



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS – FCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA – PPGG
MESTRADO EM GEOGRAFIA**

MADECLEIDE REZENDE GOMES

**UMA ANÁLISE GEOGRÁFICA DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO
BRASIL NA CIDADE DE DOURADOS**

**DOURADOS – MS
2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS – FCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA – PPGG
MESTRADO EM GEOGRAFIA**

MADECLEIDE REZENDE GOMES

**UMA ANÁLISE GEOGRÁFICA DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO
BRASIL NA CIDADE DE DOURADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia – nível Mestrado, da Faculdade de Ciências Humanas, da Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Adáuto de Oliveira Souza

**DOURADOS – MS
2018**

**“UMA ANÁLISE GEOGRÁFICA DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO
BRASIL NA CIDADE DE DOURADOS”**

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente / Orientador

Prof. Dr. Adáuto de Oliveira Souza

1º Examinadora

Profª Drª Lisandra Pereira Lamoso

2º Examinadora

Profª Drª Catia Paranhos Martins

Dourados, 05 de outubro de 2018.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

G633a Gomes, Madecleide Rezende

Uma análise geográfica do Programa Farmácia Popular do Brasil na cidade de Dourados.
[recurso eletrônico] / Madecleide Rezende Gomes. -- 2019.
Arquivo em formato pdf.

Orientador: Adáuto de Oliveira Souza.
Dissertação (Mestrado em Geografia)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2018.
Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:
<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

1. SUS. 2. Assistência Farmacêutica. 3. Programa Farmácia Popular do Brasil. 4. Medicamentos essenciais. 5. Universalização de acesso aos medicamentos. I. Souza, Adáuto De Oliveira. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me conduzido em todos em momentos de minha vida.

A minha família pela paciência e compreensão nos momentos de ausência.

De forma muito especial agradeço ao meu filho Gladstone que colaborou também com o registro fotográfico para este trabalho, ao meu esposo André pelo apoio e companheirismo.

Aos meus pais e irmã que sempre que necessário compareciam para contribuir de uma forma ou de outra.

A Lívia pelo simples fato de existir e ter sido gerada no desenvolvimento deste trabalho.

A minha mãe Rosangela que sempre me incentivou a buscar o conhecimento e a nunca desistir, por ser meu anjo da guarda.

Aos meus alunos por me ensinarem cada dia um pouco mais sobre Geografia e por terem me despertado a busca pelo conhecimento.

Ao amigo Diones Soares de Oliveira por sua colaboração com os mapas.

A amiga Carmem por sua colaboração em trabalho de campo e amparo em momentos angustiantes.

Ao Professor Dr. Adáuto de Oliveira Souza por ter me direcionado sempre que necessário com discussões e ensinamentos e pela paciência dispensada desde o primeiro momento, colaborando para o crescimento como acadêmica e como pessoa.

Aos professores do Programa de Mestrado em Geografia da Universidade Federal da Grande Dourados.

As professoras Lisandra Pereira Lamoso e Catia Paranhos Martins, pela disposição e contribuição com a pesquisa durante a qualificação.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual do faturamento e quantidade de apresentações comercializadas em 2015, por tipo de produto	55
Gráfico 2 - Municípios atendidos pelo Programa até maio de 2017	68
Gráfico 3 - Número de farmácias credenciadas no Programa	69
Gráfico 4 - Municípios atendidos pela Rede Própria	70
Gráfico 5 - Unidades da Rede Própria	70
Gráfico 6 - Evolução da rede Ultra Farma - 2012 a 2016	134

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Extrato de convênio entre Ministério da Saúde e Hospital Evangélico de Dourados	98
Quadro 2 - Relação de rede própria do “Farmácia Popular” em Mato Grosso do Sul	123

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Vista frontal da 1ª farmácia que aderiu ao PFPB, em Dourados (MS)	24
Figura 2 - A atual Farma REAL – A primeira de suas 05 unidades comerciais	24
Figura 3 - Organograma de Gestão do Programa Farmácia Popular	27
Figura 4 - <i>Banner</i> de identificação: obrigatoriamente afixada na fachada das unidades	77
Figura 5 - Inserção do PFPB nas Políticas de Medicamentos no Brasil	84
Figura 6 - Aspecto da manifestação popular contra a “PEC Fim do Mundo”	87
Figura 7 - comunicado de fechamento da Unidade Própria em Ourinhos	89
Figura 8 - Estrutura da Unidade Própria Fechada em Ourinhos/SP	90
Figura 9 - Vista frontal da Unidade Própria em Dourados (desativada em 2013)	96
Figura 10 - Print screen com a resposta do e-SIC	99
Figura 11 - Perímetro Urbano de Dourados: distribuição das Unidades Farmacêuticas do Programa Farmácia Popular do Brasil	111
Figura 12 - Aspecto da farmácia Preço Popular em Dourados	113
Figura 13 - Vista da fachada frontal da Farmácia Popular	114
Figura 14 - Um print screen com a vista frontal da Farmácia Santa Rita	115
Figura 15 - Farmácia Santa Rita – não credenciada, após reforma	115
Figura 16 - Farmácia Antes da Reforma	116
Figura 17 – A mesma farmácia após a reforma	116
Figura 18 - Farmácia Bom Jesus – não credenciada	117
Figura 19 - Farmácia com detalhe do freezer na cor vermelha	117
Figura 20 - Vista parcial da Drogasil em Dourados	129
Figura 21 - Vista de uma das unidades da Pague Menos	130
Figura 22 - Unidade inaugurada em julho de 2018, em Dourados	131
Figura 23 - Fachada da Minas Farma	132
Figura 24 - Drogaria Ultra Popular	133

LISTA DE SIGLAS

ABRAFARMA - Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias
ABS - Atenção Básica na Saúde
AF – Assistência Farmacêutica
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BSM - Brasil Sem Miséria
CAF - Coordenação da Central de Abastecimento Farmacêutico
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEF- Caixa Econômica Federal
CEME – Central de Medicamentos
CF – Constituição Federal
CFF – Conselho Federal de Farmácia
CIB - Comissão Intergestores Bipartite,
CNMAF - Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
CNS - Cartão Nacional de Saúde
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CPF- Cadastro Pessoa Física
CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito
CRM - Customer Relationship Managemen
CSU - Centro Social Urbano
DAF – Departamentos Assistência Farmacêutica
DEM - Democratas
DIU - Dispositivos Intrauterinos
DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EC – Emenda Constitucional
EM – Exposição de Motivos
ENAFPM - Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos
FEBRAFARMA – Federação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FPB - Farmácia Popular do Brasil
FGV – Fundação Getúlio Vargas

FURP - Fundação do Remédio Popular
H1N1 - Hemaglutinina, neuraminidase.
IAFAB - Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES - Instituições de saúde e de Ensino Superior
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LAFEPE - Laboratório Farmacêutico de Pernambuco
LOS - Lei Orgânica da Saúde
ME - Medicamentos Essenciais
MS – Mato Grosso do Sul
MS - Ministério da Saúde
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONGs - Organizações Não-Governamentais
OSS - Organizações Sociais de Saúde
PAC - Programa de Aceleração do Crescimento
PAM - Farmácia Saúde Mental
PEC - Proposta de Emenda à Constituição
PFB - Programa Farmácia Básica
PFL - Partido da Frente Liberal
PFPB - Programa Farmácia Popular do Brasil
PITCE - Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM - Política Nacional de Medicamentos
PNH - Política Nacional de Humanização
POF - Pesquisa de Orçamento Familiar
PROVEME - Programa de Verificação de Medicamentos
PSB - Partido Socialista Brasileiro
PT – Partido dos Trabalhadores
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SasiSUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SNTP - Saúde Não Tem Preço

SM - Salário Mínimo

SNTP - Saúde Não Tem Preço

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU - Tribunal de Contas da União

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

UNICEF - United Nations Children's Fund

URMI - Coordenação da Unidade Reguladora de Medicamentos e Insumos

VR - Valor de Referência

“De modo geral, quer me parecer que o homem contemporâneo está mais escravizado aos remédios do que às enfermidades. (...) Estou confuso e difuso, e não sei se jogo pela janela os remédios que médicos, balconistas de farmácia e amigos dedicados me receitaram, ou se aumento o sortimento deles com a aquisição de outras fórmulas que forem aparecendo, enquanto o Ministério da Saúde não os desaconselhar, e não sei, já agora, se deve proibir os remédios ou proibir o homem. Este planeta está meio inviável.”

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo polar analisar o Programa “Farmácia Popular do Brasil” nas Redes Farmacêuticas e Drogarias da Cidade de Dourados (MS), buscando caracterizar o seu processo de implantação, funcionamento e espacialização na mencionada cidade. Como procedimentos de pesquisa nos baseamos no tripé: levantamento bibliográfico, documental e entrevistas com os sujeitos envolvidos nesta ação programática. O Programa “Farmácia Popular do Brasil” foi criado em 2004, na 1ª gestão do então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (PT 2003-2006) com o objetivo de prestar assistência farmacêutica para qualquer brasileiro com algum tipo de doença crônica, não importando se o mesmo foi atendido em instituição pública ou privada do sistema de saúde. Portanto, o objetivo do Programa é ampliar/universalizar o acesso da população a medicamentos essenciais e diminuir o impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar. Assim a assistência farmacêutica foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) expressa a relevância atribuída a ela no âmbito da Atenção à saúde. Nesse sentido, o Programa foi executado pelo Governo Federal, através da FIOCRUZ em parceria com os governos municipais e contemplava até 2017, duas modalidades de atendimento: a rede própria e a rede particular conveniada. Atualmente, o mencionado Programa expandiu-se em praticamente todos os municípios brasileiros, mediante o eixo chamado “Aqui Tem Farmácia Popular”, que são as farmácias privadas conveniadas, com o sistema de copagamento, no qual o paciente/usuário paga um percentual do preço do medicamento. Esse processo no qual é instituído o copagamento amplia a capilaridade do acesso ao medicamento, mas contraditoriamente, há uma apropriação do mercado farmacêutico de uma política pública e, como decorrência perde-se os princípios da assistência farmacêutica, conforme defendido e conquistado pelo Movimento Sanitário Brasileiro. Constatamos que em Dourados, o “Farmácia Popular” começou a funcionar em 2006, na gestão do então Prefeito Laerte Tetila e atualmente são 42 farmácias privadas credenciadas, especialmente localizadas de maneira punctiforme no interior do perímetro urbano. Ademais, constatamos também que a unidade da rede própria foi fechada em 2013. Em escala nacional a Rede Própria foi desativada em agosto de 2017, pelo governo Michel Temer, num contexto de contrarreformas neoliberais. Portanto, um redirecionamento do fundo público para assegurar as condições gerais de produção e reprodução do capital. Este processo reforça uma lógica de custo-benefício para as discussões relativas à proteção social, deixando em segundo plano as discussões sobre os direitos sociais enquanto conquista da sociedade brasileira.

Palavras chaves: SUS; Assistência Farmacêutica; Programa Farmácia Popular do Brasil; Medicamentos essenciais; Universalização de acesso aos medicamentos.

ABSTRACT

This work aimed to analyze the "Popular Pharmacy of Brazil" Program in the Pharmaceutical Networks and Drugstores in the City of Dourados (MS), aiming to characterize its process of implantation, operation and spatialization in the aforementioned city. As research procedures we rely on the tripod: bibliographical, documentary and interviews with the subjects involved in this programmatic action.

The "Popular Pharmacy of Brazil" Program was created in 2004, in the 1st management of then President Luiz Inácio Lula da Silva (PT 2003-2006) with the objective of providing a pharmaceutical assistance to any Brazilian with some kind of chronic disease, regardless of if the same was attended in a public or private institution of the health system. Therefore, the objective of the Program is to broaden / universalize the population's access to essential medicines and to reduce the impact caused by drug spending in the family budget.

The way in which pharmaceutical care was incorporated into the Unified Health System (SUS) expresses the relevance attributed to it in the health care context. In this sense, the Program is executed by the Federal Government, through FIOCRUZ in partnership with municipal governments and contemplated until 2017, two types of service: the own network and the private network. Currently, the aforementioned Program has expanded in practically all Brazilian municipalities, through the axis called "Aqui Tem Farmácia Popular", which are the private pharmacies, with the copayment system, in which the patient / user pays a percentage of the price the medication.

This process in which the copayment is introduced broadens the capillarity of access to the drug, but contradictorily, there is an appropriation of the pharmaceutical market of a public policy and, as a result, the principles of pharmaceutical assistance are lost as defended and conquered by the Brazilian Sanitary Movement. We find that in Dourados, the "People's Pharmacy" began to operate in 2006, in the management of the then Mayor Laerte Tetila and currently are 42 accredited private pharmacies, spatially located in a punctual way within the urban perimeter

In addition, we also note that the unit's own network was closed in 2013. On a national scale, the Own Units were deactivated in August 2017 by the Michel Temer government in a context of neoliberal counter-reforms. Therefore, a redirection of the public fund to ensure the general conditions of production and reproduction of capital. This process reinforces a cost-benefit rationale for discussions on social protection, leaving behind discussions about social rights as a conquest of Brazilian society.

Keywords: SUS; Pharmaceutical care; Program Popular Pharmacy of Brazil; Medicines essential; Universalization in access to medicines.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2 – PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: Contexto histórico e características fundantes.....	38
2.1 Objetivos do Programa	58
2.2 - Implantação do Programa.....	66
2.3 – O seu processo de operacionalização	72
2.4 - Recursos destinados ao Programa	84
2.5 - A “PEC do fim do mundo”.....	85
3 - O “FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL” NA CIDADE DE DOURADOS.....	92
3.1 - A rede privada “AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR”	106
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	142

1. INTRODUÇÃO

Iniciamos nosso percurso como pesquisadora ainda na graduação na modalidade de Iniciação Científica no ano de 2008 com o projeto intitulado “O Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira no Mato Grosso do Sul: estudo de caso da sub-região Dourados”. Como desdobramento dessa temática inicial fizemos a monografia de conclusão de curso: “Política governamental e desenvolvimento produtivo: uma análise do Arranjo Produtivo Local da Piscicultura na sub-região de Dourados no contexto do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira”, (GOMES, 2010).

Findada a graduação, desde 2011 estamos atuando como professora no Ensino Fundamental e Médio da rede estadual de ensino, no município de Itaporã (MS).

Essa experiência na Educação Básica nos conduziu ao sentimento de necessidade de retornarmos à universidade para prosseguirmos com o processo de formação profissional, agora na pós-graduação. Retornamos na condição de aluna especial na disciplina “Estado e Desenvolvimento Capitalista no Brasil”. Tal iniciativa teve como desdobramento o exame de seleção do mestrado com o projeto “Política governamental e desenvolvimento produtivo: uma análise do Arranjo Produtivo Local da Piscicultura na sub-região de Dourados no contexto do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira” que era fundamentalmente uma retomada dos estudos anteriores.

Em termos pessoais e acadêmicos a ideia central era aproveitarmos a experiência e as leituras anteriores, mas inegavelmente era potencializar o tempo, ou seja, aproveitar o material pré-existente e concentrar-se na preparação para o exame de seleção do programa. Obtivemos êxito na estratégia.

Porém, após ter ingressado no Programa foi possível perceber - através de alguns levantamentos preliminares, de conversas e reflexões - que não seria uma temática que se justificaria naquela conjuntura, até porque o programa de indução aos piscicultores e a própria Cooperativa “MS PEIXE” encontravam-se “adormecidos” em suas ações.

Mudanças ministeriais – justificadas pela crise econômica de 2008, mas também a crise política que se instalou no país – determinaram a interrupção de vários projetos governamentais, dentre os quais o da piscicultura, inclusive com a extinção do Ministério da Pesca e Aquicultura, em outubro de 2015.

Nesse contexto, optamos por continuar estudando as políticas governamentais, todavia, elegemos outro Programa para investigação. Nesse sentido, decidimos investigar o

Programa “Farmácia Popular do Brasil” e o seu processo de implantação, operacionalização, especialização e perspectivas em Dourados.

Conforme Alencar (2016, p. 14), o debate acerca da elaboração de política de medicamentos é intenso em escala mundial, haja vista que representa um elemento expressivo nas despesas totais em saúde e, conseqüentemente, nas discussões e nas práticas sobre as reformas dos sistemas de saúde. Em suas palavras:

Tendo como referência o século XX, desde a década de 1970 já havia, no contexto internacional, discussões sobre a necessidade de que os países implementassem políticas de medicamentos. Essas discussões foram motivadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e tiveram como foco a acessibilidade, a disponibilidade e o uso racional, tendo produzido documentos norteadores para a elaboração dessas políticas (...). Contudo, até 2011, 60 países do mundo ainda não reconheciam o direito à saúde em suas respectivas Constituições, persistindo iniquidades na saúde, de modo que, pelo menos um terço da população mundial não tem acesso regular a medicamentos (WHO, 2011). Observa-se ainda que, no cenário mundial, a disponibilidade de medicamentos essenciais no setor público é menor que no setor privado, havendo grandes desigualdades na disponibilidade e no acesso desses medicamentos e, ainda, preços excessivos (...).

Estudando a problemática do uso racional de medicamentos, Bermudez (2018, p.1943), argumentam que:

O uso racional de medicamentos tem sido apontado, juntamente com o acesso a medicamentos de qualidade, como objetivo central de uma política de medicamentos. A partir do marco da Conferência de Nairobi, se reconheceu que os benefícios do acesso não se concretizam, ou mesmo perdem, se os medicamentos não forem usados de forma adequada. Há uma tendência atual de adotar a designação de “uso apropriado de medicamentos” (UAM) em lugar de “uso racional”, uma vez que o mal uso pode ser respaldado por racionalidades espúrias.

A distribuição de medicamentos em qualquer nível de atenção à saúde é uma das atividades da assistência farmacêutica, pois o “medicamento é um produto farmacêutico com finalidades profiláticas, curativas, paliativas ou para fins de diagnóstico” (Brasil, 2002, p.36).

Assim, o medicamento em sua complexidade se insere em um conjunto de atividades que possibilita a sua existência e manutenção no mercado e na sociedade, produzindo deste modo repercussão no processo de produção espacial. Tais atividades são compreendidas, no geral, pela pesquisa, desenvolvimento, produção, seleção para uso nas populações conforme

critérios específicos, distribuição (aos serviços de saúde e indivíduos), consumo (compreendendo a prescrição, a dispensação, o uso, avaliação de sua utilização e o descarte adequado) e serviços farmacêuticos. Igualmente insere-se nesse conjunto ações da vigilância sanitária concernentes ao controle de qualidade, eficácia e segurança, sendo essas atribuições do Estado – via agências reguladoras - objetivando a mediação entre a produção de bens e serviços – que portam benefícios, mas também carregam riscos – e a saúde da população (COSTA, 1999).

Na compreensão de Alencar (2016) esse conjunto articulado de atividades envolvendo o medicamento possibilitando a manutenção do ciclo econômico produtivo, bem como sua inserção nas práticas de saúde, é concebido como assistência farmacêutica (AF).

Historicamente a primeira definição de AF, no Brasil, ocorreu no 1º Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos (ENAFPM), em 1988, já no final das discussões da Constituinte. Ei-la:

(...) um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde no nível individual ou coletivo, centrado no medicamento. Dentro desta concepção a assistência farmacêutica engloba atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição, dispensação, entendida esta como ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado e farmacovigilância do medicamento (...). A assistência farmacêutica não é atividade exclusiva de um único profissional, dela participando farmacêuticos, médicos, enfermeiros, químicos, biólogos, dentre outros; O farmacêutico ocupa um papel-chave nessa assistência, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem formação técnico-científica fundada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas. E como profissional do medicamento, traz para essa área de atuação, conhecimentos de análises clínicas e toxicológicas e de processamento e controle de qualidade de alimentos (ENCONTRO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, 1988, p.36).

Segundo Alencar (2016, p.106):

A expressão assistência farmacêutica já havia aparecido em outros documentos e foi pronunciada diversas vezes em debates (seminários e congressos sobre a reforma sanitária, CPI etc.), (...). Contudo, era utilizada como sinônimo de disponibilidade de medicamentos, associada às atividades de produção e distribuição. A definição trazida no relatório do ENAFPM, mantém como objeto central o medicamento, mas articula outras atividades, desde a pesquisa até a farmacovigilância, que ainda não era uma prática, apesar de ser uma necessidade.

Sobre essa temática, Marin *et al.* (2003) nos explicita que:

(...) para o Brasil, o termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde. Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde publicou o documento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que reforça a ideia de que a assistência farmacêutica é parte do cuidado à saúde individual ou coletiva, tendo no medicamento o insumo essencial, cujo acesso deve ser garantido com uso racional.

Recorremos então, a Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), a qual define assistência farmacêutica:

Trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Assim, a assistência farmacêutica (AF) comporta elementos técnicos, científicos e operacionais, integrando-os de acordo com a complexidade do serviço, necessidades e finalidades. Como salienta Alencar (2016), não se trata apenas de uma questão meramente técnica, mas sobretudo política. Por exemplo, esse marco legal e a forma como a assistência farmacêutica foi incorporada ao SUS expressam a relevância atribuída a ela no âmbito da atenção à saúde.

Com tais pressupostos, esta pesquisa teve como objetivo geral analisar o processo de implantação e funcionamento do Programa “Farmácia Popular do Brasil” na cidade de Dourados – porção austral de Mato Grosso do Sul - relacionando os seus objetivos fundantes com as ações efetivadas (relação teoria e prática), evidenciando mudanças históricas no seu processo de operacionalização e possíveis contradições. Especificamente, caracterizamos as diretrizes institucionais e/ou teóricas que fundamentaram a sua implementação no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS); analisamos a inserção da cidade de Dourados no interior do Programa; e, por fim, buscamos identificar e analisar a espacialidade do Programa na cidade de Dourados, ou seja, como este programa governamental se geografiza no espaço urbano douradense.

Em abordagens espaciais na saúde pública, Peiter *et al.* (2006) argumentam que:

O espaço é construído pelas relações sociais no processo de reprodução social e, portanto, reflete a divisão do trabalho, a divisão em classes, as relações de poder, a centralidade e a marginalização, as diferenças, as desigualdades e as injustiças da distribuição dos recursos e da riqueza, dos produtos do trabalho coletivo, e as contradições deste processo. Assim, a ocupação do espaço refletirá as posições ocupadas pelos indivíduos na sociedade, e sendo consequência de uma construção histórica e social, reproduz as desigualdades e os conflitos existentes. (PEITER et al. 2006, p.14)

E mais, na mesma publicação:

Considerando que o espaço é socialmente construído, adotar essa categoria de análise e sua materialização em territórios aponta possibilidades de se evidenciar relações entre a saúde e a estrutura social, e para a estratificação da população, segundo condições de vida (Paim, 1997)¹. Estudos nessa direção podem subsidiar e orientar políticas públicas no sentido da equidade, formular intervenções capazes de aprimorar as condições de vida, e orientar os modelos assistenciais no que tange a organização da rede de atenção à saúde, diminuindo as desigualdades no acesso e uso dos serviços. (PEITER et al. 2006, p.39/40)

Assim, a situação de saúde² de uma sociedade inclui os problemas e necessidades estabelecidas historicamente e as respostas sociais e políticas organizadas. Nesse sentido, para se fazer a vigilância em saúde em geral e, particularmente, a assistência farmacêutica é mister compreender como funcionam e se articulam num espaço geográfico as condições econômicas, sociais e culturais, como se dá a vida socialmente, e a sua relação com seus respectivos espaços geográficos³.

