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus>. Acesso em: 16 abr. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. 2017. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organiz>. Acesso em: 15 fev. 2018.

A Parceria Público-Privada na Assistência Farmacêutica:  
o Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”

OMS. Organização Mundial da Saúde. Equitable Access to essential medicines: a framework for collective action: 2004. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 12 mar. 2018.

PAIM, Jaimilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, London, p.11-31, 2011.

PEREIRA, Marco Aurélio. Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal. 2013. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

PETERS, Guy; PIERRE, Jon (ed.). Handbook of public policy. Londres: Sage Publications, 2006. 525 p.

PORTELA. Alyne da Silva *et al.* Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, Campina Grande, v. 1, n. 31, p. 9-14, 24 abr. 2010.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. São Paulo: UNASUS-UNIFESP, 2012, 18 p.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares (Org.). Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. 224 p.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. Para aprender Políticas Públicas. Brasília: Instituto de Gestão, Economia e Políticas Públicas, 2013.

SANTOS, Rosana Isabel dos; SOARES, Luciano (Org.). Saúde e Cidadania. In: Rosana Isabel dos Santos *et al.* (Florianópolis) (Org.). Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica. Florianópolis: UFSC, 2018. cap. 2, p. 59-112.

SANTOS-PINTO, Claudia Du Bocage. Copagamento como Ampliação do Acesso a Medicamentos: Programa Farmácia Popular do Brasil. In: Osório-de-Castro, Claudia Garcia Serpa et al. Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. cap. 24. p. 355-362.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (org.). Políticas públicas. Brasília: Enap, 2007. p. 21-42.

SILVA, Rondineli Mendes da. Programa “Aqui tem Farmácia Popular”: expansão entre 2006-2012 e comparação com os custos da assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 2014. 324 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da UERJ, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SILVA, Rondineli Mendes da; CAETANO, Rosângela. Programa: caracterização e evolução entre 2004-2012. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2943-2956, out. 2015.

VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; REIS, Carlos Octávio Ocké. Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do copagamento. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, v. 1, n. 17, p. 106-171, 1998.

VICENTE, Maximiliano Martin (org.). A crise do Estado de bem-estar social e a globalização: um balanço. São Paulo: Unesp, 2009.