O Programa “Farmácia Popular do Brasil” foi criado em 2004 – 16 meses após Luiz Inácio Lula da Silva assumir o governo - através do Decreto nº 5,090, de 20 de maio de

¹ Paim J.S. “Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde” In: Barata R.B. (Org.) **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p.7-30.

² A definição atual de saúde é dada pela Carta de Otawa (1986): “As condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema saudável, justiça social e equidade. Qualquer melhora da saúde há de ter como base, necessariamente, estes pré-requisitos. Para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social, um grupo deve ser capaz de satisfazer suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente.” Documento final da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, efetivada em Otawa (Canadá), em 1986.

Nesse sentido, esse documento expressa um marco histórico na definição de saúde, tendo em vista que não relaciona a saúde apenas a uma concepção curativa e preventiva de doenças; ao contrário, avança incorporando a questão do bem-estar, um conjunto de fatores que se relacionam em boas condições de vida ao Homem, a partir de suas aspirações e necessidades históricas.

³ “O acesso a medicamentos é diferenciado dentro das diferentes classes de renda. Espera-se que as classes de baixa renda tenham percentualmente um acesso muito menor a estes bens do que as classes de renda mais alta, portanto, espera-se que o custo de tais bens seja muito maior para as classes mais abastadas e que a população de baixa renda tenha acesso limitado a este mercado (...).” BATISTA (2015, p.15).

2004⁴ - com o objetivo declarado de reduzir o abandono de tratamento provocado pelo impacto que a aquisição de medicamentos contra doenças crônicas ocasionava em longo prazo no orçamento de famílias que buscavam a obtenção desses remédios⁵ na rede privada.

Constatamos que o mencionado decreto presidencial, regulamenta a Lei nº10. 858, de 13 de abril de 2004. Evidenciamos igualmente, que o decreto apresentou as seguintes ponderações visando criar o Programa “Farmácia Popular do Brasil”:

Considerando a necessidade de implementar ações que promovam a universalização do acesso da população aos medicamentos;

Considerando que a meta de assegurar medicamentos básicos e essenciais à população envolve a disponibilização de medicamentos a baixo custo, para os cidadãos que são assistidos pela rede privada; e

Considerando a necessidade de proporcionar diminuição do impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar, ampliando o acesso aos tratamentos; (BRASIL. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004).

Portanto, fica explicitado que os eixos referenciais de sustentação do governo para a implantação deste Programa são a universalização do acesso da população aos medicamentos; a garantia de medicamentos básicos e essenciais⁶ à população e diminuição do impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar, ampliando o acesso aos tratamentos. Mesmo sendo “considerandos” para justificar um decreto governamental, portanto, um instrumento jurídico é possível mencionar neste documento uma contradição presente no documento ao desconsiderar, inclusão da assistência farmacêutica e focar a justificativa no medicamento e nos seus custos.

Sobre essa questão do gasto em saúde, Diniz *et al.* (2007, p.144) argumentam que:

⁴ BRASIL. **Decreto nº 5.090, de 20 de maio 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.

⁵ No dizer de Ribeiro (2015, p.92): “O termo *medicamento* define um produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico ou tratamento, segundo definição utilizada pela Anvisa. O termo *remédio* é uma nomenclatura popular, por isso mais abrangente e polissêmica, utilizada para indicar qualquer tipo de uso ou dispositivo que sirva para tratar uma doença, incômodo, mal-estar, agravo à saúde ou mesmo para recuperar, manter ou fortalecer a saúde, podendo ser: uma massagem, talismã, clima, sugestão, reza, oração, benzimento, defumação, um hábito, um comportamento e, inclusive, medicamento (fitoterápico, químico, biológico), dentre muitas outras formas, portanto, uma infinidade de usos cujo repertório não se esgota e nem se fecha.”

⁶ Yamauti *et al* (2017, p.975) afirmam que: “Medicamento essencial é aquele selecionado com base em critérios epidemiológicos, de efetividade, segurança, comodidade posológica e custo-efetividade que melhoram a qualidade de cuidados e de resultados na saúde”. Todavia, salientam os mencionados autores que em 2012, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil adotou um conceito de medicamento essencial diferente do proposto pela OMS e divulgou que “medicamentos essenciais são aqueles definidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir o acesso do usuário ao tratamento medicamentoso”. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 29 mar. 2012

Um gasto não previsto com serviços de saúde pode absorver parte significativa do orçamento de uma família, levando-a a abrir mão de consumir outros serviços, vender ativos ou mesmo se endividar. Para algumas famílias, esse evento não previsto pode inclusive implicar o risco de torná-las pobres ou mesmo de uma família pobre se tornar indigente. Ou seja, um gasto catastrófico para essas famílias.

E mais, para estes autores, “entre os países latino-americanos citados, o Brasil é apresentado como aquele com maior proporção de famílias com gasto catastrófico em saúde (10,3%), isto é, os gastos diretos do bolso com saúde são superiores a 40% da capacidade de pagamento dessas famílias” (DINIZ et al., 2007, p. 145).

Ainda, acerca dessa temática, Batista (2015, p. 19) assevera que:

A evolução do comprometimento da renda das famílias com medicamentos pode estar relacionado a diversos fatores, tais como o de mudanças demográficas, com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população (geralmente acompanhado pelo aumento da prevalência de doenças crônicas e de patologias degenerativas), o surgimento de novas doenças (AIDS, infecções resistentes, câncer e doenças da riqueza, provocadas pela abundância, como doenças cardiovasculares, stress, acidentes de trânsito, etc.), o aumento do número de medicamentos prescritos por receita, a tendência crescente de prescrição de tratamento medicamentoso para estados fisiológicos, como a menopausa e para fatores de risco, como a prevenção de fraturas devido à osteoporose, além da introdução de novos produtos protegidos por patentes e das expectativas dos pacientes, pois devido ao advento da tecnologia, os meios de comunicação ampliaram sua capacidade de atualização e as pessoas passaram a demandar por mais e melhores serviços de saúde, pressionando o sistema por melhores produtos e serviços. (...).

Os dados compilados pelos autores são expressivos, todavia, entendemos que é preciso trazer para a discussão o princípio da prevenção, da integralidade e da eficiência; o olhar da assistência farmacêutica o qual inclui um conjunto de procedimentos tais como o acompanhamento, o atendimento humanizado, a avaliação dos resultados e a melhoria da qualidade de vida do cidadão.

Aliás, constatamos esse princípio em outro documento oficial:

Ampliar o acesso e garantir o uso racional dos medicamentos, integrar a Assistência Farmacêutica às demais políticas de saúde, otimizar os recursos financeiros existentes, incorporar e integrar o farmacêutico na rede municipal de saúde, desenvolver e capacitar recursos humanos para implementar a Assistência Farmacêutica e tornar a gestão eficiente são alguns dos desafios presentes e futuros. O enfrentamento desses desafios exige ações articuladas dos gestores da saúde das três esferas de governo, tendo como objetivo a superação do binômio aquisição/distribuição de medicamentos, reduzido ao seu aspecto logístico-administrativo e sem qualquer

relação com o processo de atenção à saúde dos usuários. Requer, portanto, que a Assistência Farmacêutica seja definida como política pública estratégica no âmbito do Controle Social do SUS e incorporada como uma das prioridades das ações dos gestores no campo da saúde. (BRASIL, 2008a).

Compreendemos que nestes termos, fica demonstrada a importância da implantação de uma política governamental como é o Programa “Farmácia Popular do Brasil”. E mais, como demonstrado por Vasconcelos *et al.* (2017, p.2616) o binômio aquisição-distribuição não deve limitar o escopo de ações da assistência farmacêutica.⁷

Oficialmente, o Programa “Farmácia Popular do Brasil” era apresentado em duas modalidades: a Rede Própria e o “Aqui Tem Farmácia Popular”.

A Rede Própria foi a primeira a ser criada. Trata-se de unidades que funcionam em parceria com prefeituras municipais e governos estaduais. Era disponibilizados 110 itens, entre medicamentos e anticoncepcionais.

Por sua vez, a modalidade “Aqui Tem Farmácia Popular” funciona em parceria com farmácias particulares e drogarias comerciais que aderem ao credenciamento no Programa. A lista de itens oferecidos é diferente da Rede Própria. Enquanto a rede própria oferece 110 produtos, a rede privada oferece apenas 42 produtos.⁸ Tais quantitativos variam historicamente, mas sempre mantêm essa proporcionalidade.

A implantação deste Programa teve origem no Brasil, após divulgação de dados oficializados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que indicavam parâmetros referentes à saúde pública, referindo-se as famílias de menor renda no qual destinavam 2/3 (dois terços) de sua renda para gastos com a saúde, fundamentalmente na compra de medicamentos.

Analisando essa problemática, Diniz (2007) argumenta que no Brasil são grandes os gastos com medicamentos, assim como a ausência de políticas públicas de distribuição gratuita. Desse modo, os gastos com a medicação, ocorrem de maneira imprevista e inesperada, com a utilização de recursos privados, no qual o paciente/família realiza o desembolso diretamente, podendo absorver parte significativa do orçamento familiar, se sujeitando a ter que realizar elevados gastos relacionados à saúde.

⁷ Em Vasconcelos *et al.* (2017) ao refletirem acerca da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em retrospectiva, encontramos uma profícua análise de como era a “cesta de financiamento” no contexto da Política Nacional de Medicamentos – componentes Básicos, Estratégicos e Especializados - antes da implementação do “Farmácia Popular do Brasil”.

⁸ Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/345-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/18028-voce-sabe-a-diferenca-entre-a-rede-propria-e-o-aqui-tem-farmacia-popular>

O mesmo autor menciona um levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, o qual indica que mais de 50% de brasileiros interrompem seus tratamentos devido à falta de recursos para adquirir os respectivos medicamentos (DINIZ, 2007, p.144).

A partir deste quadro histórico foi então que o Governo Federal, na gestão Luiz Inácio Lula da Silva (PT, primeira gestão 2003-2006) em parcerias com algumas instituições, tais como a OMS (Organização Mundial da Saúde) e a FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), tiveram a iniciativa de elaborar o Programa “Farmácia Popular do Brasil” (FPB).

Ademais, o PFPB é uma parceria do Governo Federal com os Estados e Municípios que beneficia brasileiros com descontos de até 90% em medicamentos. Sendo que para asmáticos, hipertensos e diabéticos, os medicamentos são gratuitos.

O Programa Farmácia Popular do Brasil tem como objetivo principal disponibilizar, mediante o ressarcimento de seu custo, medicamentos produzidos pelos laboratórios estatais e, suplementarmente, medicamentos da iniciativa privada, tendo foco na efetiva prestação da Assistência Farmacêutica (JUNGUES, 2009, p.1).

Em Dourados, o referido Programa foi implantado em julho de 2006, após assinatura de convênio com o Governo Federal, iniciativa tomada pelo então Prefeito Laerte Tetila (PT, 1ª gestão de 2000-2004 e 2ª mandato de 2005-2008). Foi o primeiro Município de Mato Grosso do Sul a ser beneficiado no bojo deste Programa.⁹

Em levantamento documental, confirmado através de trabalho de campo constatamos que Dourados conta com 48 farmácias credenciadas, portanto, uma atuação bastante ampliada, pois iniciou, em 2006, com uma (01) unidade da rede própria do Programa – hoje fechada - e uma (01) da rede privada, a farmácia “Farma Real”.

⁹ <http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/dourados-e-a-primeira-cidade-do-ms-a-abrir-a-farmacia-popular-do-brasil/sto>

Figura 1- Vista frontal da 1ª farmácia que aderiu ao PFPB, em Dourados (MS)



Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=fotos+da+farma+real+em+dourados>

Figura 2 - A atual Farma REAL – A primeira de suas 05 unidades comerciais



Fonte: trabalho de campo (2017)¹⁰. Unidade situada na Rua Cuiabá, nº 2409, centro.

Para as instalações as unidades visam locais de grande fluxo, porém afastado das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Em Dourados, a unidade Própria foi fechada em 2013, sendo tal deliberação aprovada pelo CMS, em 20 de março de 2013. Discorreremos sobre essa ação mais esmiuçadamente no capítulo 3.

¹⁰ No início de 2018, em trabalho de campo constatamos que a Farma Real possui agora 05 unidades espalhadas pela cidade de Dourados, sendo que apenas 01, no bairro Parque das Nações não é credenciado no Programa. Fizemos várias tentativas – percorremos todas as unidades, em diferentes datas - para entrevistar o seu proprietário, todas infrutíferas.

Para Os critérios definidos para a ampliação do Programa foram, em um primeiro momento, aglomerados urbanos, segundo a classificação do IBGE, e atualmente municípios acima de 100.000 habitantes no Estado de São Paulo e municípios acima de 70.000 habitantes nas demais Unidades da Federação. Destes municípios, definiu-se que os hospitais filantrópicos deveriam possuir mais de 100 leitos. Para os municípios cujo potencial equivale à implantação de uma unidade, a prioridade será concedida ao poder público. Ainda em termos de potencial, foi estabelecido que a quantidade de unidades a serem instaladas em cada município teria uma proporção de 1:100.000 habitantes, sempre levando em consideração os limites orçamentários.¹¹

Ao longo do seu processo de implementação, tanto em termos de abrangência populacional, como na disponibilização de medicamentos, houve mudança de perfil do Programa, principalmente após o lançamento da iniciativa “Saúde Não Tem Preço” (SNTTP), em 2011. A partir desse momento, passou-se a disponibilizar gratuitamente medicamentos para hipertensão e diabetes, e posteriormente, para asma, tanto nas farmácias próprias, quanto nas privadas credenciadas.

Conforme aponta Santos Pinto et al. (2018, p.3), o lançamento do Plano Brasil Sem Miséria (BSM), em 2011 – gestão da Presidenta Dilma Rousseff - com objetivo de combater as desigualdades sociais e construir intervenções voltadas para a redução da vulnerabilidade, impactou o Farmácia Popular tendo em vista que:

O BSM foi idealizado em três pilares, envolvendo a garantia de renda, o acesso aos serviços públicos de proteção e promoção social e a inclusão produtiva. As questões de saúde foram inseridas na segunda meta, incluindo aí a Farmácia Popular do Brasil. Com a inclusão do PFPB no rol de ações do BSM, estabeleceu-se prioridade de credenciamento de farmácias privadas nos municípios identificados com alta proporção da população vivendo em situação de extrema pobreza, e menor cobertura de serviços de saúde. Desta forma, milhares de estabelecimentos credenciados, aliados à provisão regular de medicamentos nas unidades básicas de saúde do SUS, teoricamente ampliariam o acesso a medicamentos nos municípios atendidos.

O Programa é uma ação importante do Governo Federal no sentido de atender via doação/concessão de medicamentos de uso contínuo as pessoas/pacientes de baixa renda; qualquer pessoa que faça uso contínuo de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas tem o direito aos benefícios do referido Programa. Assim, constitui-se numa ação

¹¹ Manual Básico do Farmácia Popular (p.09).

programática que pode melhorar a saúde da população, sobretudo, inibir os gastos referentes a esse item de consumo. Aliás, essa é uma das recomendações da OMS (ou WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION - em inglês):

(...) a OMS recomenda que todos os países formulem e implementem uma ampla Política Nacional de Medicamentos (PNM). Segundo a OMS (...), em 2003, dos países inquiridos sobre a existência de uma PNM, apenas 50% (62/123) apresentavam PNM formalmente publicada, recente ou atualizada nos últimos dez anos. A existência formal de uma política para essa área, no entanto, não basta. Para que a PNM seja efetiva, é fundamental que seja avaliada e que os resultados obtidos sejam usados para sua reorientação. Assim, o monitoramento e a avaliação aparecem entre as principais estratégias para a OMS (WHO, 2000¹²; 2004a¹³ apud OMS, 2005, p.32).¹⁴

Parece-nos que essa recomendação da OMS, por si só justificaria, a realização desse estudo no sentido de uma avaliação.

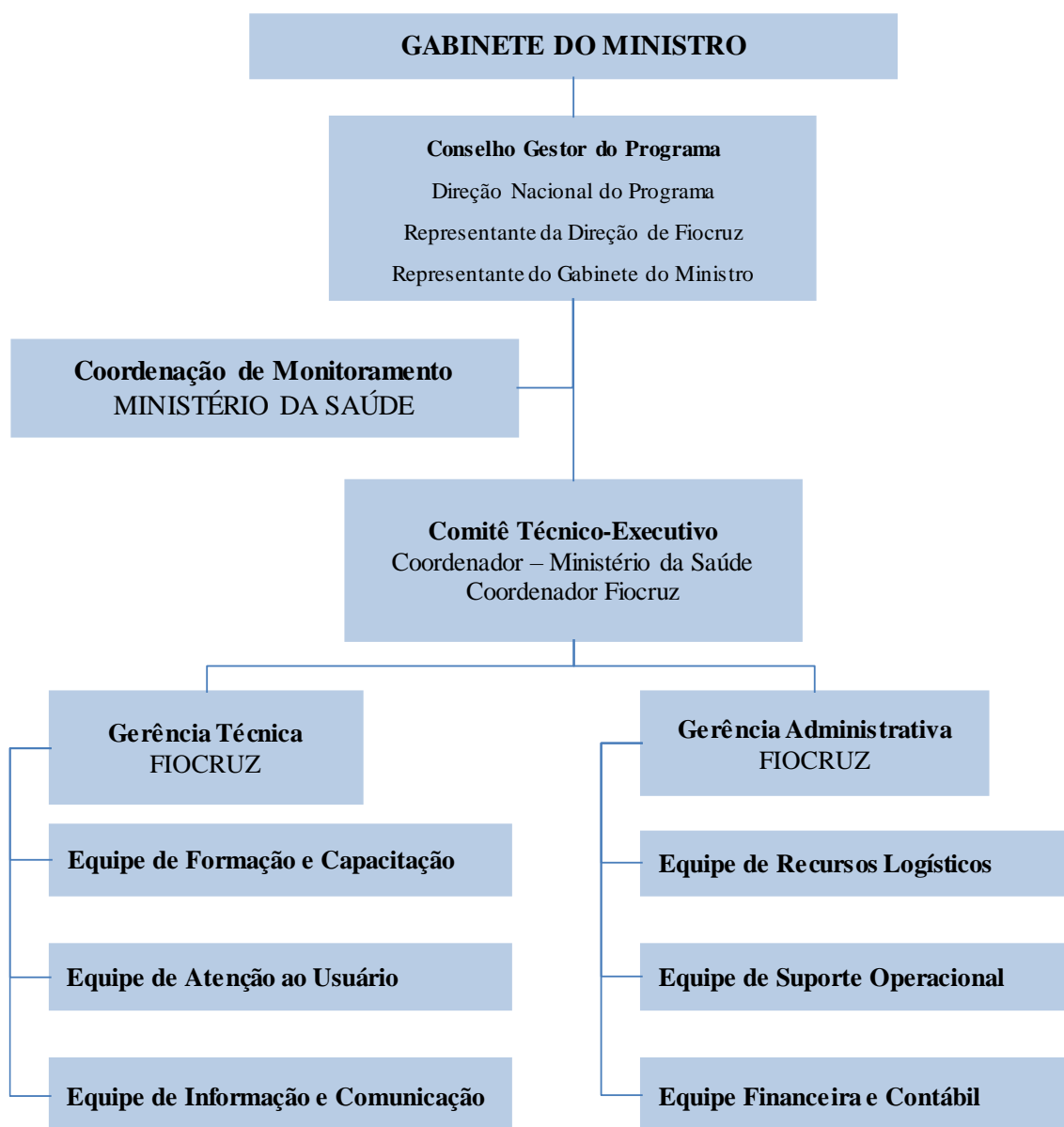
A presente pesquisa pode contribuir para melhor compreensão de um Programa elaborado pelo Governo Federal que tem como principal foco a “Saúde Pública”, pelo viés da assistência farmacêutica. Assim, a saúde incorpora novas dimensões – demandadas pela sociedade brasileira, exponencialmente pelo Movimento Sanitário - e com isso torna-se responsável por conquistas que até então se colocavam como inatingíveis por parte da sociedade, sobretudo sua parcela majoritária, mais pobre.

O seguinte organograma evidencia a Gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil.

¹² WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medicines Strategy**: framework for action in essential drugs and medicines policy 2000-2003. Geneva, 2000. 81p

¹³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Equitable access to essential medicines**: a framework for collective action. WHO Policy Perspective on Medicines, n. 8, mar. 2004. Disponível em: www.who.int/hq/2004_edm_2004.4.pdf.

¹⁴ Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/BRASIL. Ministério da Saúde, 2005, p.32.

Figura 3 - Organograma de Gestão do Programa Farmácia Popular

Fonte: Cartilha Farmácia Popular 2005.

Esse modelo de gestão do “Farmácia Popular” foi definido através da Portaria GM n.º 1.651, de 11 de agosto de 2004, com a qual foram instituídos, no interior do Ministério da Saúde, o Conselho Gestor do Programa, a Coordenação de Monitoramento, o Comitê Técnico-Executivo, as Gerências Técnicas e Administrativas, com suas respectivas equipes executivas. Além das responsabilidades atribuídas às instâncias criadas por esta Portaria, a FIOCRUZ é a executora das ações inerentes à aquisição, estocagem e distribuição dos medicamentos. Assim, responsável pela aquisição dos medicamentos, a FIOCRUZ realiza as compras através de processos licitatórios, regidos pela Lei 8.666/93.

Na modalidade programática "Aqui tem Farmácia Popular" a operacionalização ocorrerá diretamente entre o Ministério da Saúde e a rede privada de farmácias e drogarias, mediante relação convencional regida pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 5º)

Devemos relatar que o Golpe parlamentar, jurídico e midiático que destituiu a Presidenta Dilma Rousseff em maio de 2016 provocou (in) certezas nos rumos do Brasil principalmente em relação às políticas sociais.¹⁵

Como nos diz Paim (2018, p. 1724):

O golpe do capital, urdido desde 2014 através da mídia, de segmentos da classe média e do Parlamento, com a chancela do Judiciário, rompeu o pacto social estabelecido no final da ditadura, atacou a democracia e suprimiu um conjunto de direitos civis, sociais e políticos.

A falta de prioridade ao SUS e os ataques visando ao seu desmonte foram reforçados pela crise econômica, pelas políticas de austeridade fiscal e, especialmente, pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que congela o orçamento público durante vinte anos. Assim, o governo Temer deu continuidade e aprofundou a hegemonia contrária ao SUS, tornando-o ainda mais reduzido, com o risco de se tornar um simulacro.

No que concerne a problemática da saúde, portanto, diretamente relacionada à pesquisa, ora proposta, a aprovação da PEC 241- chamada Contrarreforma Fiscal ou “PEC do Fim do Mundo” - e o congelamento dos investimentos públicos em saúde (e educação) por 20 anos causou manifestação contrárias de diversos organismos sindicais, de saúde coletiva, inclusive da FIOCRUZ, dentre outros.¹⁶ Trata-se, indubitavelmente, de uma medida governamental que traz sérias preocupações a operacionalização do Programa Farmácia Popular do Brasil. Constatamos que a FIOCRUZ – entidade parceira na execução do Programa – publicizou essa preocupação através de carta aberta à sociedade brasileira:

Dentre tantos campos de atuação SUS, a recente expansão no acesso à assistência médica a dezenas de milhões de pessoas de áreas carentes, num esforço nacional sem precedentes, será contida. O controle da AIDS; os transplantes; o acesso a medicamentos gratuitos e/ou fortemente subsidiados; a atenção materna; as clínicas de família; o acesso a exames e serviços hospitalares, serão reduzidos. Acrescente-se as restrições que serão impostas às ações de vigilância em saúde, elevando a exposição e risco das pessoas a

¹⁵ Para um aprofundamento acerca da problemática do Golpe de Estado que ocorreu no Brasil, em 2016, consultar, dentre outros: Proner *et al.* (2016); Gobbo *et al.* (2016); Oliveira (2016) e Guerra *et al.* (2016).

¹⁶ Essa PEC – Proposta de Emenda Constitucional – recebeu a numeração 241 em sua tramitação na Câmara Federal. No Senado Federal foi identificada como PEC 55 e, após aprovada recebeu a denominação de Emenda 95. Por tratar-se de mudanças na saúde e na educação foi necessária, legalmente, a mudança constitucional. A sua votação/aprovação levou manifestantes contrários às ruas de todo o país. Ver dentre outros: <https://www.cartacapital.com.br/politica/aprovada-pelo-senado-pec-dos-gastos-publicos-e-alvo-de-protestos-pelo-pais>.

doenças e ambientes inseguros. Cabe assim a pergunta: como assegurar controle de epidemias como zika, dengue e chikungunya, incluindo pesquisas, assistência, controle de vetores, medicamentos e vacinas necessárias, com congelamento de recursos? Em especial, o impacto sobre as pesquisas, fundamentais para novos produtos e novas soluções que já são subfinanciadas em nosso país, terá dimensão incalculável, comprometendo no longo prazo a capacidade de resposta e autonomia nacional.

Diante das proposições contidas na PEC 241, a FIOCRUZ, com sua centenária experiência em pesquisas e serviços para a melhoria da saúde pública no país, pode assegurar que os riscos e danos à saúde e à condição de vida das pessoas são inevitáveis.

Frente a tais riscos aos direitos sociais e à saúde humana, a FIOCRUZ se soma às instituições públicas e da sociedade civil e apresenta-se para o debate sobre alternativas de estratégias de enfrentamento da crise e dos desafios da saúde, em especial no delineamento de medidas capazes de apontar um caminho de desenvolvimento sustentável e equitativo para o país. (Carta do Conselho Deliberativo da Fiocruz. Rio de Janeiro, 30 de setembro de 2016)

Parece-nos uma preocupação cabível, significativa e histórica decorrente de mudança brusca no sentido de atuação do Estado brasileiro¹⁷ – pós-golpe e efetivado na gestão Michel Temer - diferentemente do que ocorria na gestão da Presidenta eleita Dilma Rousseff. Há uma mudança radical no processo de atuação do Estado.

Como argumenta Martins (1999, p. 56),

(...) decisões políticas podem tanto promover o bem-estar, como se tornarem um fator de agravamento das más condições de vida e saúde do cidadão, em especial das classes menos favorecidas. No Brasil, esta última possibilidade tem ocorrido de forma tão frequente e avassaladora, (...).

E segue a mesma autora:

(...) uma nova violência de Estado: a de que o Estado-interventor se torne o espoliador de amplas camadas sociais, desviando os fundos públicos das funções para as quais estes foram constituídos, direcionando-os para grupos de interesse, aliados permanentes ou conjunturais dos governos, tornando-se assim um explícito "**Estado de Mal-Estar**" para a maioria dos seus cidadãos. (MARTINS, 1999, p.57)

Para esse Estado de Mal-Estar social, conforme Fleury (1986, p. 3):

A cidadania inscrita no credo liberal-burguês não contemplava a liberdade e a igualdade em termos de direitos políticos e sociais universalizáveis,

¹⁷ “O papel do Estado exerce uma grande importância na relação entre saúde e desenvolvimento econômico, sendo um processo dinâmico e virtuoso, combinando crescimento econômico, mudanças fundamentais na estrutura produtiva e melhoria do padrão de vida da população. A dissociação entre saúde e desenvolvimento resulta na existência de um par vicioso, ou porque a política econômica não está voltada para o desenvolvimento e para a inclusão social, ou porque o sistema de saúde não integra o esquema de proteção social” (CARRARO, 2014, p. 35).

mas restringia-as à sua funcionalidade econômica, vale dizer "ao estabelecimento do sistema de troca de mercadorias.

Estamos vivendo no Brasil um período extremamente conturbado em que as estruturas que sustentam a ideia de um Estado de Bem-Estar Social, inauguradas/conquistadas pela Constituição de 1988, estão sendo rapidamente destruídas. Sob o pretexto da austeridade e da eficiência é o próprio Estado que está sendo radicalmente reformado, tendendo a tornar-se residual, o conhecido **Estado Mínimo**.¹⁸ Como explicita o Grupo de Trabalho (2017) aqui mencionado:

Assim, fica evidente que as reformas regressivas e desestruturantes que estão em curso no Brasil não são inevitáveis, como querem fazer parecer os discursos governamentais, mas são sim, uma escolha. Trata-se da opção de privilegiar o capital, o mercado e o setor financeiro em detrimento do interesse da maioria da população e do desenvolvimento nacional.

Giovanella e Fleury (1996, p. 197) asseveram que:

(...) queremos salientar a persistente preponderância dos interesses privados sobre os interesses públicos. A segmentação da sociedade brasileira marcada desigualdades de acesso aos recursos de toda ordem — econômicos, sociais e políticos — propiciou, em nível setorial, a preponderância dos interesses privados sobre o público, possibilitando aos vários grupos com interesses setoriais (...) multinacionais¹⁹ produtores de equipamentos e medicamentos, seguros privados) organizar seus interesses corporativos de tal forma a retraduzir a formulação igualitária do Sistema Único de Saúde, reproduzindo na sua implementação àquelas desigualdades, resegmentando clientela e criando novos mix público/privado.

Refletindo acerca dessa temática, Yoclevsky (1996, p. 244), assevera que:

¹⁸ Por Grupo de Trabalho de Justiça Fiscal da Rede Brasileira pela Integração dos Povos — “As multinacionais não pagam o que é justo” 23.06.2017. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/economia/as-multinacionais-nao-pagam-o-que-e-justo>.

¹⁹ “Kucinsky e Ledogar (1977) analisaram a atuação das multinacionais farmacêuticas na América Latina, destacando os mecanismos fiscais e creditícios criados pelo governo norte-americano para incentivar a penetração do seu capital e a permissividade e conivência do Brasil em relação aos interesses das multinacionais em detrimento de suas próprias necessidades. Além disso, denunciaram o excesso de produtos farmacêuticos no mercado e a incapacidade do órgão de vigilância sanitária em assegurar a qualidade e segurança desses produtos, o acentuado processo de medicalização, o estímulo às práticas de automedicação e a “empurroterapia” (indicação abusiva de um determinado produto com objetivo apenas econômico) como estratégias usadas pelas empresas para promover a venda de seus produtos e auferir lucros crescentes. Problemas relativos à desnacionalização, abuso de preços, dependência nacional e fraudes de medicamentos também foram discutidos e denunciados por Machado (1982), que explicitou evidências da dependência brasileira em relação às multinacionais farmacêuticas durante os anos de 1960 a 1980 e a consequente situação da indústria nacional” (ALENCAR, 2016, p. 17).

La dicotomía público-privado se presenta asociada a otras dicotomías, tales como estado-sociedad o mercado-intervención, que son ejes de la discusión ideológica y se han incorporado a la jerga política, figurando prominentemente en los análisis de las ciencias sociales y en las definiciones de políticas por parte de los gobiernos latinoamericanos.

Por ora, constatamos em janeiro de 2017, o presidente Michel Temer impôs limite de faixa etária para a aquisição de alguns medicamentos no contexto do Programa. Diagnóstico de Dislipidemia (colesterol alto): maior que 35 anos; osteoporose: maior que 40 anos; Mal de Parkinson: maior que 50 anos; hipertensão arterial: maior que 20 anos e contraceptivos: maior que 10 anos e menor que 60 anos.²⁰

Segundo a nota emitida pelo Ministério da Saúde tais mudanças não impactam na assistência a esses casos e ainda que todos os pacientes que não se enquadram nessas faixas etárias de restrição poderão ter seus medicamentos e assistência médica adequada nas unidades do SUS.

Constatamos, também que a partir de 10 abril de 2017 para a dispensação de fraldas geriátricas para incontinência, o paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou ser pessoa com deficiência. Neste caso, o argumento oficial foi o de ampliar a cobertura programática.²¹

Posteriormente, o Ministério da Saúde anunciou a previsão de fechamento de todas as unidades da rede própria para agosto de 2017.²² Em março de 2017 havia 393 unidades próprias espalhadas pelo País – custeadas pelo Estado, deixarão de receber os recursos e, indubitavelmente, o fechamento de um dos eixos do Programa prejudica a parcela mais vulnerável socialmente.

Como consta em publicação da FIOCRUZ, elaborada em conjunto com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006):

No território, as pessoas estudam, produzem e consomem. A exposição às situações que afetam a saúde, em geral, não são escolhas de indivíduos nem de famílias, mas o resultado da falta de opções para evitar ou eliminar as situações de vulnerabilidade. Também participa dessas situações o desconhecimento sobre essa vulnerabilidade. Os lugares com condições de vida desfavoráveis são em geral marcados pelo saneamento precário,

²⁰<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/345-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/27393-nota-de-esclarecimento-sobre-novos-criterios-para-uso-do-programa-farmacia-popular>

²¹ **Portaria nº 937, de 07 de abril de 2017.** Altera a Portaria nº 111/GM/MS, de 28 de janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), para ampliar a cobertura de fraldas geriátricas às pessoas com deficiência. Diário Oficial da União. Nº 69, segunda-feira, 10 de abril de 2017, p.27.

²²“Governo quer fechar as unidades do Farmácia Popular até agosto” In: www1.folha.com.br/cotidiano/2017/10890673-governo-quer-fechar-as-unidades-proprias-do-farmacia-popular-ate-agosto.shtml

contaminação das águas, do ar, dos solos ou dos alimentos, por conflitos no relacionamento interpessoal, pela falta de recursos econômicos e, portanto, enormes limitações para o consumo de bens e serviços, incluindo os mais elementares.

Continuando com a mesma publicação elencando sobre a condição de vida em sociedade:

Assim, as condições de vida de grupos sociais nos territórios definem um conjunto de problemas, necessidades e insatisfações. Essas condições de existência podem ser boas ou ruins, e se modificam para melhor ou pior, a depender da participação de instituições de governo e da própria população.

Por isso diz-se que a situação de saúde de um grupo populacional em um território é definida pelos problemas e necessidades em saúde, assim como pelas respostas sociais a esses problemas. (PEITER et al. 2006, p. 14)

Indiscutivelmente, parte da solução dos problemas relativos à questão da saúde se vincula a disponibilidade de recursos suficientes para o cumprimento do dever estatal de assegurar a garantia da integralidade da atenção em saúde, na qual se inclui o fornecimento de medicamentos essenciais, estratégicos e excepcionais aos usuários do SUS. Com a contrarreforma do Governo Temer reduzem-se os recursos/investimentos governamentais na área social. Todavia, o Estado continua “Máximo” naquelas que atendem os interesses do capital.

Isso posto, buscamos nos sustentar numa abordagem integrada para a análise do “Programa Farmácia Popular do Brasil” enquanto política governamental executada nacionalmente, mas com o recorte geográfico de análise na cidade de Dourados. Tal opção decorre da necessidade de analisarmos a totalidade²³ das variáveis e sujeitos que planejam, participam, executam, avaliam ou são – em determinados momentos históricos - beneficiados e/ou excluídos das políticas públicas implementadas.

Nesse sentido, o escopo é de fazermos uma análise processual: o todo e a parte. Dito de outro modo, relacionar o contexto geral das diretrizes programáticas do SUS, fazendo a interlocução com a política brasileira de assistência farmacêutica relacionando com sua congênere em funcionamento no urbano douradense, na tentativa de identificar, caracterizar, analisar e compreender suas especificidades, suas materialidades, conflitos e contradições.

²³ “Com efeito, o singular não existe em si mesmo, independentemente do geral, mas unicamente em ligação orgânica, em unidade com o geral; não há fenômeno, ou forma sem conteúdo; cada forma possui um conteúdo, cada conteúdo, uma forma, portanto, o conteúdo e a forma existem sempre em ligação indissolúvel.” CHEPTULIN, Alexandre. “A contradição. A lei da unidade e da luta dos contrários” In: _____. **A dialética materialista: categorias e leis da dialética**. Trad. Leda R. C.Ferraz. São Paulo: Alfa-Omega, 1982.

O mencionado pressuposto metodológico decorre da maneira de conceber historicamente e conceituar as políticas públicas. Ao refletir acerca das políticas públicas, Di Giovanni (2009) argumenta que este vai além da ideia de que uma política pública se constitui unicamente uma intervenção do Estado numa situação social considerada problemática.

Nas palavras deste autor: “penso a política pública como uma forma contemporânea de exercício do poder nas sociedades democráticas, resultante de uma complexa interação entre o Estado e a sociedade.” (DI GIOVANNI, 2009, p. 4/5)

E prossegue o mencionado cientista social: “Penso, também, que é exatamente nessa interação que se definem as situações sociais consideradas problemáticas, bem como as formas, os conteúdos, os meios, os sentidos e as modalidades de intervenção estatal”. (DI GIOVANNI, 2009, p. 5).

Sobre a concepção de Estado, nesta dissertação, utilizaremos aquela elaborada por Poulantzas (2000, p. 134). Em seu dizer:

(...), diria que o Estado, no caso capitalista, não deve ser considerado como uma entidade intrínseca, mas (...), como uma relação, mais exatamente como a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, tais como elas se expressam, de maneira sempre específica, no seio do Estado.

Portanto, é desta complexa interação Estado, Sociedade - suas classes e frações – e mercado²⁴ é que se definem as situações sociais problemáticas, assim como a forma, o conteúdo, os meios e as modalidades de atuação estatal. Assim, desta interação se definem as políticas públicas: quais espaços geográficos, gentes, setores, serão programaticamente contemplados (ou não), por determinada política pública ou programa governamental. Tal procedimento converge – em nosso entendimento - com proposta de Poulantzas (2000, p. 134) segundo o qual “o estabelecimento da política do Estado deve ser considerado como a resultante das contradições de classe inseridas na própria estrutura do Estado”.

Nesse sentido, as contradições de classe constituem o Estado, presentes na sua ossatura material (os seus órgãos: ministérios, secretarias, coordenadorias, conselhos etc), e

²⁴ Segundo Brasil (2005, p.12): “As peculiaridades do mercado farmacêutico brasileiro repercutem de forma relevante no processo de elaboração e execução de políticas públicas, principalmente na de Assistência Farmacêutica (Resolução n. ° 338, Conselho Nacional de Saúde, 6 de maio de 2004), apontando para a necessidade da adoção, pelo governo federal, de mecanismos de inclusão, traduzidos na ampliação do acesso aos medicamentos e à assistência farmacêutica”. No decorrer da pesquisa aprofundaremos a análise dessa questão.

armam assim sua organização: a política do Estado é o efeito de seu funcionamento (das contradições) no seio do Estado (POULANTZAS, 2000).

Assim, para Poulantzas (2000), a política do Estado – poderíamos exemplificar a de assistência farmacêutica materializada no Programa “Farmácia Popular do Brasil - é produto das contradições interestatais entre setores (por exemplo, representantes do setor privado²⁵) e aparelhos de Estado (ministérios, prefeituras municipais, secretarias, fundações, comitês, e conselhos de saúde, “bancada dos medicamentos” ...) e no bojo/interior de cada um deles.

Passos (s.d.), fez um trabalho intitulado “O complexo fármaco-político” no qual demonstra como a democracia é capturada pelas empresas farmacêuticas. Vejamos alguns trechos:

Em 2014, a indústria farmacêutica alcançou no Brasil um valor de mercado recorde de US\$ 29,4 bilhões, e a expectativa é que, até 2020, amplie o faturamento para cerca de US\$ 47,9 bilhões/ ano, (...).

O Brasil é hoje o sexto maior mercado em vendas de medicamentos do mundo, (...). Apesar da crise internacional, o mercado brasileiro de medicamentos é pujante, desconhece recessão há quase 15 anos (...).

Esses bons resultados dependem de momentos de expansão econômica, mas se devem, principalmente, às decisões políticas tomadas nas principais instâncias de poder do país. Decisões como a aprovação da Lei 9.279/96, a chamada Lei de Patentes, que criou forte esquema de proteção para o monopólio de exploração de medicamentos no país e, apesar das mudanças legislativas propostas desde então, ainda favorece os interesses dos grandes laboratórios multinacionais em detrimento daqueles da população brasileira.

Nessa mesma linha de raciocínio, Salerno; Matsumoto e Ferraz (2018, p. 41) apontam que “O faturamento total de medicamentos contabilizados no mercado nacional foi de R\$ 63,5 bilhões em 2016”. Nesse contexto, ela aponta a formação de *lobbies* e sua interferência na política de saúde e de medicamentos – a democracia privatizada - apontando inclusive a formação e consolidação da “Bancada dos medicamentos” no Congresso Nacional.

²⁵ Ribeiro (2015, p.103/4), estudando essa temática, afirma que: “O setor privado da saúde é diverso e apresenta divergências entre seus atores, mas no geral ganha coesão em torno do objetivo comum em segmentar, fragmentar e lucrar com o sistema de saúde em benefício de usos e interesses corporativos. Destacando-se os planos e seguros de saúde, principalmente pelos vínculos com o capital financeiro e por disporem crescentemente de redes próprias de serviços. Há também os prestadores de serviços de saúde do setor suplementar (não SUS) e os prestadores de serviços de saúde para o SUS (setor complementar), cujos principais atores são os hospitais e redes hospitalares (privados e filantrópicos sem fins lucrativos). Outro grupo do setor privado é formado pelos principais empresas produtoras e fornecedores de equipamentos, medicamentos e insumos biomédicos. E mais recentemente, os grupos gestores privados de serviços públicos de saúde, uma diversidade de organizações que incluem desde grupos hospitalares, Organizações Sociais de Saúde (OSS) e Organizações Não-Governamentais (ONGs), cada vez atuando mais em redes de atenção e serviços em saúde (em vários níveis da atenção) esses grupos têm gerido unidades de saúde da família, Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais”.

Assertiva de Paim (2018, p.1725) ilustra limpidamente essa questão:

O SUS sofre resistências de profissionais de saúde, cujos interesses não foram contemplados pelas políticas de gestão do trabalho e educação em saúde. Além da crítica sistemática e oposição da mídia, o SUS enfrenta grandes interesses econômicos e financeiros ligados a operadoras de planos de saúde, a empresas de publicidade e a indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares.

O predomínio da doutrina do neoliberalismo justamente no período de implantação do SUS, com as limitações do Welfare State nos países europeus e a crise econômica de 2008, representam um sério obstáculo para o desenvolvimento de sistemas universais de saúde.

Acerca da relação das conquistas e do estabelecimento de políticas, Hartmann (1996, p. 267) assegura que:

Reportamo-nos a penosas conquistas, ao longo das quais massas de trabalhadores conheceram a doença, a violência, a miséria e a morte; ao longo das quais a maquinaria produtiva e desejança do capitalismo tratou de eludir a perigosa contradição entre as forças produtivas e as relações de produção. E eis-nos ante o prontuário de uma curiosa gestação: fecundada historicamente pela luta mortal, pela exploração e pelo desejo, nossas sociedades deram à luz os direitos sociais.

Sim, as políticas sociais são filhas legítimas das injustiças que as engendraram.

Não resultam de um dom, mas de um débito, eternamente inadimplente. Se, por um lado, são consubstanciais à formação do Estado Moderno, por outro põem a nu, no seu próprio exercício, que as sociedades modernas são injustas por sua própria constituição. Ao codificarem termos ético-morais de justiça social, nada mais fazem do que resgatar o título vencido de sua própria vergonha; e o fazem não porque descobriram a compaixão, mas porque seus povos lutaram, lutam e sempre lutarão.

Com tais pressupostos, podemos afirmar que o SUS é um exemplo histórico. E mais:

A defesa do **SUS constitucional** e do SUS proposto pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) indica alternativas contrárias à segmentação e à americanização do sistema de saúde brasileiro.

O SUS realmente existente, com todas as suas dificuldades e fragilidades, produziu conquistas e resultados significativos nessas três décadas. A sua institucionalidade pode ser realçada pelos seus gestores, pelo Ministério Público, conselhos de saúde e trabalhadores, favorecendo a resistência contra o seu desmonte. PAIM (2018, p. 1726) (Grifo no original)

Como procedimentos de pesquisa buscamos sustentação nos referenciais bibliográficos, documentais, mídias digitais e trabalho de campo, com entrevistas e registro fotográfico. Com relação aos referenciais bibliográficos fizemos um levantamento de teses e dissertações envolvendo essa problemática – assistência farmacêutica, política pública de

medicamentos - no endereço eletrônico da biblioteca digital brasileira de teses e dissertações (<http://bdtd.ibict.br/vufind/www.ibict.br>).

Igualmente fizemos um levantamento na Biblioteca Virtual de Saúde (http://pesquisa.bvs.br/brasil/?fb=&lang=pt&filter%5Btag_brasil%5D%5B%5D=assistencia+farmaceutica) no *link* de assistência farmacêutica visando acessar trabalhos que discutem o tema. O escopo foi construir um referencial teórico para dialogar/analisar/compreender a empiria.

Fizemos um levantamento documental²⁶ nos órgãos de governos – nos âmbitos federal, estadual e municipal - incumbidos institucionalmente pelo planejamento, execução, monitoramento e avaliação do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Dentre eles, no Ministério da Saúde; na FIOCRUZ; na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul; na Secretaria de Saúde do município de Dourados; na Coordenadoria do Programa em Mato Grosso do Sul; no Conselho Municipal de Saúde.

Foi necessário o estudo das leis, portarias e decretos que relativos à implantação e funcionamento deste Programa, dentre elas:

- a Lei nº 10.858/04, cria o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB);
- o Decreto nº 5.090/04, regulamenta o PFPB;
- a Resolução 338, de 06 de maio de 2004 CNS/MS, institui o PNAF;
- a Portaria (MS) nº 1.019, de 20 de maio de 2014, institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências e:
- a Portaria (MS) nº 937, de 07 de maio de 2017, dispõe sobre o PFPB, para ampliar a cobertura de fraldas geriátricas às pessoas com deficiência.

Evidenciamos que essa é a legislação atualmente vigente (julho de 2018). Como o Programa existe a mais de uma década vários outros dispositivos legais foram revogados, compondo, portanto, a legislação anterior. Em algumas passagens desta dissertação, tais leis serão devidamente mencionadas quando a situação exigir.

E também a documentação mais recente emitida pelo governo Michel Temer, assim como os relatórios técnicos emitidos pelo Tribunal de Contas da União (TCU).

²⁶ A análise documental consiste em um conjunto de operações que buscam o tratamento dos documentos em análise buscando desvelar o contexto histórico/geográfico que foram produzidos (RICHARDSON, 1999). Ou também, segundo Cellard (2008), “trata-se de um método de coleta de dados que elimina, ao menos em parte, a eventualidade de qualquer influência – a ser exercida pela presença ou intervenção do pesquisador – do conjunto das interações, acontecimentos ou comportamentos pesquisados, anulando a possibilidade de reação do sujeito à operação de medida.” Nesse sentido, tal procedimento, atenua a interferência que a presença do pesquisador pode provocar no contexto empírico.

A compreensão destes instrumentos jurídicos foi fundamental para a realização do trabalho. E, por outro lado, indicam na compreensão de Néelson Rodrigues dos Santos (2009, p. 16):

(...) desmesurada produção de portarias normativas ministeriais, a qual em 2002 por volta de oito por dia útil, tendo caído um pouco e voltado a crescer. Por isso, as necessidades e direitos da população ainda são secundários na lógica do modelo de gestão vigente, no qual predominam os interesses da oferta dos trabalhadores de saúde, prestadores de serviços, da indústria de medicamentos e do modelo econômico financeiro.

Isso pudemos constatar, um conjunto expressivo de portarias, constantemente revogadas, indicando possíveis interesses materiais e setoriais corporativos.

O procedimento de levantamento de informações midiáticas foi feito semanalmente por meio de visitas às páginas do Ministério da Saúde; do próprio Programa Farmácia Popular do Brasil (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/347-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/12-farmacia-popular/18011-area-do-cidadao>) com o intuito de acompanhar as publicações e as ações realizadas no bojo do FPB.

Numa outra frente, acompanhamos os desdobramentos decorrentes da operacionalização do Programa, tanto nacionalmente com na cidade de Dourados. Assim, recorreremos constantemente aos *sites* de notícias, dentre eles: www.uol.com.br; www.dourados.ms.gov.br, www.douradosnews.com.br; www.crfms.org.br (Conselho Regional de Farmácia de Mato Grosso do Sul) dentre outros, buscando coletar reportagens publicadas acerca do “Farmácia Popular” nesta Unidade da Federação e em particular, na cidade de Dourados.

Nos trabalhos de campos realizamos entrevistas junto aos responsáveis/envolvidos, institucionalmente com o Programa “Farmácia Popular do Brasil”. As entrevistas ocorreram de maneira semiestruturadas, com abertura para a expansão do diálogo, permitindo avançar em elementos novos que possam surgir durante as conversas. Entrevistamos o ex-prefeito Laerte Tetila, (responsável por trazer o Programa à Dourados); o Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde; a Coordenadora do setor de assistência farmacêutica do município de Dourados e responsável pelo Núcleo Estadual do Ministério da Saúde, em Mato Grosso do Sul, e também o farmacêutico da primeira farmácia conveniada ao Programa em Dourados, além da representante dos usuários do SUS, no Conselho Municipal de Saúde.

Realizamos levantamentos de dados, análise e tratamento cartográfico localizando as unidades privadas que aderiram ao referido Programa. Efetuamos, também, o registro fotográfico dessas unidades de atendimento da rede privada de farmácias e drogarias do “Aqui tem Farmácia Popular”, na cidade de Dourados.

2 – PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: Contexto histórico e características fundantes

“A categoria inimigos do SUS reúne todos quantos queiram lucrar com doença e saúde da população.”

ROCHA, Rogério Lannes
Coordenador do RADIS²⁷

Neste capítulo o intento é fazer uma contextualização histórica da problemática da saúde, enquanto direito constitucional no Brasil e nesse processo situar o estabelecimento das políticas nacionais de medicamentos e de assistências farmacêuticas e particularmente, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB).

Sobre o PFPB trazemos aqui uma descrição de suas características básicas: objetivos, diretrizes, modalidades, fontes de recursos, embasamento legal, enfim, a ideia é compreender os mecanismos do seu processo de implantação e funcionamento, para em seguida – ao longo do trabalho - fazermos a necessária relação com a teoria.

De acordo com Santos Pinto; Costa e Osório de Castro (2011, p. 2966):

O Programa surgiu através de uma demanda do Governo federal por uma proposta de ampliação do acesso a medicamentos, que se deu pela constatação da existência, nas grandes metrópoles, de uma grande parcela da população fazendo uso de serviços privados, mas com dificuldade de acesso a medicamentos. A proposta de fornecimento de medicamentos a baixo custo utilizada pelo Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE) desde 2001 passou a servir de modelo para a nova iniciativa do Governo federal.²⁸

²⁷ “Editorial – Invisibilidades” **RADIS** n° 104, abril de 2011.

Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/104/radis-104.pdf>

²⁸ “Contudo, a primeira iniciativa no âmbito do Legislativo sobre um programa de farmácias populares corresponde ao projeto de lei n° 4.702/1994, de autoria do deputado Eduardo Jorge (PT-SP). O PL definia farmácias populares como estabelecimentos farmacêuticos de caráter privado que, mediante mecanismo de franquia com o Estado, comercializariam medicamentos de produção pública ou privada, a preços reduzidos, tabelados e com margem de comercialização definida. Essas farmácias deveriam seguir exigências e critérios definidos pelo Ministério da Saúde em articulação com o CFF e o CNS, devendo dispor de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento. O PL trazia como justificativa as dificuldades para o acesso a medicamentos e os altos preços (BRASIL, 1994). Ou seja, as farmácias populares seriam criadas a partir do aproveitamento dos

Na condição de uma ação fundamental de saúde pública e parte integrante do SUS²⁹, a assistência farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção. Para que a Atenção Básica seja resolutiva, estabeleça vínculo e se responsabilize pelos usuários, alguns fatores são imprescindíveis; dentre os quais, o usuário tenha acesso a medicamentos de qualidade no momento oportuno e receba todas as orientações referentes quanto ao uso correto das medicações e dos serviços prestados (Oliveira, Assis e Barboni, 2010). Tal procedimento, evidentemente, envolve o dispêndio de vultosos investimentos públicos e interesses mercadológicos.

Bermudez *et al.* (2018, p. 1941), argumentam que:

Desde 1964 existia uma lista nacional de medicamentos e insumos. Durante a época da CEME, a Renome era a lista que fundamentava a escolha de medicamentos comprados e distribuídos de forma centralizada. Em 1996, já no escopo da elaboração da PNM, nasceu a primeira lista de ME [Medicamentos Essenciais] do Brasil, baseada em evidências, dando início a um intenso processo de revisões consecutivas.

A partir de 2002, a própria OMS passou a definir ME como aqueles orientados a dar resposta às prioridades sanitárias de uma população, mostrando que os conceitos de ‘essencialidade’ e ‘prioridade’ se complementavam.

Analisando historicamente essa relação no Brasil, o CONASS (Brasil, 2007, p. 10), baseado em Brasil (1971), argumenta que:

A Assistência Farmacêutica, como política pública, teve início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los e se caracterizava por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos (BRASIL, 1971).³⁰

A Central de Medicamentos, portanto, foi criada no início da década de 1970, a partir da preocupação do Estado – gestão do general Garrastazu Médici - em relação ao

estabelecimentos farmacêuticos já existentes no país e que atendessem a determinados critérios. (...), o segundo modelo de farmácias populares adotadas no período Lula tem semelhança com as ideias desse PL.” ALENCAR (2016, p.256)

²⁹ A Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, em seu artigo 1º, menciona textualmente: “I - a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade; (...)”. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html

³⁰ BRASIL. Decreto nº. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (Ceme). Brasília: Diário Oficial da União, 1971.

acesso ao medicamento pela parcela social de menor poder aquisitivo, com o escopo de promoção e organização das atividades de assistência farmacêutica direcionadas a esta porção da sociedade; identificação de indicadores de saúde por região geográfica e faixa etária; levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos oficiais e nacionais; coordenação do processo de distribuição e venda de medicamentos no território brasileiro. Segundo Oliveira, Assis e Barboni (2010, p. 3563) os recursos financeiros destinados à CEME eram originários do convênio celebrado com Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e a “sua gestão era centralizadora, sendo que estados e municípios encontravam-se excluídos de todo o processo decisório”³¹.

Alencar (2016, p. 55) menciona que:

De fato, identifica-se que, no decorrer da existência da Ceme, predominaram os interesses do capital e não das necessidades de saúde. Apesar dos amplos objetivos traçados quando da sua criação e de uma série de dispositivos que foram implementados visando mudanças na reestruturação e financiamento para a retomada dos seus objetivos iniciais, as medidas adotadas pelos governos ao longo dos anos (...) repercutiram na sua fragilização, restando-lhe apenas a função de distribuição de medicamentos (...).

Cordeiro (1980), refletiu acerca das estratégias da medicalização praticadas pela indústria farmacêutica para influenciar na demanda e na prescrição médica, as estratégias de acumulação das indústrias transnacionais e a atuação estatal por meio da criação da CEME que, ao priorizar a distribuição de medicamentos contribuiu para a expansão do processo de medicalização.

Acerca dessa temática, Alencar (2016, p. 18), corrobora argumentando que:

Sua análise sobre as práticas de consumo médico evidenciou que as mesmas atendiam aos interesses do capital e que a inversão dessa lógica exigiria novas conquistas no campo das políticas de saúde e de medicamentos articuladas às reivindicações sociais mais gerais.

³¹ Oliveira, Assis e Barboni (2010, p.3563), analisando historicamente a política de assistência farmacêutica no Brasil e especialmente referindo-se a atuação da CEME, argumentam: “vários programas especiais foram criados, entre eles o Programa Farmácia Básica (PFB), em 1987, que objetivava racionalizar a disponibilidade de medicamentos essenciais na ABS. Este programa foi idealizado como um módulo padrão de suprimento de medicamentos selecionados da RENAME. Os módulos contavam com 48 medicamentos, necessários para atender às necessidades de um grupo de três mil pessoas por um período de seis meses. No entanto, devido a problemas decorrentes, principalmente, da centralização dos processos de programação e aquisição, que não correspondiam ao perfil de demanda das populações atendidas, o Programa foi extinto em 1988”.

Fica evidenciado que Cordeiro (1980) já demonstrava a necessidade de articulação da pauta dos medicamentos a uma pauta mais ampla em discussão pelo movimento sanitário naquele período.³²

Essa política de financiamento vigorou até o início da década de 1990, ocasião em que o INPS foi extinto/incorporado ao Ministério da Saúde.³³ Desde então, a aquisição de medicamentos continuou por meio deste Ministério, secretarias estaduais e municipais de saúde que mantinham convênios com a CEME (OLIVEIRA, ASSIS e BARBONI, 2010).

Refletindo acerca do processo de desativação da CEME, na gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, Alencar (2016, p. 167) evoca que:

A contínua fragilidade apresentada pelo órgão [CEME], decorrente da falta de investimentos e de apoio a projetos (...) somada aos escândalos de corrupção que marcaram o período Collor e a lógica da reforma do Estado conduziram naturalmente à sua desativação, em 1997, por meio do decreto nº 2.283.

E segue a mesma autora:

Mesmo com todas as dificuldades, a CEME era uma estrutura que acumulava saber técnico e político ao longo do histórico de projetos e tentativas para fomentar o desenvolvimento tecnológico do país. Por este motivo, até aquele momento, o incentivo à sua reestruturação foi pauta contínua do movimento sanitário, estando entre as recomendações das 8ª, 9ª e 10ª Conferências de Saúde. Contudo, esse parecia ser um caminho muito difícil e, até mesmo, inviável diante da situação encontrada pelo órgão e da conjuntura, na qual a ideologia neoliberal se fortalecia no país. ALENCAR (2016, p. 168)

Em substituição à CEME, foi criado o Programa de Farmácia Básica (BRASIL, 1997)³⁴, destinado exclusivamente à atenção básica de saúde, que consistia em um módulo padrão de suprimento composto por 40 medicamentos para atendimento de cerca de 3.000 pessoas, no período médio de três meses, nos municípios mais carentes.

³² “No final da década de 1980, e como resultante das discussões produzidas pela categoria farmacêutica em articulação aos debates do movimento sanitário, houve um movimento para que a questão do medicamento fosse entendida como um componente mais amplo definido como assistência farmacêutica. Essa passou a ser, então, uma questão mais abrangente que agregou, além dos aspectos relativos à produção, distribuição, qualidade e disponibilidade já destacados nos estudos referidos, elementos relativos ao uso racional e às atividades farmacêuticas. Inclusive, a expressão assistência farmacêutica aparece na Lei Orgânica nº 8.080/90. Observou-se, contudo, que, ao longo do tempo, essas expressões passaram a ser referidas ora como sinônimos, ainda que se restringissem a ações voltadas exclusivamente ao componente medicamento, ora no sentido mais amplo, conforme defendido naquele momento”. ALENCAR (2016, p.19/20)

³³ Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. O INAMPS fora criado em 1974, por desmembramento do INPS que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

³⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Farmácia Básica**: Programa 1997/98. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

A intenção era que esse programa fosse desenvolvido nos anos de 1997 e 1998 e que, progressivamente, os estados criassem seus próprios programas de assistência farmacêutica.

Compreende-se que o Farmácia Básica era um programa seletivo, que delimitava como critério de acesso o nível de pobreza. Nesse sentido, aparecem no documento as expressões “populações menos assistida”, “classes sociais menos favorecidas” e “mais carentes”. Ou seja, divergindo do que estava exposto na LOS [Lei Orgânica da Saúde], o governo federal [FHC] instituía um programa de assistência farmacêutica para pobres.

Na verdade, este Programa foi uma reedição do Programa Farmácia Básica, implementado no final dos anos de 1980 – no governo José Sarney - conforme apontado por Oliveira, Assis e Barboni (2010).

Nesse contexto histórico, explicitava-se a premência de uma política farmacêutica para o Brasil em conformidade com os princípios do SUS, com as necessidades do país e que integrassem o potencial produtivo dos laboratórios oficiais. Essa ação programática era incompatível com o princípio do acesso universal proposto pelo SUS.

Assim, mudanças de princípios e diretrizes foram introduzidas com a Constituição brasileira, em 1988. Esta estabeleceu a saúde como direito social e o seu cuidado como competência comum da União, das Unidades da Federação, do Distrito Federal e dos municípios. De acordo com o se Art. 196 da CF:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Pochmann (2013, p. 151) analisando essa problemática afirma que:

As bases da economia social atual originaram-se na Constituição Federal de 1988, que estabeleceu os grandes complexos do Estado de bem-estar social no Brasil especialmente no âmbito da seguridade social (saúde, previdência e assistência social), favoráveis ao avanço importante do gasto social absoluto e relativo ao PIB. Mesmo assim, a difusão do receituário neoliberal na década de 1990 praticamente paralisou as possibilidades de avanço do gasto social, com crescente focalização dos recursos e desvio da tendência universalista.

Santos (2009, p. 22), acerca do contexto histórico nacional, argumenta:

Todos estes eventos dos anos 1980 só foram viáveis com mobilização, organização, que articulou o pluralismo partidário, as diferentes matizes ideológicas e os corporativismos da época em torno do ideário republicano (coisa pública) dos direitos sociais e papel do Estado. Houve consciência suficiente de quais eram os principais interesses e setores contra a criação e força política provenientes da condução fortemente progressista da ampla

frente política pelas liberdades democráticas e democratização do Estado do SUS, e obviamente, das alianças capazes de superá-los.

Essa Carta Magna fora uma ruptura com os governos anteriores, especialmente os 21 anos de ditadura militar. Na compreensão de Escorel (1999), o regime autoritário-burocrático brasileiro instaurado em 1964 tinha, em sua fase inicial, duas grandes tarefas a realizar: restaurar a ordem e normalizar a economia. Para restaurar a ordem lançou mão da repressão e suprimiu as mediações existentes entre Estado e sociedade em uma democracia liberal. A normalização da economia foi feita às custas da exclusão econômica das frações populares e da despolitização dos processos, que passaram a ser concebidas – ideologicamente - segundo a ótica da neutralidade técnica.

Tais movimentos, presentes na sociedade brasileira, tiveram a sua materialidade igualmente na saúde. Nesse contexto:

A repressão atingiu esse setor através de cassações, inquéritos policiais militares, cerceamento ao trabalho, interrupção de financiamentos e até mesmo o fechamento total de núcleos de pesquisa. O estágio de decadência que atingiu o Instituto Oswaldo Cruz é um dos produtos visíveis dessa primeira fase do regime autoritário-burocrático (...). A supressão das mediações entre Estado e sociedade torna essa máquina estatal permeável aos ‘assaltos opacos’, com a formação de ‘anéis burocráticos’ que não têm de prestar contas de seus atos (ESCOREL, 1999, p. 181).

Sobre tal temática, Sader (2013, p. 187) destaca em “A construção da hegemonia pós-neoliberal”:

A transição democrática no Brasil teve força suficiente – ao contrário de outros países da região – para convocar uma Assembleia Constituinte e dotar-se de uma carta da democracia restaurada. Seu presidente, Ulysses Guimarães, a chamou de Assembleia Cidadã, porque ela restaurou direitos cassados pela ditadura militar.

Era preciso garantir liberdades, formas de governar, políticas de assistência social, médicos, escolas, moradias, transporte público, hospitais. Nesse sentido, foram implantados, por exemplo, o Sistema Único de Saúde (SUS)³⁵ e a universalização da Seguridade Social.³⁶

³⁵ Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

~~V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;~~

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

Alencar (2016, p. 99) argumenta que:

Sobre estes dispositivos, Rodriguez Neto (2003)³⁷, apontou como positivo o relativo grau de autoridade do SUS sobre o processo de produção e utilização de insumos essenciais, constituindo-se uma novidade quando comparada a Constituições de outros países, pois tradicionalmente a área de saúde tinha responsabilidades apenas sobre as ações de vigilância sanitária.

E segue a autora:

Ao considerar o mercado interno como patrimônio nacional, bem como assegurar mecanismos de estímulos ao desenvolvimento do setor de pesquisa e tecnológico, o texto Constitucional manteve condições para o processo de desenvolvimento do setor farmacêutico nacional (ALENCAR, 2016, p. 100).

Ainda sobre essa temática, Paim (2007, p. 97) assevera, apropriadamente, que:

(...) pode-se concluir que a RSB [Reforma Sanitária Brasileira] é uma “reforma social” centrada na democratização “da saúde” por meio da elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e do reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao SUS e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão. É uma reforma “do Estado” e dos seus aparelhos quando defende a descentralização do processo decisório, o controle social e o fomento da ética e da transparência nos governos. É, também, uma reforma “da sociedade e da cultura” quando se propõe a alcançar os espaços da organização econômica e cultural mediante a produção e distribuição justa da riqueza, uma “totalidade de mudanças” em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, articulado a uma reforma intelectual e moral.

Alencar (2016, p. 23/4), corrobora com a análise anterior, quando afirma que:

A RSB pode ser entendida como um fenômeno sócio-histórico, enquanto uma reforma social. Ainda que tenha como referência a saúde, distingue-se de uma reforma setorial da saúde. Ou seja, trata-se de uma reforma que busca enfrentar a questão sanitária com uma abordagem mais ampla, transcendendo o setor saúde e envolvendo uma dimensão ideológica e também das relações que se processam na sociedade.

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

BRASIL. Constituição Federal 1988: Texto Constitucional de 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucional Nº1/92 a 62/09 e Emendas Constitucionais de Revisão Nº1/94 a 6/94. Ed. Atual. Em dezembro de 2009. Brasília: Senado Federal Subsecretaria de Edições Técnicas, 2009.

³⁶ O art. 195 da Constituição de 1988, diz: “A seguridade Social será financiada por toda a sociedade, de forma indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, (...)”.

³⁷ RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Ou ainda, segundo essa mesma autora:

(...) a RSB se apresenta como parte integrante de uma “totalidade de mudanças” na sociedade, que requer ampliação da consciência sanitária e transformação em outros setores sociais que, por sua vez, determinam novas condições sanitárias (salário, habitação, saneamento, transporte, lazer, meio ambiente) (ALENCAR, 2016, p.50).

Encontramos em Escorel (1999, p. 85) uma menção na qual diz: “O movimento sanitário italiano atingiu grande unidade, abrangência e intensidade de ação no final da década de 70 e foi um modelo para o movimento brasileiro”.

Sobre a Reforma Sanitária, Néelson Rodrigues dos Santos (2009, p. 22), afirma que:

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira surge na segunda metade dos anos 1970 no âmago do movimento maior que se ampliava em todos os segmentos da sociedade, ou seja, o das lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura. As entidades emblemáticas eram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) criados, respectivamente, em 1976 e 1979. O movimento municipal de saúde nasce paralelamente no mesmo período e nas mesmas circunstâncias. Após estas raízes, a maior parte dos marcos históricos da Reforma Sanitária e do SUS coincidiram com o aprofundamento dos movimentos sociais e o Legislativo. É sobre o conjunto dessa história recente que se destaca 20 anos de SUS a partir de 1988, (...).

Estudando essa temática, Rodrigues, Cruz e Tavares (2017, p.193) argumentam que:

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito universal que deve ser garantido pelo Estado (...). O Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Lei nº 8.080/90, possui como princípios doutrinários a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência, competindo-lhe a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (...). Na perspectiva de concretizar e executar políticas farmacêuticas e com o escopo de promover o acesso a medicamentos essenciais e o uso racional de medicamentos, foram estabelecidas a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2006). Desde então, diversos avanços foram garantidos, dentre estes, destaca-se a ampliação nos investimentos da gestão pública: apenas de recursos federais, o orçamento passou de 1,9 bilhão de reais para 12,4 bilhões, considerando o período de 2003 a 2014.

Portanto, a Política Nacional de Medicamentos adotou, pelo menos teoricamente as diretrizes e princípios do SUS.

A PNM traz como diretrizes a adoção da RENAME;³⁸ a regulação sanitária de medicamentos;³⁹ a reorientação da assistência farmacêutica com

³⁸ A RENAME – e suas atualizações bianuais – consolidou-se como um referencial das ações de assistência farmacêutica, interferindo desde a pesquisa e produção até a aquisição e o uso, racionalizando recursos,

descentralização da gestão; a promoção do uso racional de medicamentos; o desenvolvimento científico e tecnológico; a promoção da produção de medicamentos; a garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos envolvidos com a Assistência Farmacêutica. (OLIVEIRA, ASSIS e BARBONI, 2010, p. 3564).

O processo de descentralização (ao contrário da centralização da CEME) da assistência farmacêutica no SUS, criado no interior da Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.⁴⁰

Diante desse cenário, foi elaborada e aprovada em 1998 a PNM [Política Nacional de Medicamentos] brasileira, com base nos princípios e diretrizes do SUS, integrando esforços para a consolidação do novo sistema de saúde brasileiro e norteando as ações das três esferas de gestão. (MIRANDA, 2014, p. 29)

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil teve suas diretrizes estabelecidas e regulamentadas na Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/90) com base no artigo 198 da Constituição Federal.⁴¹

Ribeiro (2015, p. 113) refletindo sobre o SUS, afirma que: “Estando materialmente integrado a um amplo território, o SUS ultrapassa em muitos aspectos, pelo menos tendencialmente, diversos tipos de fronteiras (...): políticas, econômicas e de conhecimento”.

direcionando a elaboração das relações de medicamentos nas Unidades da Federação e municípios brasileiros, orientando o acesso aos medicamentos essenciais e, assim, interferindo nas tensões e conflitos entre o Estado e mercado farmacêutico, ávido pela inclusão de suas novidades farmacológicas no SUS. José Gomes Temporão, em entrevista concedida à Alencar (2016, p.176), nos diz que: A RENAME cumpriu um papel muito importante. [...]. Ela sempre se colocou como uma visão de saúde pública, do ponto de vista da assistência farmacêutica. [...] desde então, teve um papel político muito importante no sentido de sinalizar uma lista de medicamentos que deveria estar acessível a todos os brasileiros. Do outro lado também é uma sinalização para a rede de laboratórios públicos que sempre participaram do esforço de produção. Então, eu concordo que a RENAME sempre foi um instrumento político, além de técnico, mas também político, de olhar a oferta de medicamentos pelo lado da saúde pública. Mas há outra dimensão aí, que é certa luta permanente entre as estratégias mercadológicas da indústria e o interesse da saúde pública. Então, há uma grande pressão o tempo todo da indústria de querer colocar no mercado novidades terapêuticas. (José Gomes Temporão)”.

³⁹ Batista (2015, p.14), menciona que: “No que se refere à regulação, os medicamentos apresentam elevada especificidade frente a outros bens de consumo e é comercializado mediante algumas particularidades mercadológicas. Devido a este fato, merecem atenção especial dos governos, que em geral, adotam medidas regulatórias da produção, distribuição, comercialização e utilização (...)”.

⁴⁰ BRASIL. **Lei Federal nº 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990.

⁴¹ Constituição Federal - Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. BRASIL. Constituição Federal 1988.

O mencionado autor cita como exemplo de *fronteiras políticas* o fornecimento de vacinas produzidas nos laboratórios públicos brasileiros para outros países, atração de profissionais de saúde de outros países, pactuações com organismos internacionais como Organização Pan-Americana da Saúde integrada à Organização Mundial da Saúde, entidade conveniada com o Brasil, para a execução do Programa Mais Médicos; de *fronteiras econômicas*, cita o próprio Programa Mais Médicos (convênio internacional para contratação de médicos estrangeiros para atuarem na atenção básica do SUS em lugares do Brasil caracterizados pela escassez de médicos)⁴²; instalação da fábrica de antirretrovirais e outros medicamentos em Maputo (Moçambique); base produtiva internacionalizada dos insumos (medicamentos) e equipamentos médico-hospitalares; permissão ao capital estrangeiro para operar planos e seguros de saúde no país; e recente abertura irrestrita à participação do capital estrangeiro, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde pública no Brasil; fronteira do *Conhecimento*: além da disputa pela tecnosfera através da produção de discursos e opiniões divergentes, a psicosfera do sistema de saúde brasileiro é permeada pela própria racionalidade hegemônica (medicina técnico-científica), pelas outras racionalidades médicas que o sistema tem incorporado através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, de 2006 e, ainda que em menor grau, por aquelas que animam as práticas populares e demais terapêuticas presentes nas diversas regiões brasileiras.

Estabelecida a chamada Lei Orgânica da Saúde, que em seu Artigo 6º determina, como campo de atuação do SUS, “a formulação da política de medicamentos (...)”. Atribui, igualmente, ao setor saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL, 1990).

Assim, se mantém as propostas defendidas pelo Movimento Sanitário: “A novidade em relação ao que foi discutido nos debates que antecederam a publicação da Lei diz respeito ao destaque dado à assistência farmacêutica no conjunto das ações de assistência terapêutica de responsabilidade do SUS”. (ALENCAR, 2016, p. 120)

A CEME – Central de Medicamentos – foi a entidade incumbida oficialmente pela assistência farmacêutica no país até 1997, ocasião que foi desativada pelo governo FHC -

⁴² DANTAS (2018) analisou o “Mais Médicos” em Mato Grosso do Sul.

sendo suas atribuições transferidas para diferentes órgãos e setores do Ministério da Saúde.⁴³

Foi nesse contexto que se elaborou a Política Nacional de Medicamentos (PNM)⁴⁴, estabelecida em 1998, tendo como base e diretriz o SUS, sendo essencial para proporcionar melhorias na saúde do cidadão, como o acesso aos medicamentos considerados essenciais. Sobre essa temática Aragão (2012, p. 84) enfatiza:

(...) considerando o fracasso de várias políticas e programas anteriores no que diz respeito à política de assistência farmacêutica e a desorganização dos serviços farmacêuticos, o Ministério da Saúde implanta a Política Nacional de Medicamentos (PNM) através da Portaria N° 3.916/98.

Definiu-se a PNM com funções e finalidades da Assistência Farmacêutica, sendo esta definida no SUS como um grupo de atividades relacionadas ao medicamento, grupo esse destinado a apoiar as ações de saúde, incluindo o abastecimento de medicamentos, com base na adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);⁴⁵ a conservação e o controle de qualidade; a segurança e a eficácia terapêutica e o acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar o seu uso racional.

Ademais, a PNM através da Portaria Ministério da Saúde n° 3916, de 30 de outubro de 1998, em seu prefácio menciona que:

Contempla diretrizes e define prioridades relacionadas à legislação - incluindo a regulamentação -, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico.⁴⁶

⁴³ Referindo ao contexto de atuação da CEME, Oliveira; Assis e Barboni (2010, p. 3563), argumentam que: “A década de 1990 foi marcada por uma crise na Ceme em razão de atritos entre a instituição e os laboratórios oficiais e escândalos de corrupção que culminaram com a sua extinção, em 1997.”

⁴⁴ BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI N° 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. Brasília, 19 de setembro de 1990.

⁴⁵ “Em 1975, na Assembleia Mundial de Saúde, já era solicitado o apoio dos países membros para o estabelecimento de políticas farmacêuticas, incluindo as estratégias para a seleção e a aquisição correta de medicamentos essenciais de qualidade e de acordo com as necessidades sanitárias. A primeira lista de medicamentos essenciais foi publicada pela OMS em 1977 (...)” (ALMEIDA, 2015, p. 15). Essa mesma autora aponta que em 1978, na Conferência Internacional de Atenção Primária convocada pela OMS e pela UNICEF, o acesso aos medicamentos essenciais foi considerado parte necessária da atenção primária à saúde. Tais iniciativas desencadearam a produção de programas da OMS para estes medicamentos, à realização de conferências sobre o uso racional dos medicamentos e ao apoio técnico para a adoção de políticas farmacêuticas nacionais.

⁴⁶Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html

Assim, com a PNM buscou-se regulamentar a seleção, aquisição e distribuição dos medicamentos para a sociedade.

A Política Nacional de Medicamentos – instituída pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 - estabelece diretrizes e responsabilidades das esferas de gestão/governo para assegurar a disponibilidade de medicamentos e atividades de assistência farmacêutica no país.

De acordo com a referida Portaria, a PNM é parte essencial da Política Nacional de Saúde e fundamenta-se nos princípios e diretrizes do SUS (ALENCAR, 2016, p. 172).

Refletindo acerca da PNM, Oliveira, Assis e Barboni (2010, p. 3564), argumentam que:

A preocupação com o aumento da cobertura na distribuição de medicamentos é perceptível, principalmente no âmbito federal, especialmente em relação aos medicamentos essenciais distribuídos na ABS [Assistência Básica à Saúde]. (...). Apesar disso, a análise da legislação sobre AF [Assistência Farmacêutica] no SUS mostra que as questões do financiamento e de utilização racional dos recursos são predominantes, em detrimento da qualidade dos medicamentos adquiridos e dos processos envolvidos na dispensação, entre eles aspectos importantes como a orientação e educação do usuário.

Conforme enfatiza Alencar (2016, p. 213) inexistia, até aquele momento histórico, um órgão estruturado e centralizador dos programas e ações relativas à assistência farmacêutica capaz de articular e gerir o conjunto das necessidades em torno dos medicamentos nas diferentes áreas do país. Isso só ocorreu posteriormente, em 2003, no governo Lula, com a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE).⁴⁷ Sobre essa questão: “Pela primeira vez, teve-se a iniciativa de articular as pautas relativas aos medicamentos, à assistência farmacêutica e à C&T em um único órgão e não mais distribuído em diferentes setores como ocorria durante os períodos anteriores”. (ALENCAR, 2016, p. 232).

No interior dessa Secretaria foram criados vários Departamentos, dentre os quais o de Assistência Farmacêutica (DAF). Nesse sentido, as pautas tornam-se mais orgânicas no interior do Estado, institucionalizam-se, ganham materialidades e ossaturas.⁴⁸

⁴⁷ “(...) por meio da SCTIE, o Ministério da Saúde passou a orientar, além da política de medicamentos e de assistência farmacêutica, a política de pesquisa na área da saúde, sendo este um passo importante para o estabelecimento de parcerias e articulações interministeriais necessárias para fazer avançar esse setor no país”. ALENCAR (2016, p. 234)

⁴⁸ Um dos entrevistados na tese de Alencar (2016, p.232), argumenta nessa direção: “A construção de um Departamento foi a mola propulsora para que as políticas fossem desencadeadas. (José Miguel do Nascimento Júnior)”.

Em linhas gerais, ao DAF foi incumbida a responsabilidade pela formulação, coordenação e acompanhamento das atividades de fomento à produção estatal de medicamentos; de aquisição e distribuição de insumos estratégicos para a saúde e de medicamentos no contexto do SUS.

No bojo desse processo, em 2004 – na gestão do Presidente Lula⁴⁹ – foi criada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) – em respeito às deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica,⁵⁰ realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003, cujo tema foi “Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social” - que vem reforçar o caráter amplo da AF, com ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Mais ainda, busca-se efetivar o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com controle social.

Sobre essa Conferência, Alencar (2016, p. 252), menciona que:

A análise do relatório final permite entender que a CNMAF foi produtiva no que se refere à variedade de temas abordados, quantidade de proposições, muitas das quais consoantes com as pautas defendidas pelo movimento sanitário e presentes nas conferências de saúde ocorridas até então.

E mais, essa mesma autora, defende que a PNAF foi produto de um processo de construção coletiva, fundamentada no controle social, diferente do modo como se deu a construção da Política Nacional de Medicamentos (PNM) que, malgrado de ter tido a

⁴⁹ Neste mesmo ano foi estabelecida a Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), com o objetivo declarado de fortalecer e expandir a base industrial brasileira por intermédio da melhoria da capacidade inovadora das empresas. No bojo dessa política definiu como diretriz estratégica, entre outras ações, as atividades relacionadas a Fármacos e Medicamentos, tendo como objetivos reitores a ampliação do acesso da população aos medicamentos, o equilíbrio da balança comercial dos produtos farmacêuticos e a elevação dos investimentos produtivos. Institucionalizou-se, de modo, a necessária articulação entre os setores da saúde, tecnologia e indústria. Dados os objetivos dessa dissertação não aprofundaremos essa temática que, até pela sua complexidade, comporta uma pesquisa específica.

⁵⁰ O Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução 331, de 2001, aprovou a realização da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica para 2001, todavia, tensões entre sujeitos participantes e o governo FHC travaram sua realização que só aconteceu em 2004, já no governo Lula. Vejamos o relato: (...) foi aprovada a Conferência [em 2001, durante a reunião do CNS] e aí eu fui indicada para coordenar a Conferência. Daí o governo veio com tudo, né? O ministro era Serra, na época, e disseram: “de jeito nenhum”. Eles queriam os caras deles para coordenar a Conferência, claro [...]. Na época eles queriam o [Jorge] Bermudez da Escola Nacional de Saúde Pública [...] ou um farmacêutico de Minas que na época era coordenador da área técnica de assistência farmacêutica no Ministério [...]. Levou quase um ano, por que ... primeiro, eles queriam que a Conferência analisasse somente aquela normativa que era sobre a Política Nacional de Medicamentos, e nós não queríamos aquilo. A gente queria uma Conferência de medicamentos e de assistência farmacêutica. E eles queriam só de política de medicamentos. E aí começamos aquele embate de que a política era uma coisa, a assistência outra, o que uma contém a outra que não contém [...] foi uma confusão. (Clair Castilho). Entrevista concedida à ALENCAR (2016, p.209).

participação do CNS, foi predominantemente organizada por um grupo técnico decidido pelo Ministério da Saúde. (ALENCAR, 2016, p. 253)

Vejamos o que menciona, o Conselho Nacional de Saúde (CSN), através da Resolução 338, de 06 de maio de 2004:

(...) as ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.⁵¹

Analisando essa política, Oliveira, Assis e Barboni (2010, p. 3565) asseveram:

Através da PNAF, verifica-se a inserção da Atenção Farmacêutica como prática norteadora das atividades do farmacêutico dentro da AF. (...) a Atenção Farmacêutica tem a pretensão de atender a uma necessidade dentro do SUS de humanização do atendimento, estabelecimento de vínculo e acolhimento em relação ao usuário.

Nesse contexto histórico, no ano posterior a criação da PNAF, foi instituído o Programa Farmácia Popular do Brasil, através de Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, assinado pelo então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Como já mencionamos o seu eixo principal é a implantação da Rede Farmácia Popular do Brasil, em parceria com governos estaduais e municipais, como com instituições de saúde e de Ensino Superior (IES) sem fins lucrativos para a instalação de unidades próprias do Programa, por meio de convênios com a FIOCRUZ, tendo como interveniente o Ministério da Saúde.

Condição esta necessária para prosseguimento de implantação do “Farmácia Popular”, que além de disponibilizar um elenco de medicamentos produzidos pelo setor estatal (FIOCRUZ), também poderá através de licitações junto a empresas produtoras de medicamentos genéricos.⁵² Foi dada prioridade aos medicamentos genéricos em razão do

⁵¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 338, DE 06 DE MAIO DE 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html

⁵² Segundo definição do Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico de 2016, o medicamento genérico:

seu custo ser inferior aos de referência, e, legalmente, se o paciente tem uma receita para o medicamento de marca, este pode ser substituído na farmácia pelo genérico. Para os produtos similares, o medicamento deve ser prescrito pela própria denominação do princípio ativo. (Almeida, 2015, p. 78)

Almeida (2015, p. 23), menciona que:

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

Ainda, segundo essa mesma autora, a preferência aos genéricos no Programa Farmácia Popular se deve ao fato destes medicamentos oferecerem margens de lucratividade maiores às farmácias, porém, as indústrias de genéricos acabam tendo que oferecer descontos altos, em torno de 60% sobre o preço de fábrica, para participarem do Programa. (ALMEIDA, 2015, p. 140)

Ainda acerca dos genéricos, Almeida (2015, p. 72) relata que:

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

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

Constatamos que há 18 anos, portanto em 2000⁵³ - o primeiro medicamento genérico foi registrado no Brasil. Um levantamento inédito da Agência Nacional de Vigilância

“Contém o mesmo princípio ativo, na mesma dose e forma farmacêutica, é administrado pela mesma via e com a mesma posologia e indicação terapêutica do medicamento de referência, apresentando eficácia e segurança equivalentes à do medicamento de referência podendo, com este, ser intercambiável. A intercambialidade, ou seja, a segura substituição do medicamento de referência pelo seu genérico, é assegurada por testes de equivalência terapêutica, que incluem comparação in vitro, através dos estudos de equivalência farmacêutica e in vivo, com os estudos de bioequivalência apresentados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Os medicamentos genéricos podem ser identificados pela tarja amarela na qual se lê “Medicamento Genérico. (...) Como os genéricos não têm marca, o que você lê na embalagem é o princípio ativo do medicamento”

(ANVISA, 2017)

⁵³ Em fevereiro de 1999, a lei nº 9.787 foi sancionada, estabelecendo o medicamento genérico no país. Tinha, desse modo, condições para a intercambialidade, podendo ser produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade.

Sanitária (ANVISA) demonstra que os medicamentos genéricos em comercialização têm alto índice de aprovação em análises feitas para atestar qualidade e segurança dos produtos. De um total de 284 lotes analisados em 2016 e 2017, 85,9% estavam em conformidade com informações do fabricante e de acordo com exigências técnicas. Como são bastante comercializados no Brasil, a quantidade de lotes de genéricos selecionados para testes no período representou 61,4% do total avaliado (462).⁵⁴

De acordo com a ANVISA, a seleção dos medicamentos avaliados é feita com base no volume das notificações de queixas técnicas e de desvio de qualidade. Igualmente, são prioritários os produtos usados pelos consumidores e por programas do Ministério da Saúde, como o Farmácia Popular do Brasil.

Refletindo acerca dessa problemática, Almeida (2015, p. 22), evoca que:

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

Segundo a ANVISA (2018), através de seu sítio eletrônico:

O número de novos registros de medicamentos genéricos no Brasil passou de 146, em 2014, para 336, em 2017, o que representou um aumento de 130,1% em apenas quatro anos. No total, houve um total de 1.830 solicitações de registro deste tipo de produto, das quais 1.229 estavam de acordo com as exigências Anvisa. Outros 601 pedidos de registro foram recusados por não cumprirem os parâmetros sanitários para a produção.⁵⁵

Em termos mercadológicos já apontamos anteriormente que o Brasil⁵⁶ é um mercado em que grandes empresas possuem forte atuação.⁵⁷ Nesse contexto, “constata-se que 52

⁵⁴ Os dados são do Programa de Verificação de Medicamentos (Proveme), que faz a avaliação de itens que já estão no mercado farmacêutico e com registro na Anvisa.

⁵⁵ ANVISA. “Registro de medicamentos genéricos faz 18 anos” 04.07.2018. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/jarbas-apresenta-relatorio-de-atividades-2017-a-senadores/219201?

⁵⁶ Ribeiro (2015, p.70) analisando historicamente argumenta que: “A indústria brasileira dispunha, até a década de 1940, de nível tecnológico idêntico ao verificado no padrão internacional da época, não havendo grandes diferenças qualitativas na produção de medicamentos, se comparada a outros países do mundo (...). (...) neste período as indústrias eram compostas na sua maioria por pequenos laboratórios, cujos estabelecimentos aumentavam gradativamente: no ano de 1913 constituíam 765 fábricas, ao passo que em 1936 já eram 1.291 estabelecimentos. Nesse período também se verifica no Brasil a existência de incentivos do Estado às pesquisas com produtos naturais no intuito de reforçar e fortalecer os empreendimentos nacionais. Segundo Queiroz e González (2001) é somente na passagem da década de 1940 para a de 1950 que

delas detêm 83,1% do faturamento do mercado e 75,7% das apresentações vendidas”. Ademais, “esse número cresceu entre 2015 e 2016, o que demonstra um acirramento da competição de mercado entre as grandes empresas”. (ANVISA, 2017 - Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico de 2016).

Almeida (2015, p. 71), menciona que:

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

É imperioso, concordar com Alencar (2016, p. 299): “Mais uma vez o capital impôs as dimensões econômica, simbólica e ideológica sobre as dimensões social e sanitária do medicamento”.⁵⁸

Com escopo de compreendermos a envergadura desses pressupostos simbólicos e ideológicos, Almeida (2015, p. 44), menciona que: “os gastos com publicidade representam em torno de 30% do preço de mercado do medicamento, sendo, portanto, muito superiores aos gastos com P&D, que nos últimos anos se elevaram de uma faixa de 6% a 8% até alcançar 12% a 15% do seu preço final”.

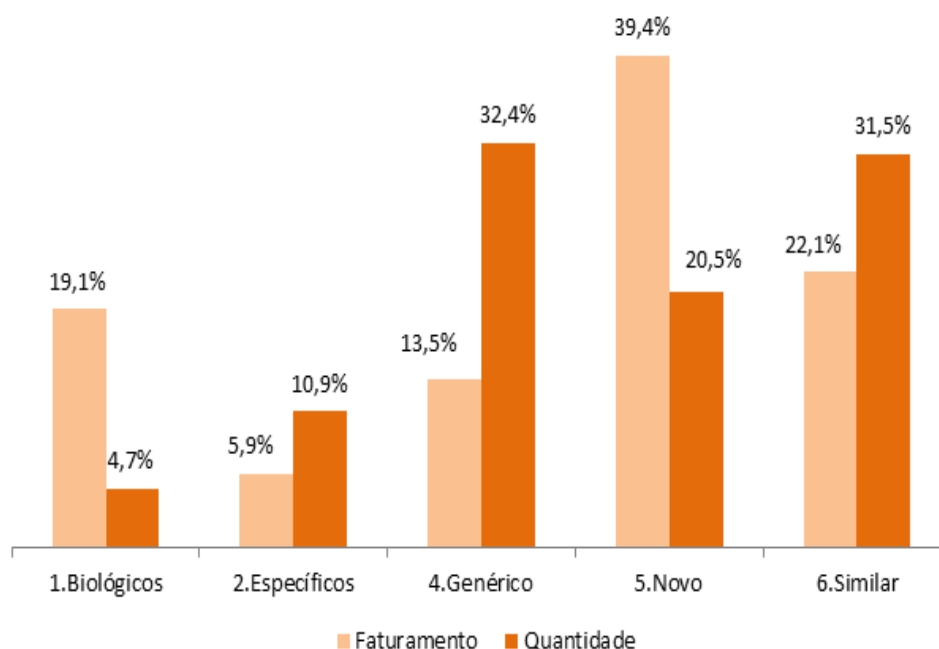
no Brasil a produção artesanal de medicamentos será superada pela industrial”. QUEIROZ, S. e GONZÁLES, A. J. V. Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica. In: NEGRI, B. e GIOVANNI, G., (org.), *Radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp, Instituto de Economia, 2001.

⁵⁷ Fernandes (2004) assinala a década de 1940 como a fase de desnacionalização da base produtiva químico-farmacêutica brasileira e predomínio das empresas transnacionais no setor que passam a atuar no país com mais vigor. Em suas palavras: “A partir dos anos 1930 a indústria químico-farmacêutica dominará o mercado de medicamentos tanto brasileiro quanto mundial. Esse domínio se fundamenta no uso de substâncias sintéticas – que lhes possibilitam uma produção em larga escala e certa autonomia frente a produtores de matérias primas – e na produção de uma psicosfera (junto a médicos, pontos de venda e publicidade) de adesão ao uso dessas novas drogas e insumos terapêuticos. Nesse período a área de ensino profissional médico no Brasil excluiu os conteúdos sobre plantas medicinais e fitoterapia de seus currículos de formação”. (FERNANDES, 2004 *apud* RIBEIRO, 2015, p.71). Ribeiro (2015, p.72) ainda aponta que as décadas seguintes à Segunda Guerra Mundial se caracterizaram pela consolidação da desnacionalização do parque produtivo brasileiro. Período este, segundo Bicudo (2006), “de desnacionalização do mercado mediante reordenamento socioespacial com subordinação tanto das empresas de capital nacional quanto das necessidades da população brasileira”. FERNANDES, T. M. **Plantas Mediciniais: memória da ciência no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

⁵⁸ “Como várias outras iniciativas brasileiras, o capital brasileiro, tem uma capacidade de se assenhorear de iniciativas positivas, no sentido de transformá-las em acúmulo de capital, que é impressionante. Então, o Brasil passou a ter genérico de marca. Tem genéricos do [laboratório] EMS, tem genérico da Biofarma, tem até Ronaldo Fenômeno fazendo propaganda do genérico de um determinado laboratório. “Meu genérico é melhor que o dele”. Como assim? Se é genérico, como é melhor? Genérico é genérico! Tem o mesmo princípio ativo e não existe marca. Eu acho que hoje a gente tem um problema. Você tem uma disputa de mercado entre genéricos que aumenta preço. Porque virou doideira [...]. Não é simples de entender. Coisas muito brasileiras, jabuticaba, né? E mais uma vez, uma iniciativa que tinha tudo para ser muito boa, virou uma disputa de mercado. (Álvaro Nascimento)” Entrevista concedida na tese de Alencar (2016, p. 299).

Ainda conforme dados do mercado farmacêutico brasileiro (2016), o anuário publicado em 2017, pela ANVISA, indica que: “o faturamento do mercado de medicamentos foi superior a R\$ 63,5 bilhões em 2016 apenas no setor industrial. Em quantidade de embalagens vendidas, mais de 4,5 bilhões de embalagens foram comercializadas no mesmo período”. E mais: “os medicamentos genéricos ultrapassaram 1,46 bilhão de embalagens vendidas e, com esse resultado, configuraram o tipo de medicamento mais comercializado no País em 2016” (ANVISA, 2017, p. 14/5).

Gráfico 1 - Percentual do faturamento e quantidade de apresentações comercializadas em 2015, por tipo de produto



Fonte: CMED/Anvisa - Relatório de comercialização enviado pelas empresas.
Nota: Dados processados em setembro/2017; somente comercialização positiva.

Neste contexto:

Considerando-se apenas a comercialização de genéricos, que pela primeira vez foram os medicamentos mais comercializados em número de embalagens, notam-se alterações substanciais na ordenação dos maiores atores do setor regulado em relação ao ano anterior. O principal grupo atuante no mercado de genéricos no Brasil é o Grupo E.M.S, que registrou vendas de R\$ 1 bilhão a R\$ 2 bilhões em 2016, apenas neste segmento. Destacam-se, também, os grupos Sanofi/Medley/Genzyme, Prati-Donaduzzi e Eurofarma/Momenta, com faturamento entre R\$ 500 milhões e R\$ 1 bilhão (ANVISA, 2017).

O mesmo anuário estatístico aponta uma forte presença dos laboratórios públicos – Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Remédio Popular e Instituto Vital Brazil - no mercado de medicamentos genéricos.

Segundo Jarbas Barbosa, diretor-presidente da ANVISA (2018):⁵⁹

O mercado nacional de genéricos teve um incremento importante nos últimos anos associado à qualidade dos produtos, ao preço e à confiança da população nesses medicamentos. A Anvisa tem um papel essencial nesse cenário, que é o de estabelecer normas rígidas para o registro de produtos, bem como para análises posteriores à entrada do farmacêutico no mercado.

Conforme apontam Machado e Mesquita (2016, p. 2), a política governamental a favor de medicamentos genéricos e a quebra de patentes de alguns produtos de referência, medicamentos de marca, favorecem este crescimento acentuado. Ademais, associado às novas regulamentações para esses medicamentos e à ampliação do poder de compra dos brasileiros mediante as políticas sociais implantadas no governo Lula e Dilma, houve maior consolidação da política de genéricos e do mercado de medicamentos de modo geral.⁶⁰

Fica evidenciado, portanto, a incisiva inserção dos chamados “genéricos” no mercado farmacêutico brasileiro. E mais, conforme determina a lei dos genéricos (Lei nº 9.787, de 1999),⁶¹ o farmacêutico pode indicar o medicamento genérico ao paciente, não efetuando tal dispensação quando o médico proíba a substituição. Trata-se da intercambialidade, ou seja, a prerrogativa de substituição dos medicamentos de referência/inovadores pelo medicamento genérico.

⁵⁹ ANVISA. “Registro de medicamentos genéricos faz 18 anos” 04.07.2018. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/jarbas-apresenta-relatorio-de-atividades-2017-a-senadores/219201?

⁶⁰ Sobre essa questão, um dos entrevistados na tese de Alencar (2016, p.246) assevera que: “A partir da política de genéricos, [...] o mercado de medicamentos no Brasil começou a crescer de maneira muito importante [...]. Esse mercado cresceu muito à custa do fortalecimento das empresas farmacêuticas de capital nacional, porque as empresas multinacionais naquele momento criminalizavam os genéricos, faziam toda uma propaganda para os médicos não usarem os genéricos, os genéricos eram remédios de segunda classe. Hoje não fazem mais isso. [...] elas estão fazendo os seus genéricos. Então, a partir daí, quer dizer, o mercado brasileiro crescendo, se você pensar a partir de 2003, 2004, com os programas de inclusão social [...], esse mercado se fortaleceu muito porque você incorporou milhões de famílias ao mercado de consumo de massa, portanto, também ao mercado de medicamentos. (Reinaldo Guimarães)”.

⁶¹ “Desde a implementação da Lei nº 9.787, de 1999, que trata dos medicamentos genéricos, o mercado farmacêutico tem sofrido alterações. Essa lei foi adotada no intuito de diminuir os gastos da população com medicamentos, uma vez que o genérico possui um preço mais baixo. Desta maneira houve uma diminuição do preço médio dos medicamentos devido a uma desconcentração do mercado e um aumento da participação da indústria nacional, uma vez que laboratórios brasileiros estão dominando a produção de genéricos no Brasil.” MACHADO e MESQUITA (2016, p.2)

Entre 2012 e 2016, o número total de produtos registrados passou de 490 a 882, o que representa um aumento de 80%. Este crescimento se deve, em grande parte, aos genéricos e similares, que, somados, correspondem a 80% do total de registros entre 2012 e 2016, e a 82% no último ano do período. Atualmente, o consumidor brasileiro conta com 6.300 produtos diferentes no mercado de medicamentos. Considerando o volume de produtos sintéticos comercializados no Brasil, há predominância de genéricos e similares (genéricos de marca), chegando a um percentual de 75,7% em 2016. Esse dado representa aumento de dois pontos percentuais em relação a 2012 (73,7%).⁶²

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento (OCDE), o atual índice brasileiro é muito próximo ao da Holanda (69,7%) e ao do Canadá (70%). Estados Unidos e Reino Unido apresentam, respectivamente, percentuais de 84% e 83,4%. No interior desse processo, a ANVISA tem a compreensão de que os dados “são positivos porque evidenciam que os medicamentos têm qualidade comprovada e aceitação no mercado mundial, bem como da população”.⁶³

No dizer de Ribeiro (2015, p. 106):

Cerca de 40% da compra de medicamentos no Brasil é feita pelo SUS (...). Fazem parte do SUS atualmente 19 laboratórios públicos para desenvolvimento e produção de medicamentos, soros, vacinas e dispositivos intrauterinos (DIU). Segundo De Lavor et al. (2011) os laboratórios públicos oficiais produzem 80% das vacinas e 30% dos medicamentos utilizados no SUS.⁶⁴

Parece-nos que o propósito governamental foi estimular e fomentar a produção pública e ampliar a possibilidade da sociedade – sobretudo sua parcela mais vulnerável - ter acesso a medicamentos com segurança e qualidade garantidas⁶⁵ a custo inferior aos praticados no mercado farmacêutico, tendo em vista que os genéricos têm, em média, preços 35% mais baixos do que os medicamentos de referência.

⁶² ANVISA. “Registro de medicamentos genéricos faz 18 anos” 04.07.2018. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/jarbas-apresenta-relatorio-de-atividades-2017-a-senadores/219201?

⁶³ ANVISA. “Registro de medicamentos genéricos faz 18 anos” 04.07.2018. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/jarbas-apresenta-relatorio-de-atividades-2017-a-senadores/219201?

⁶⁴ DE LAVOR; DOMINGUEZ e MACHADO. “Acesso e Uso - O Sistema Único de Saúde que não se vê, Sistema faz parte do dia a dia de todos os brasileiros, mas não é reconhecido em suas diversas dimensões” In: **Radis - Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, abr. 2011, p.9-17.

⁶⁵ PORTARIA Nº 111, de 2016, do Ministério da Saúde em seu “Art. 24. O quantitativo do medicamento solicitado deve corresponder à posologia mensal compatível com os consensos de tratamento da doença para o qual é indicado e a dispensação deve obedecer à periodicidade de compra e os limites definidos, constantes no “Manual de Orientações às Farmácias e Drogarias Credenciadas no Aqui Tem Farmácia Popular”, constante na página eletrônica do PFPB. (Origem: PRT MS/GM 111/2016, Art. 24)

Considerando que o perfil de consumo no Brasil mostra que mais de 50 milhões de pessoas têm dificuldades ou não tem acesso a nenhum medicamento, a introdução dos genéricos no mercado melhorou as possibilidades de consumo da população aos medicamentos, a exemplo dos mercados de países Europeus e nos Estados Unidos, em que a introdução dos genéricos possibilitou uma queda significativa nos preços dos remédios (ALMEIDA, 2015, p. 46).

No tocante à indústria farmacêutica pública, como é o caso da Fundação do Remédio Popular (FURP)⁶⁶, esta atende unicamente a demanda de medicamentos adquiridos pelo governo. Em outros termos, esse fornecimento não se estende às redes privadas de farmácias. Esta limitação de fornecimento das indústrias públicas de medicamentos para as redes privadas de farmácias faz com que o programa “Aqui tem Farmácia Popular” conte fundamentalmente com o fornecimento de medicamentos feito pelas indústrias farmacêuticas privadas e distribuidores dos medicamentos.

2.1 Objetivos do Programa

Vale mencionar que o então ministro da Saúde, Humberto Costa, durante a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (2003), declarou que estavam sendo concluídos os estudos para a criação de uma rede de farmácias populares visando garantir medicamentos de uso contínuo, com preços abaixo dos praticados pelo mercado, à população de baixa renda. A respeito dessa iniciativa governamental, a plenária da Conferência se posicionou defendendo a implantação de um programa dessa modalidade, deveria ser precedida de um amplo debate envolvendo a sociedade civil. (ALENCAR, 2016, p. 255)

Nesse quadro histórico, o Programa “Farmácia Popular do Brasil” foi lançado pelo Governo Federal em 2004, com o objetivo de “assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde a baixo custo”.⁶⁷

Almeida (2015, p. 45), evoca que:

⁶⁶ A Fundação atua em mais de três mil cidades brasileiras, com cerca de seis mil clientes cadastrados, entre secretarias estaduais de saúde, hospitais públicos, consórcios de municípios, prefeituras, instituições estaduais, federais, municipais e filantrópicas, além de sindicatos e fundações. Foi fundada em 9 de março de 1974, e sua fábrica, inaugurada em 1984, está instalada em Guarulhos, na Grande São Paulo.

⁶⁷ BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 10.858**, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília, 13 de abril de 2004.

(...) 48% dos medicamentos vendidos no mercado regular são adquiridos por 15% da população, com renda acima de 10 salários mínimos. Os que ganham menos de quatro salários mínimos consomem apenas 16% dos medicamentos vendidos no Brasil. Estima-se que aproximadamente 40% da população brasileira não consegue ter acesso aos medicamentos no mercado regular e a única alternativa para essas pessoas são os produtos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Através dessa ação programática o Governo tem como um dos principais objetivos a ampliação do acesso da sociedade aos medicamentos básicos e essenciais, como já mencionado anteriormente, diminuindo assim o impacto do preço dos medicamentos no orçamento familiar. Até mesmo porque dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de instituições brasileiras indicam que as famílias de menor renda destinam 2/3 dos gastos com saúde para a compra de medicamentos (BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2005b).

Um dos principais objetivos do PFPB é favorecer uma parcela da população que tem renda de até quatro salários mínimos, e que embora utilize o sistema privado de saúde, não têm condições de manter seus tratamentos em função dos altos custos. O Programa não tem como objetivo atender os usuários do SUS já que estes deveriam receber AF [Assistência Farmacêutica] municipal. Entretanto, o Programa também tem proporcionado uma alternativa de acesso para essa população que muitas vezes sofre com a falta de medicamentos na rede pública (MIRANDA, 2014, p. 29).

Almeida (2015, p. 45) menciona que:

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

A garantia de acesso dos cidadãos aos medicamentos essenciais para a assistência básica em saúde e a reordenação das práticas assistenciais são imprescindíveis para uma maior eficácia no nível primário de saúde, no contexto do SUS e da Assistência Farmacêutica.⁶⁸

⁶⁸ “Até a criação do SUS, em 1988, não existia o fornecimento regular de medicamentos para as demais doenças, e a aquisição dos medicamentos ficava, em sua maior parte, por conta dos pacientes. Esta questão trouxe, como reflexo, uma situação de iniquidade, em que apenas os que podiam custear os seus próprios medicamentos conseguiam tratar adequadamente as suas doenças. (...) A implantação do SUS resultou, portanto, de um processo histórico e social para mudar esse quadro” (ALMEIDA, 2015, p.61).

Conforme menciona Vieira (2010, p. 150), quando se fala da organização da assistência farmacêutica no setor público de saúde no Brasil, é necessário considerar que o seu modelo de gestão segue os mesmos moldes do modelo de gestão da saúde.

No SUS, a assistência farmacêutica desenvolve-se em três grandes segmentos: 1) na atenção básica à saúde, com medicamentos essenciais; 2) nos programas estratégicos de saúde, para o controle de doenças - da mesma maneira que os hemoderivados e vacinas, estes medicamentos são voltados para enfrentar as endemias como a tuberculose, hanseníase, leishmaniose, malária, chagas e AIDS e; 3) nos medicamentos excepcionais de alto custo, para doenças específicas/patologias complexas.

Um dos grandes desafios dos gestores públicos é a realização de investimentos para que cidadão possa cuidar de sua condição de saúde sem comprometer a renda familiar e ainda não venha a abandonar algum tratamento por falta de acesso ao medicamento. Tal processo fortalece o papel do Estado em garantir ao cidadão o direito a saúde.

Oficialmente se afirma:

O Programa destina-se ao atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde, mas principalmente, daquelas que utilizam os serviços privados de saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em estabelecimentos farmacêuticos comerciais. Por vezes, essas dificuldades levam ao não-cumprimento regular do tratamento. Nesse caso, quando se trata de doenças crônicas como a hipertensão e diabetes, a eventual utilização irregular de medicamentos compromete os resultados esperados com o tratamento. A consequência natural é o agravamento do quadro e o aparecimento de complicações que, em muitos casos, são tratadas nos serviços ligados ao Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2005, p. 13)

Alencar (2016, p. 263), argumenta que:

Parece ter havido, portanto, uma preocupação em deixar claro a não associação do PFPB à dispensação de medicamento já realizada pelo SUS, haja vista as críticas de que o programa apresentava inconstitucionalidades ao fornecer medicamentos mediante copagamento, ainda que fosse de uma pequena porcentagem, e também de que as farmácias do SUS ficariam prejudicadas (...). Reforça esse argumento o artigo 4º do referido decreto ao explicitar que o PFPB seria executado sem prejuízo ao abastecimento da rede pública nacional do SUS.

Ainda, acerca desse atendimento com a inclusão do não-usuário do SUS, o documento oficial do Programa, argumenta que:

Essa situação representa um dos grandes desafios dos gestores públicos, pois uma parcela significativa dessas pessoas é usuária de serviços

privados de saúde, os quais não garantem assistência farmacêutica. A ação do governo federal, disponibilizando uma relação de medicamentos mediante o simples ressarcimento dos seus custos, fortalece o papel do Estado no amparo dos direitos à saúde para esses cidadãos (BRASIL, 2005, p. 7).

Todavia, essa denominação de não-usuário é utilizada ideologicamente, pois todo cidadão utiliza o SUS. Nas palavras de Ribeiro (2015, p. 109):

Embora 75% da população brasileira seja exclusivamente usuária do SUS, os outros 25% que têm plano de saúde também utilizam o SUS em alguma medida, sobretudo nas ações de prevenção (vigilância sanitária, campanhas, programas de imunização), de procedimentos de alta complexidade (como transplantes, medicamentos de alto custo), nos serviços de urgência e emergência, ou mesmo através dos profissionais de saúde acessados de forma privada (através de plano ou desembolso individual direto), como no caso dos médicos cuja melhor formação de especialistas no Brasil é proporcionada, de modo geral, pelas instituições públicas custeadas pelo Estado.

Ainda sobre essa temática, esse autor, apropriadamente, argumenta:

O SUS constitui infraestruturas da vida cotidiana das pessoas. Em maior ou em menor grau, mas em alguma medida, se faz presente no dia a dia das pessoas, ainda que não tenhamos consciência dessa dependência e dessa incidência. Compreendê-lo como macro sistema de saúde permite apreendê-lo como dimensão espacial do cotidiano e desvendar as intencionalidades e projetos que acompanham os discursos e as ações de atores e agentes no campo da saúde (RIBEIRO, 2015, p. 102).

Esse mesmo autor cita um levantamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)⁶⁹ publicado, em 2011, que 34,3% da população brasileira afirmou nunca ter usado o SUS. Na compreensão dos autores, De Lavor, Domingues e Machado (2011) é muito pouco provável que esse dado faça sentido e que corresponda à realidade. Com esse posicionamento – com o qual concordamos – Ribeiro (2015, p. 103), advoga:

O SUS está presente no cotidiano de toda a população brasileira, contudo também se faz presente na vida diária das pessoas a produção de uma **invisibilidade** do SUS que responde a alguns interesses e intencionalidades, sobretudo daqueles vinculados à mercantilização e privatização da saúde.⁷⁰

⁶⁹ IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sistema de indicadores de percepção social (SIPS) Organizador: Fábio Schiavinatto. - 1ª Ed. – Brasília: Ipea, 2011.

⁷⁰ “Como alguns casos desse SUS que não se vê, mas que está presente no cotidiano da população brasileira, sem que boa parte das pessoas tenha consciência dele, podemos citar: as ações de vigilância em saúde; as campanhas de imunização; os procedimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos; programas

E segue, magistralmente, o autor:

A produção dessa invisibilidade opera não para extinguir o SUS, em todas as suas dimensões e em sua totalidade, mas muito pelo contrário, para levá-lo a uma sistematicidade outra que não aquela projetada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e incorporada pelo texto da Constituição de 1988, (...) (RIBEIRO, 2015, p. 103).

No interior dessa estratégia ideológica, grupos corporativos de comunicação que têm postura privatista e demonizam o SUS alardeando ideologicamente que o que é público não funciona.

Dentro desta estratégia de mostrar e esconder fatos, motivos e versões, a partir do uso de estigmas e negligências, deduz-se que não é o Sistema Único de Saúde que é invisível; o modo que a sociedade o enxerga é de tal modo desviado, que ele somente se torna visível quando alvo das câmeras de televisão — portadoras de uma espécie de cegueira seletiva que valoriza apenas as iniciativas privadas, mais afeitas ao espetáculo sensorial dos meios e conexões que constroem o cenário da mídia atual (...). Neste sentido, é a própria saúde que se torna invisível, ofuscada pelos holofotes especializados em iluminar artigos para o consumo. No tempo das vitrines on line e on time, os produtos se tornam mais visíveis que as necessidades (DE LAVOR, DOMINGUEZ e MACHADO, 2011, p. 23).

Entrevista recente do ex-ministro da Saúde, José Gomes Temporão, é muito elucidativa, nesse sentido. Vejamos parte dela:

A questão do processo de construção de uma consciência política em saúde coletiva que leve a uma compreensão da saúde como fenômeno social e político é fundamental para o fortalecimento do SUS. Sociedades que vêem seu sistema de saúde como um patrimônio construído por gerações e que deve ser defendido e aperfeiçoado, conseguem lhe dar sustentabilidade política. Em nosso país o papel desempenhado pela grande imprensa é claramente contraditório e negativo nessa perspectiva. Existem, é verdade, espaços para levar informação, orientar, apoiar a mobilização da sociedade em relação a temas importantes que não podem ser negados. Mas os interesses econômicos ligados ao setor de planos e seguros, dos grandes anunciantes de medicamentos, a contradição entre programas de alcance popular sobre hábitos saudáveis de vida e a publicidade massiva de refrigerantes, fast food e alimentos ultra processados explicita um dos paradoxos (TEMPORÃO, 2018, p. 2065).

Acerca dessa mesma temática, Gastão Campos (2018, p. 1721/2), assevera:

de prevenção e tratamento de reconhecimento internacional, como é o caso das vacinas com o programa Nacional de Imunização e o programa de prevenção ao HIV e de tratamento para a Aids (desde 1996 é garantido o acesso universal e gratuito aos antirretrovirais); produção de tecnologia e conhecimento em instituições públicas de pesquisa e ensino; e a saúde como importante setor na economia brasileira, tanto industrial quanto de serviços.” RIBEIRO (2015, p.105)

Observe-se que a lógica do SUS, em geral, se contrapunha à crescente hegemonia do neoliberalismo no Brasil e no mundo. O SUS vem se construindo sempre remando contra a maré.

No Brasil, houve e ainda há os movimentos da Saúde Mental, da Educação Popular, da Humanização, da Saúde Ambiental, da luta contra a AIDS, em defesa de direitos e da saúde das populações indígenas, negra, LGBT. Ativismo político, científico, cultural e ético. Isto vale ouro, vale mais do que ouro, é a aposta de que a esperança somos nós.

Vale reconhecer que há, ao mesmo tempo, patrimonialismo, ações corporativas, cooptação e coerção pelo governo para que trabalhadores e movimentos sociais atuem segundo o interesse do mercado e do poder político de Estado.

Do mesmo modo, Santos (2018, p. 1720), afirma que:

O SUS não é impermeável ao papel político que a comunicação cumpre nas democracias. A mídia tradicional se autodeclara independente do mundo da política, mas atua em um espaço de representação de interesses ao disseminar perspectivas de grupos específicos, caracterizando, no caso da saúde, um verdadeiro lobbie antissanitarista.

Ribeiro (2015), explicita que o conflito e o embate histórico entre concepções e práticas de uma sistematicidade direcionado para a saúde como bem econômico e espaço de acumulação de capital e uma outra voltada à saúde como direito social e campo de emancipação política pode ser definido, nos dias que correm, como a disputa entre a *Cobertura Universal de Saúde e a Universalização do Direito à Saúde* (Noronha, 2013). Nesse contexto, a Cobertura Universal de Saúde (ou *novo universalismo*) é uma proposta liderada pela Fundação Rockefeller e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que defende a responsabilidade e a participação ampliada do mercado privado nos sistemas nacionais de saúde, potencializando o processo de mercantilização e financeirização da saúde (LIMA, 2015).

Segundo o CEBES (2014), tal proposta, conhecida como “novo universalismo”:

(...) atenta contra o direito à saúde em virtude de romper com a solidariedade que funda e mantém a proteção social, somente sistemas públicos e universais de saúde, como o SUS, têm a capacidade de garantir e consolidar o direito social à saúde.

Sem negar os seus problemas, Santos, N.R. (2009, p. 17) aponta que:

(...) o SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: (...). São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da

população excluída antes dos anos 1980, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das inúmeras Santa Casa.

Nesse contexto, compreendemos como Alencar (2016) que o SUS é a expressão mais concreta do Movimento Sanitário Brasileiro, com desdobramentos – significativamente históricos - para a assistência farmacêutica.

Retornemos então, particularmente, ao processo de criação e objetivos do Programa Farmácia Popular do Brasil. Vejamos parte da Exposição de Motivos (EM 00097/GM/MS), do então Ministro da Saúde, Sr. Humberto Costa, endereçada ao então Presidente Lula.

O Projeto Farmácias Populares estimulará e fomentará a produção pública e ampliará a possibilidade de a população ter acesso a medicamentos com segurança e qualidade garantidas a custo muito abaixo dos cobrados no mercado farmacêutico privado.

Além disso, propiciará destinação aos medicamentos excedentes, bem como a utilização de capacidade ociosa e já instalada dos laboratórios oficiais, o que corrige situação de evidente afronta à moralidade, na medida em que recursos públicos foram alocados e não têm sido adequadamente utilizados.

A medida se justifica em face da necessidade de promover a ampliação do acesso da população a medicamentos como insumos estratégicos da Política de Saúde do Governo. A meta é assegurar medicamentos básicos e essenciais à população, garantindo, ainda, remédios a baixo custo. No contexto da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/90), que consagram a saúde como direito de todos e dever do Estado, reafirmam-se os princípios da universalidade, integralidade e equidade.⁷¹

E segue: “Ademais, o Projeto Farmácia Popular permitirá à população brasileira reduzir despesas com medicamentos, que, não raro, respondem por considerável parcela do orçamento familiar” (BRASIL, 2003).

Esta Exposição de Motivos (EM) foi convertida na Lei 10.858, de 2004 a qual foi regulamentada pelo decreto presidencial Nº 5.090/2004, o qual criou oficialmente o Programa “Farmácia Popular do Brasil”, com as justificativas já apontadas na introdução deste trabalho.

Portanto, evidencia-se a decisão política do governo brasileiro de promover a universalização, a disponibilização de medicamentos de baixo custo como mecanismo de amenizar o impacto causado pelos gastos com os medicamentos no orçamento familiar, tendo em vista que este representa parcela expressiva deste orçamento.

De acordo com Monteiro (2004) apud Domingues et al. (2015, p. 260), mais de 70% da população brasileira utiliza exclusivamente os serviços do SUS e não tem recursos para

⁷¹ BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Exposição de Motivos.** Nº 00097/GM/MS Brasília, 17 de novembro de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Exm/2003/EM00097-GM-MS-03.htm

adquirir seus medicamentos prescritos. Ainda segundo o autor, a população beneficiária de planos de saúde não necessariamente possui acesso garantido aos medicamentos.⁷²

Refletindo sobre essa problemática, Bermudez e Bonfim (1999) apud Junges (2006, p. 22) argumentam que:

Acesso, no caso de medicamentos, significa ter o produto adequado, para uma finalidade específica, na dosagem correta, pelo tempo que for necessário, no momento e no lugar requerido pelo usuário, com garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado, tendo como consequência a resolutividade das ações de saúde.

Trata-se de uma ação importante do Governo Federal no sentido de atender via doação e/ou copagamento de medicamentos de uso contínuo as pessoas/pacientes de baixa renda, ainda que qualquer pessoa que faça uso contínuo de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas. Assim, constitui-se numa ação programática que pode melhorar a saúde da população, sobretudo, inibir os gastos referentes a esse item de consumo.

Todavia, urge apontar suas contradições. Por exemplo, Bermudez et al. (2018, p. 1939), salientam:

Esse modelo significou retorno ao caráter centralizador do Ministério da Saúde (MS) na provisão de medicamentos. Trouxe à tona discussões sobre sua interlocução com o modelo público no SUS, traz dúvidas sobre sua ação complementar ou concorrencial, além dos seus maiores custos comparados em cenários públicos estudados. Ainda, podemos arguir em que medida esse modelo, com ênfase no consumo de medicamentos como promotor de acesso a medicamentos, dialoga com os nexos da integralidade, quando não se identifica no PFPB ações de indução ao uso apropriado, acompanhamento farmacoterapêutico, etc.

E seguem os mesmos autores:

No cenário histórico após 30 anos do SUS e 20 anos da PNM, a AF historicamente se constituiu como uma área de suprimentos e logística, voltada ao apoio das ações e serviços de saúde, com baixa inserção às práticas sociais de cuidado e prestação de serviços farmacêuticos, dirigidas ao uso correto de medicamentos. Isso remonta aos desafios de se pensar que a Reorientação [da Assistência Farmacêutica) é um movimento contínuo, vivo e de transformação positiva da realidade e não um fim na letra fria da norma (BERMUDEZ et al., 2018, p. 1939).

⁷² MONTEIRO, M. F. G. “A carga da doença associada com algumas causas de internação hospitalar realizada pelo SUS.” **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 1, p. 1-7, 2004.

Como apropriadamente demonstram os mencionados autores, a dimensão de atividades e ações também confere a AF caráter polissêmico, semelhante a integralidade. Com esse pressuposto, faz-se mister conjugar ações concretas nas práticas assistenciais dos profissionais, na organização dos serviços farmacêuticos e nas respostas governamentais sensíveis às necessidades de saúde, à perspectiva de defesa desse princípio referencial.

2.2 - Implantação do Programa

É possível mencionar que o perfil socioeconômico da população foi considerado para destacar o critério inicial que fundamentou a abrangência do Programa, já que há um grande número de pessoas que utilizam o setor privado para adquirir os medicamentos que necessita.

Vejamos algumas passagens da Exposição de Motivos (EM 00097/GM-MS, de 17 de setembro de 2003), do Ministério da Saúde para justificar a implantação e a urgência da medida:

A medida se justifica em face da necessidade de promover a ampliação do acesso da população a medicamentos como insumos estratégicos da Política de Saúde do Governo. A meta é assegurar medicamentos básicos e essenciais à população, garantindo, ainda, remédios a baixo custo. No contexto da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que consagram a saúde como direito de todos e dever do Estado, reafirmam-se os princípios da universalidade, integralidade e equidade. (...).

A relevância do tema é evidente. De fato, trata-se de produtos necessários às atividades do Ministério da Saúde, às necessidades do País e às exigências da Segurança Nacional (artigo 2º do Decreto nº 66.624/70). Ademais, o Projeto Farmácia Popular permitirá à população brasileira reduzir despesas com medicamentos, que, não raro, respondem por considerável parcela do orçamento familiar.⁷³

São os casos de cidadãos que têm dificuldades para arcar com os custos dos tratamentos o que ocasionar um impacto no orçamento familiar. Trata-se de usuários de serviços de saúde de empresas, planos coletivos de saúde, ou ainda dos serviços privados de menor complexidade que não dispõem de mecanismos para oferecer medicamentos (BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2005 b).

⁷³ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Exm/2003/EM00097-GM-MS-03.htm

Segundo os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, em 2008, as despesas médias com saúde representavam cerca de 6,0% da despesa média mensal familiar monetária e não monetária, e os gastos com remédios representavam cerca de 3,0%. Para as famílias com rendimento médio mensal de até dois salários mínimos (SMs), os gastos com assistência à saúde representavam uma fração menor que a observada para a média das famílias (5,5%), mas os gastos com remédios elevam sua importância para 4,2%. Essa participação dos gastos com medicamentos é monotonicamente decrescente com o rendimento total familiar (IBGE, 2004).

Ao inaugurar o Programa Farmácia Popular do Brasil fica evidente essa preocupação do então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva sobre os gastos com medicamentos. Vejamos parte do seu discurso em inauguração de uma unidade:

Quero dizer para vocês que estou feliz com a inauguração desta Farmácia Popular em Salvador. Possivelmente, algumas pessoas não saibam a importância disso; possivelmente quem nunca teve dificuldade de comprar um remédio, não sabe a importância disso. Quem nunca viu um parente morrer tendo a receita colocada dentro da gaveta de um criado-mudo ou embaixo do travesseiro por falta de 2, 3 ou 1 real para comprar o remédio.⁷⁴

Explicita-se desse modo, a importância do Programa em retirar esse impacto que a compra de medicamentos pode trazer para o orçamento familiar.

A implantação do Programa ocorreu gradativamente. Foram priorizados, os municípios sedes de regiões metropolitanas, aqueles que compõem os aglomerados urbanos, segundo classificação do IBGE, bem como outros, que foram considerados estratégicos para o Programa.

Por conseguinte, com a definição dos critérios para a ampliação do Programa foram, em um primeiro momento, aglomerados urbanos, definidos pelo IBGE, e posteriormente municípios acima de 100.000 habitantes no Estado de São Paulo e municípios acima de 70.000 habitantes nas demais Unidades da Federação. Sendo que desses municípios, definiu-se que os hospitais filantrópicos deveriam possuir mais de 100 leitos. Para os municípios cujo potencial equivale à implantação de uma unidade, dá-se prioridade ao poder público.

Almeida (2015, p. 79), estudando essa política governamental argumenta que:

⁷⁴“Discurso do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva” Disponível em: <http://www.horadopovo.com.br/2004/junho/09-06-04/pag3a.htm>

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

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

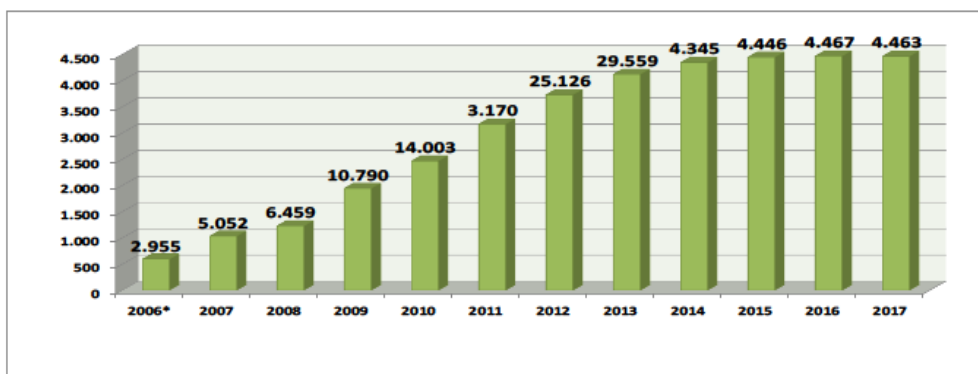
Foi estabelecido que em termos de potencial a quantidade de unidades a serem instaladas em cada município teria uma dimensão de 1:100.000 habitantes, sempre levando em consideração os limites orçamentários.

Em um segundo momento, muito mais como critério qualitativo que quantitativo, adotou-se uma alternativa para levar em consideração a instalação em municípios que não atingem o critério anterior. Sempre considerando a disponibilidade orçamentária, e uma vez atendida aquelas regiões já definidas como estratégicas, deverão ser observados: a população abrangida pela microrregião geográfica, bem como suas características e importância regional, a área abrangida e facilidades de acessibilidade.

Dados de 2017 do portal da saúde indicam que a Rede de Farmácia Popular contava nesse período com 34.543 farmácias credenciadas ao Programa distribuídas em 4.463 municípios. Portanto, podemos observar o aumento em credenciamentos de unidades assim como o crescimento dos municípios atendidos. Tal processo é exemplificado nos gráficos 02 e 03.

Gráfico 2 - Municípios atendidos pelo Programa até maio de 2017

AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR – Nº MUNICÍPIOS ATENDIDOS ATÉ MAIO/2017



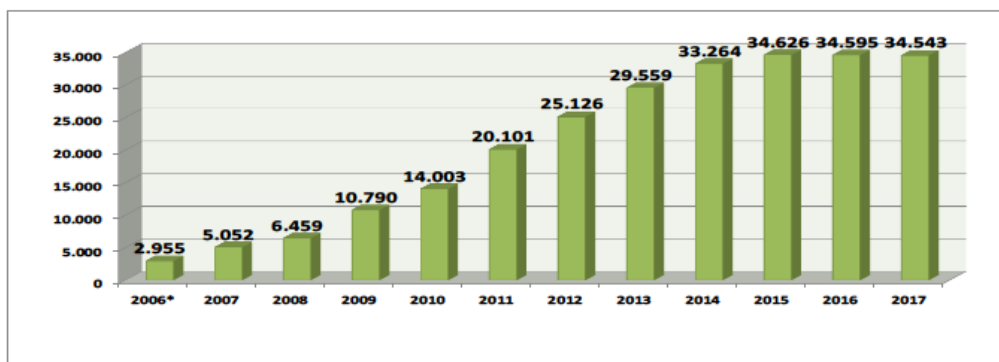
*a partir de março



Fonte: <http://portalarquivos.saude.gov.br>

Gráfico 3 - Número de farmácias credenciadas no Programa

AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR – Nº DE FARMÁCIAS CREDENCIADAS ATÉ MAIO/2017



*a partir de março

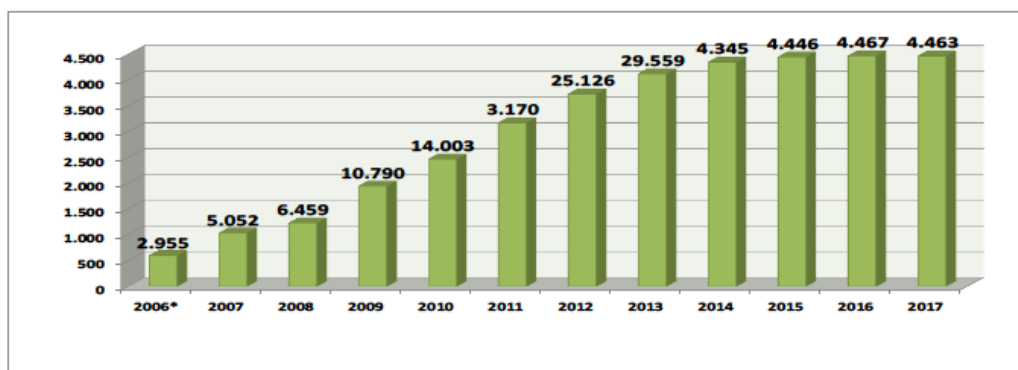


Fonte: <http://portalarquivos.saude.gov.br>

Porém, no que se trata das unidades próprias é possível observar que o número é bem menor sendo em 2017 um total de 504 unidades habilitadas (Rede Própria) em 409 municípios brasileiros, conforme gráficos 4 e 5.

Gráfico 4 - Municípios atendidos pela Rede Própria

AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR – Nº MUNICÍPIOS ATENDIDOS ATÉ MAIO/2017

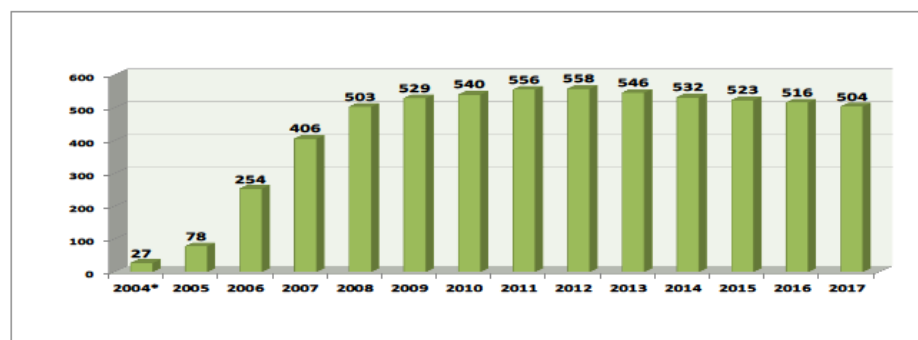


*a partir de março

Fonte: <http://portalarquivos.saude.gov.br>

Gráfico 5

REDE PRÓPRIA – Nº UNIDADES HABILITADAS ATÉ MAIO/2017



*a partir de junho

Fonte: <http://portalarquivos.saude.gov.br>

Fica demonstrada que sua espacialização atingiu praticamente quase a totalidade dos municípios brasileiros, mas por lado, tal processo ocorre pelo viés da rede “Aqui Tem Farmácia Popular. Em outras palavras, pelo viés do mercado, indicando uma apropriação do estabelecimento da política de assistência farmacêutica no País. Como assegura, Alencar (2016): “despeito dos avanços relativos à ampliação do acesso aos medicamentos, o PFPB,

em suas diferentes modalidades, é pautado na lógica do consumo de medicamentos, no fomento ao ciclo econômico-produtivo da cadeia farmacêutica, principalmente no âmbito privado.”

Ainda sobre essa problemática, Batista (2015, p. 17), assevera que:

Do ponto de vista de política pública, o Programa Farmácia Popular do Brasil promove a capilaridade de assistência, bem como a desoneração do sistema público, com o uso da logística de distribuição do sistema privado, além de permitir a realocação de gastos a partir da transferência indireta de renda para a população, representada pela distribuição gratuita ou subsidiada de medicamentos.

Batista aponta que o relatório “Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos”, desenvolvido pelo Banco Mundial estimou que o gerenciamento da logística de medicamentos absorve cerca de 20% dos recursos financeiros da saúde nos países desenvolvidos, podendo chegar a 50% nos países periféricos. Deste modo, na compreensão dessa instituição, representa uma importante causa de ineficiência e perda. A própria deficiência na quantidade dos serviços é muitas vezes atribuída a problemas de gestão e a ineficiência do uso dos recursos públicos (BANCO MUNDIAL, 2007).

Contraditoriamente, é forçoso mencionar que tal processo de espacialização expressa a capilaridade possibilitada pela articulação com as farmácias privadas, com redução de barreiras para o acesso geográfico e econômico.

Enfim, com menciona Almeida (2015, p. 135):

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

2.3 – O seu processo de operacionalização

O funcionamento programático do PFPB envolve o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz, a entidade que materializa a sua execução, interposto de convênios entre Unidades da Federação, Distrito Federal, municípios e órgãos, instituições e entidades, como está descrito no Decreto nº. 5.090, de 20 de maio de 2004:

A Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ será a executora das ações inerentes à aquisição, estocagem, comercialização e dispensação dos medicamentos, podendo para tanto firmar convênios com a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sob a supervisão direta e imediata do Ministério da Saúde.⁷⁵

Ademais, a referida distribuição será sem prejuízo do abastecimento da rede pública, que continuará a ser suprida em sua integralidade, de modo que os medicamentos a serem distribuídos serão aqueles remanescentes da produção destinada ao Sistema Único de Saúde.

Vale mencionar que desde o anúncio do Programa na 12ª Conferência Nacional de Saúde e Assistência Farmacêutica foram apontadas possíveis tensões e contradições decorrentes da relação medicamentos (técnica) e AF (sanitária e educacional). Assim, por ocasião da 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), efetivada em 2007 – portanto, no primeiro ano do segundo mandato do presidente Lula – tais tensões e críticas foram amenizadas, todavia, ainda persistiam preocupações quanto aos possíveis riscos à assistência farmacêutica, na medida em que existiam casos de municípios brasileiros que utilizavam, sub-repticiamente, o PFPB como um argumento para não assumir o compromisso pela disponibilidade de medicamentos na atenção básica.⁷⁶

Sobre a distribuição, a Exposição de Motivos (EM nº 00097/GM/MS) do Ministério da Saúde – então Ministro Humberto Costa – endereçada ao Presidente Lula, explicita que:

Nos locais de distribuição, a FIOCRUZ poderá disponibilizar, além dos medicamentos por ela produzidos, os de outros laboratórios oficiais, mediante convênio, bem como medicamentos genéricos, fornecidos mediante contrato. Nessas hipóteses, prevê-se mero ressarcimento pelo preço unitário fixado no respectivo instrumento da avença. Vale dizer que a FIOCRUZ somente poderá receber o montante suficiente à cobertura do custo global do fornecimento dos produtos oriundos dos laboratórios oficiais

⁷⁵ Decreto nº 5.090, 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.

⁷⁶Um dos entrevistados na tese de Alencar (2016, p.274) foi enfático: (...) se você me pergunta: há risco de que a assistência farmacêutica seja desmobilizada? Sim, há riscos. Se o controle social da saúde não funcionar e permitir por exemplo, que o gestor mal intencionado... porque há a descentralização dos recursos da assistência farmacêutica básica. Hoje, os municípios são responsáveis pela compra desses medicamentos. Se eu não tenho bom controle social e permito que no meu município, o gestor de saúde desabasteça intencionalmente a rede para fomentar a ida das pessoas à farmácia popular, esse é o risco. (Norberto Rech)”

ou dos produtos genéricos. Essa previsão vai ao encontro do espírito que permeia toda a proposta, uma vez que isenta de caráter lucrativo as operações (EM – Nº 000097/GM/MS – 17 de novembro de 2003).⁷⁷

Portanto, fica como responsabilidade da FIOCRUZ a disponibilização de medicamentos a sociedade, tanto aqueles produzidos por ela como aqueles adquiridos por convênio. Sobre essa participação, Santos Pinto (2008, p. 73/4), assevera:

(...) o MS [Ministério da Saúde] não poderia ser “dono” de uma iniciativa desse tipo, pois dentro de suas atribuições encontram-se as responsabilidades de formular, normatizar e fomentar, mas não de executar. Neste sentido foi necessária a agregação de outra entidade que cumprisse esse papel e para isso foi pensada a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz.

Sobre o acesso argumenta-se que:

O acesso aos benefícios do Programa é assegurado mediante a simples apresentação de receituário médico ou odontológico, prescrito de acordo com a legislação vigente, contendo um ou mais medicamentos disponíveis. Além de possibilitar o acesso irrestrito das pessoas que necessitam de medicamentos, a exigência da receita para todos os medicamentos disponíveis inibe a automedicação, que se configura num grave problema de saúde pública.

O Programa disponibiliza um elenco de medicamentos, estabelecido com base em evidências científicas e epidemiológicas que indicam sua aplicação segura e eficaz no tratamento das doenças e agravos prevalentes na população do País. Esse elenco poderá apresentar diferenças em decorrência de características próprias das diferentes regiões do País.

A prioridade para aquisição dos medicamentos para o Programa é dada aos laboratórios farmacêuticos públicos, pertencentes à União, estados e municípios. Outra preocupação é a disponibilização prioritária de medicamentos genéricos, sempre que disponíveis no mercado. Nesse caso, ou quando necessário, são disponibilizados produtos adquiridos junto às empresas privadas, mediante os devidos processos licitatórios (BRASIL, 2005, p. 14).

Em relação à participação dos laboratórios públicos, Santos Pinto (2008, p. 100) afirma que:

O fortalecimento dos laboratórios oficiais era uma meta do programa, entretanto isto não se deu da forma idealizada devido a motivos diversos, como o não cumprimento de contratos por parte destes laboratórios, o elenco restrito de medicamentos produzidos, além da falta de apoio, pois atribuíam ao Programa um cunho político-partidário grande. E como muitos laboratórios são ligados a estados, muitos não aderiram.

Entretanto, seguindo a lógica estabelecida para a aquisição dos medicamentos, os laboratórios oficiais foram consultados sobre o que poderiam produzir. À época (2003), todos estavam com capacidade de atendimento muito baixa. Na lei ficou estabelecido que só fossem usados

⁷⁷ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Exm/2003/EM00097-GM-MS-03.htm

os excedentes da produção sem prejudicar a distribuição gratuita. O que não pudesse ser suprido por eles, seria aberto aos laboratórios privados.

A mesma autora segue afirmando que no início, as compras foram feitas principalmente através de representantes, pois os fabricantes não se apresentavam para nos editais/pregão eletrônico. Destarte, com a evolução do Programa os fabricantes passaram a comparecer, possivelmente como decorrência de atribuição de credibilidade ao Programa.

Como já apontamos, o PFPB atua com duas modalidades de ação, as de “Rede Própria” e o sistema de copagamento. Sobre essas modalidades, Miranda (2014, p. 14), argumenta:

A primeira, em funcionamento desde 2004, é composta por farmácias populares, ou seja, unidades próprias implantadas pelo Ministério da Saúde (MS) que são geridas pela Fiocruz e que possuem parceria com estados e municípios. Nessas unidades, o usuário recebe atendimento personalizado de farmacêuticos e profissionais qualificados para orientá-lo sobre os cuidados com a saúde e o uso correto dos medicamentos. A estrutura das farmácias é diferenciada e permite a adequada atenção farmacêutica e a realização de ações educativas. As Unidades Próprias contam atualmente, com um elenco de medicamentos, baseados na RENAME, que combatem as doenças de maior prevalência na população brasileira, tais como hipertensão, diabetes, úlcera gástrica, infecções, verminoses, depressão e outros. Os medicamentos são produzidos e disponibilizados pela Fiocruz mediante ressarcimento.

A RENAME é utilizada como base para a distribuição de medicamentos essenciais pelas unidades básicas de saúde do SUS, considerando-se que o Programa Farmácia Popular é parte do SUS, utiliza-se a mesma lista. Segundo Almeida (2015, p.126): “A maior parte dos medicamentos distribuídos no Programa, em torno de 80% são genéricos, e, em torno de 6% a 8% são medicamentos de marca ou de referência, e, cerca de 12% a 14% são similares”.

Ainda sobre a RENAME, Vieira (2010, p.150), argumenta que: “Apesar de muitos aspectos da política farmacêutica ainda precisarem de aprimoramento, alguns avanços ocorreram; dentre eles, destaca-se a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)”. No Brasil, mesmo antes da recomendação da OMS e da existência do SUS, o país já adotava listas de medicamentos que poderiam ser considerados essenciais. A partir de 1989, essa lista de medicamentos passou a ser denominada RENAME e atualizada bianualmente.

A segunda modalidade de ação programática é o sistema de copagamento – conhecida como AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR -, o qual foi criado pela Portaria nº

491, em 2006, com a finalidade de oferecer alternativas de acesso à Assistência Farmacêutica, com vistas à promoção da integralidade do atendimento à saúde.

Alencar (2016, p. 264), menciona que:

Essa estratégia de expansão denominada Aqui tem Farmácia Popular era, portanto, mais semelhante ao projeto original do deputado Eduardo Jorge [Projeto de Lei 2.022/1991], às proposições iniciais apresentadas pelo CFF, e também similar a políticas farmacêuticas adotadas em outros países com sistemas de saúde universal, a exemplo da Itália, França, Alemanha e Inglaterra que adotam diferentes critérios e modalidades de copagamento (...).

Na compreensão de José Miguel Nascimento Júnior, então diretor de Assistência Farmacêutica, do Ministério da Saúde:

A parceria é fundamental para a funcionalidade do Programa Farmácia Popular. Todas as farmácias credenciadas no Programa Aqui tem Farmácia Popular se comprometeram com o Governo Federal a fornecerem os medicamentos listados gratuitamente. E isto só foi possível por meio de Termo de Acordo assinado com as associações representativas do setor varejista e a indústria produtiva. O documento tem por objetivo estabelecer o compromisso disposto pelo Ministério da Saúde na portaria de nº184/11, onde o MS [Ministério da Saúde] vai definir os valores de referência do elenco de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos pagos pelo órgão aos estabelecimentos credenciados, limitando o preço máximo de venda ao usuário. A participação das demais partes envolvidas é determinante para auxiliar na divulgação das regras entre seus associados, orientar e incentivar o segmento quanto à viabilidade da implantação do Programa no que se refere à logística, abastecimento e disponibilização gratuita dos medicamentos.⁷⁸

Almeida (2015, p. 157/8) menciona uma outra autora:

Claudia Du Bocage Santos Pinto (2014) questiona o fato do governo direcionar investimentos na provisão de medicamentos através da iniciativa privada, no programa “Aqui tem Farmácia Popular”, ao invés de investir na provisão de medicamentos através da provisão pública, via SUS. Acredita que não se pode falar em melhora da qualidade da provisão de medicamentos no país através do Programa Farmácia Popular do Brasil, e que este funciona de forma paralela à provisão gratuita, que se manteve com os mesmos padrões ao longo do tempo, independente do Programa Farmácia Popular. Entretanto, observa que as unidades próprias do governo do Programa Farmácia Popular, sob a gestão centralizada da Fiocruz, parecem funcionar de modo mais satisfatório do que as unidades públicas.

⁷⁸ Diretor do DAF/MS, José Miguel do Nascimento Junior, explica a gratuidade no 'Farmácia Popular' Disponível em: <http://novo.febrifar.com.br/diretor-do-dafms-jose-miguel-do-nascimento-junior-explica-a-gratuidade-no-farmacia-popular/>.

Trata-se de uma explicação institucional que em nosso entendimento explícita as contradições do estabelecimento da política, nos termos apontados por Poulantzas (2000).⁷⁹

Ademais, como apontam Santos Pinto, Costa e Osório de Castro (2011, p. 2971):

O Programa inaugura a convivência de dois sistemas situados em uma mesma gestão. Entretanto, possuem diferenças marcantes, trazendo à tona, mais uma vez, o embate entre a proposta descentralizada e a centralizadora na provisão de medicamentos. Não se pode dizer que com a criação do Programa o Governo federal retoma a opção pela gestão centralizada do sistema; entretanto, também não se pode negar a influência desse modelo na concepção do Programa. Tal característica reforça o papel, mesmo que não intencional, do PFPB como indicador de falhas na provisão pública de medicamentos no país.

O PFPB utiliza também o aprendizado produzido pela experiência descentralizadora do sistema, já que é a autonomia dos entes parceiros, em sua maioria municípios, que determina a participação no Programa. Todavia, em nenhuma situação deixa de ser estreitamente controlado e regido pelo Executivo federal (SANTOS PINTO; COSTA e OSÓRIO DE CASTRO, 2011).

⁷⁹ Varrichio (2017, p.21) ao refletir sobre o SUS enquanto o maior comparador de medicamentos do país, assevera que: “De fato, o SUS é o principal instrumento existente para garantir o referido direito e configura-se como o maior comprador de fármacos, medicamentos e equipamentos no Brasil.

As aquisições de medicamentos e produtos realizadas pelo SUS, somente no âmbito das PDPs, [Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo] entre 2009 e 2015, totalizaram R\$ 9,1 bilhões, (...). Há ainda as compras realizadas fora das PDPs (assistência farmacêutica, rede hospitalar MS, doações e intervenções e ações judiciais) e as compras efetuadas de forma descentralizada pelos estados.

Dessa forma, considera-se que o mercado interno público de medicamentos, em razão da existência do SUS, cria um grande poder de barganha a ser exercido pelo Estado e que pode ser empregado, inclusive, para influenciar produtores estrangeiros a transferirem tecnologia relevante ao país, uma vez que o acesso a tal mercado compensaria possíveis perdas privadas inerentes à difusão da tecnologia. É justamente isso que as PDPs procuram fazer: usar o tamanho e a força do mercado público para influenciar o desenvolvimento produtivo tecnológico nacional no setor de saúde brasileiro”. Como veremos tal proposta foi “colocada de lado” pelo governo brasileiro, pós-golpe.

Figura 4 - *Banner* de identificação: obrigatoriamente afixada na fachada das unidades



Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular>

Analisando essa questão, Alencar (2016, p. 264) explicita as contradições e tensões no processo de operacionalização do Programa:

O modelo também gerou muitas críticas com o argumento de que o Estado estimularia o mercado farmacêutico em vez de fortalecer as unidades de saúde do SUS, alvo de constantes queixas de indisponibilidade de medicamentos. Posicionamentos divergentes também foram identificados entre sanitaristas militantes do movimento sanitário. Enquanto uns entendiam esse modelo como mais racional e viável para a garantia do acesso aos medicamentos que o modelo de rede própria de farmácias, outros consideravam ambos os modelos um retrocesso no processo da RSB.

Um dos entrevistados na tese de Alencar chegou a apontar que:

Esse foi um projeto que o Lula insistiu muito em realizar, apesar de objeções que os próprios sanitaristas colocavam porque o Farmácia Popular ele cobra os medicamentos. Cobra um percentual lá muito simbólico, mas a pessoa tem que pagar alguma coisa [...]. E na época a gente percebeu a grande demanda da sociedade, principalmente da camada mais pobres por medicamentos. E foi o pessoal da campanha do Lula que detectou isso. Os marqueteiros, os que fazem as pesquisas de opinião pública, identificaram essa área como uma das áreas muito críticas do SUS. E o Lula insistiu muito de fazer essas farmácias populares apesar das advertências dos sanitaristas. Nós dizíamos que “está na constituição que o sistema é gratuito, ele não cobra nada. Como é que você vai cobrar o

medicamento?”. Então, isso é inconstitucional e tal. Mas isso era uma prioridade muito grande para o Lula. (Geraldo Lucchesi). (ALENCAR, 2016, p.261/2)

Na tese de Almeida (2015, p. 127/8), o mercado farmacêutico, assim se posicionou:

O Programa Farmácia Popular, segundo a Febráfarma (2008) somente poderá representar uma solução para o acesso da população aos medicamentos, caso seja universalizada, ou seja, esse Programa possa ser ampliado para atender um universo maior de patologias.

Fica evidenciado, portanto, os consensos e tensões no processo de definição da operacionalização do Programa.⁸⁰ E também, sob nosso ponto de vista, porque inicialmente todo o processo se dava por via da Unidade Própria, portanto, pública e só posteriormente, dois anos depois, através da Portaria nº 491, de 9 de março de 2006, as unidades privadas foram incorporadas ao Programa. Com essa mudança, os cidadãos poderiam adquirir os medicamentos – copagamento de 10% - para o tratamento da hipertensão arterial e diabetes.

Indubitavelmente, isso potencializa o acesso do cidadão ao medicamento, todavia, ao incorporar a farmácia comercial no Programa parece-nos que se perde a essência da concepção da assistência farmacêutica, defendida pelo movimento sanitário brasileiro, numa perspectiva que contempla além da variável técnica do medicamento, a dimensão sanitária, garantida com as ações de educação e promoção do uso racional. Nesse contexto de consensos e contradições o Programa se expandiu.⁸¹ Tal compreensão, nos leva a concordar

⁸⁰“Já que a gente não pode mudar a legislação, estabelecendo que farmácia vai ser estabelecimento de saúde e de propriedade farmacêutica, [...], já que a gente não pode fazer isso, vamos aproveitar a proposta do governo, e construir por dentro do Estado, a proposta de farmácia estabelecimento de saúde. Então, as farmácias vão ser públicas, vão ser vinculadas a um órgão da administração indireta, não tem problema, já que o governo não abre mão de ter 10%. Agora, vão ser estabelecimentos de saúde. É a forma que a gente tem para o Estado começar a criar, por dentro, uma estrutura paralela que vai se contrapor à farmácia comércio [...]. Presença de farmacêutico, pessoal qualificado, pessoas treinadas especificamente para trabalhar com medicamentos, tudo isso aí. E todos aqueles serviços [farmacêuticos já definidos pelo CFF] sendo feito dentro do estabelecimento (Francisco Batista Júnior)”.

Um outro entrevistado de Alencar (2016), na oportunidade assim se expressou: “Nós fizemos uma estrutura [...] com um ambiente para que as pessoas aguardassem sentadas, para que tivesse atenção à saúde das pessoas, todas as farmácias com farmacêuticos durante todo horário de funcionamento, e o ambiente adequado para prestação de serviço de saúde. Porque nós queríamos demonstrar que era possível fazer um serviço diferenciado. E nós tínhamos intenção de que ao fazer isso, a rede privada em torno olhasse para aquilo e soubesse que a população pode e deve ser tratada com respeito e que aquilo era uma ação em saúde. E isso poderia ser um fator de mudança no mercado privado. (Norberto Rech)”. Entrevistas concedidas à Alencar (2016, p.262).

⁸¹ “(...) o PFPB expandiu em seus dois modelos. Até o final do primeiro governo Lula [2006] existia 259 farmácias populares da rede própria, distribuídas em 206 municípios e 2.955 farmácias privadas credenciadas no Aquí tem Farmácia Popular, com cobertura em 594 municípios. Em ambos, houve expansão significativa do número de usuários” (SILVA e CAETANO, 2015).

com Alencar (2016, p. 314), a qual argumenta: “as políticas farmacêuticas sempre foram alvo de interferências da indústria desejosa da inclusão de suas novidades terapêuticas”.

Um outro dado é que além da ampliação da cobertura e do acesso, o PFPB tem um potencial para minimizar a automedicação, na medida em que a dispensação só ocorre mediante a apresentação de uma prescrição.

Estudando essa modalidade de funcionamento, Santos Pinto, Costa e Osório de Castro (2011, p. 2974), enfatizam:

Nos últimos anos, o debate sobre a reforma dos sistemas nacionais de saúde trouxe à tona a questão do copagamento. (...) esta é uma iniciativa que poderia ser adotada em situações de grandes heterogeneidades, como é o caso do Brasil, entretanto, utilizando-se de alguns critérios seletivos, como o que diz respeito à renda da população, por exemplo.

Iniciativas pontuais de copagamento para acesso a medicamentos ocorreram ao longo dos últimos anos em algumas Unidades da Federação. Entretanto, em 2004, o PFPB foi lançado como primeira iniciativa federal de copagamento para acesso a medicamentos, tendo como foco precípuo a parcela da sociedade que não utiliza o SUS, mas que, entretanto, possui recursos financeiros insuficientes para adquirir e/ou completar um tratamento com medicamentos de forma adequada.

Para Miranda (2014, p.15):

Este sistema expandiu o programa para as farmácias e drogarias privadas, ofertando medicamentos pagos em parte pelo Governo Federal e em parte pelo cidadão, o qual obtinha até 90% de desconto, em 2009 essa expansão do programa recebeu a denominação “Aqui Tem Farmácia Popular” (PFPB-E.)

Para essa mesma autora:

O copagamento é uma alternativa adotada por diversos sistemas de saúde e caracterizada pela participação do usuário no custeio (cost-sharing) dos bens e serviços, no momento de seu uso. É diferenciado dos impostos gerais pagos pelos cidadãos, porque é vinculado apenas à idéia do benefício, se não há utilização, não há pagamento. (MIRANDA, 2014, p.16)

Segundo Dominguez et al (2015, p. 461):

Os valores pagos pelo usuário variam em função da versão do medicamento disponível (referência, genérico ou similar) e do preço calculado com base em valor de referência (VR) estabelecido para cada medicamento. Quando o valor de venda for igual ou maior que o VR, o governo paga 90% do VR e, quando menor, paga 90% do valor de venda.

Valor de referência é o valor, em reais (R\$), ressarcido pelo Ministério da Saúde às farmácias particulares credenciadas, para cada princípio ativo da lista de medicamentos distribuídos no Programa Farmácia Popular. Exemplificando, se um comprimido de determinado princípio ativo com o preço máximo ao consumidor de R\$10,00, (dez reais) com o valor de referência ressarcido pelo governo de R\$5,00, (cinco reais) em que as farmácias privadas, com base neste valor, deverão negociar junto aos distribuidores e fabricantes de medicamentos, valores competitivos com descontos que lhes garantam uma margem de contribuição que, pelo menos cubra seus custos fixos e operacionais para a comercialização destes medicamentos.

Souza (2012, p. 26) argumenta que:

A vantagem é que os medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes, de outros medicamentos estão disponíveis nessas farmácias e drogarias privadas cadastradas ao programa com preços até 90% menores do que os que são cobrados nos estabelecimentos privados não-cadastrados. O objetivo é atingir a parcela da população que não busca assistência no SUS e, encontram dificuldade para manter o tratamento medicamentoso devido ao alto preço dos fármacos.

Ainda sobre essa questão, Dominguez et al (2015, p. 462) ressaltam:

Originalmente, o público prioritário do programa era a população usuária dos serviços privados de atenção à saúde com dificuldades para adquirir seus medicamentos ou manter seus tratamentos por meio da rede privada de farmácias e drogarias. A comprovação de renda ou a exigência sobre o tipo de receituário, entretanto, nunca foram definidas, sendo permitido a todos os cidadãos financiamento dos medicamentos ofertados por intermédio do programa.

Com a incorporação dos convênios com a rede privada, o PFPB passou a ter como foco grupos populacionais com perfil epidemiológico específico, sem restrição socioeconômica. Até 2009, ele oferecia medicamentos associados às doenças crônicas de diabetes, hipertensão e anticoncepcionais. A partir de 2010, houve uma expansão dos medicamentos providos, com a incorporação de princípios ativos associados à influenza H1N1, à rinite e à asma, ao glaucoma, à osteoporose, à doença de Parkinson e às fraldas geriátricas.

Santos Pinto; Costa e Osório de Castro (2011, p. 2917) enfatizam:

O Programa inaugura a convivência de dois sistemas situados em uma mesma gestão. Entretanto, possuem diferenças marcantes, trazendo à tona, mais uma vez, o embate entre a proposta descentralizada e a centralizadora na provisão de medicamentos. Não se pode dizer que com a criação do Programa o Governo federal retoma a opção pela gestão centralizada do sistema; entretanto, também não se pode negar a influência desse modelo na

concepção do Programa. Tal característica reforça o papel, mesmo que não intencional, do PFPB como indicador de falhas na provisão pública de medicamentos no país.

Esses mesmos autores, acrescentam:

A literatura sobre o copagamento traz a informação de que muitos usuários não se importam em pagar pelo serviço ou pelo medicamento desde que tenham acesso a eles. Além disso, fatores como a distância até a unidade de saúde, tempo de espera pelo medicamento ou atendimento, contrastando com o bom atendimento nas unidades do PFPB e a pronta disponibilidade do medicamento, também podem influir na opção pelo Programa. (SANTOS PINTO; COSTA e OSÓRIO DE CASTRO, 2011, p. 2971)

Assim, com o Farmácia Popular do Brasil foi possível um novo arranjo de financiamento na Assistência Farmacêutica, através do copagamento. De igual modo, uma (re)organização materializada nas parcerias com farmácias privadas. Sendo que estas parcerias foram responsáveis pela expansão e crescimento do PFPB, ainda mais pela introdução da isenção de copagamento para anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos, após 2011. Questionamentos sobre o papel concorrencial do PFPB com as farmácias das unidades do SUS, seu custo comparado à compra pública e o retorno do Ministério da Saúde como órgão centralizador na provisão de medicamentos são recorrentes (VASCONCELOS et al., 2017). E, apropriados, sob nosso ponto de vista.

Santos Pinto et al. (2018, p. 12) apontam que:

Além do incentivo financeiro, já que os repasses realizados chegam a três vezes, em média, o valor dos mesmos medicamentos se comprados pelo SUS (...), as farmácias privadas aderem ao Programa como forma de fidelização do usuário. O estudo mostrou que 74,1% deles retornam sempre à mesma farmácia.

Ao delegar às farmácias privadas, que são primordialmente estabelecimentos comerciais que priorizam o lucro, a responsabilidade sobre a provisão de determinados medicamentos, não se pode assegurar que os usuários serão orientados corretamente, ou mesmo que receberão algum tipo de informação, em caso de necessidade. Esse é o tipo de serviço que não se deve delegar sem uma contrapartida do SNTP [Saúde Não Tem Preço]. A integralidade do cuidado fica em risco, pois não há compasso e articulação entre o serviço de saúde que atende o paciente e o local onde o mesmo obtém seus medicamentos. Nesse sentido, pode-se afirmar que, diante deste cenário, dimensões importantes para a consolidação do acesso ficam comprometidas.

Como afirmam Dardot e Laval (2016, s.p.):

O capitalismo não cresce simplesmente porque conquista novos territórios, submete populações cada vez maiores, transforma em mercadoria todos os

frutos da atividade humana. Certamente, este é o modo clássico da acumulação capitalista tal como foi analisado por Marx, Rosa Luxemburgo e Hilferding. Mas o capitalismo cresce também de outra maneira, a qual, mesmo sendo quase sempre esquecida, não é menos poderosa: a da difusão social de um sistema de regras de ação. Este sistema de normas ultrapassa largamente aquele da empresa para abraçar, por meio de um processo de ligações cruzadas, múltiplas instituições e relações sociais. Longe de ser, como se acredita, um obstáculo à extensão da lógica do mercado, o Estado tornou-se um de seus principais agentes, se não o seu principal vetor. Sob seu controle, os instrumentos de política pública herdados da gestão social-democrática e keynesiana tornaram-se, paradoxalmente, alavancas para transformar, de dentro, a lógica de funcionamento da ação pública em função de uma mudança profunda da sociedade. Por isso, é perfeitamente inepto pensar essa transformação nos termos convencionais como se viesse para limitar a intervenção governamental: ela não vem para limitá-la, mas, em certo sentido, vem para estendê-la, ou melhor, vem para transformar o Estado e para expandir a lógica do mercado.

Com tais pressupostos, o público e o privado se entrelaçam de tal maneira que se tornam difícil entendê-los e analisá-los em separado, pois a complementaridade e a indissociabilidade jurídica, econômica e financeira são cada vez mais intensas.

Constatamos que em 2011, alguns medicamentos de uso contínuo passaram a ser distribuídos gratuitamente: situação de prioridade que está prevista no Programa “Saúde Não Tem Preço”, conforme a Portaria Nº 184, de 03 de fevereiro de 2011 (Ministério da Saúde).

Oficial e textualmente:

A campanha “Saúde Não Tem Preço” tem o objetivo de disponibilizar, gratuitamente, medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma nas farmácias e drogarias credenciadas no “Aqui Tem Farmácia Popular”.

No Brasil, a hipertensão arterial é diagnosticada em cerca de 33 milhões de brasileiros. Destes, 80% (ou aproximadamente 22,6 milhões de hipertensos) são atendidos na rede pública de saúde. Entre os 7,5 milhões de diabéticos diagnosticados no país, seis milhões (o equivalente a 80% do total) recebem assistência no SUS. Desta maneira, em fevereiro de 2011, foi lançada a campanha Saúde Não Tem Preço (SNTP), após um intenso trabalho de articulação do Ministério da Saúde com produtores e distribuidores da Indústria Farmacêutica, com o objetivo de viabilizar, inicialmente, a gratuidade dos medicamentos para hipertensão e diabetes disponíveis no Programa Farmácia Popular do Brasil, beneficiando os brasileiros hipertensos e diabéticos, além de ajudar no orçamento das famílias mais humildes que comprometem 12% de suas rendas com medicações.⁸²

Constatamos na mesma fonte que, a partir de 4 de junho de 2011, o Ministério da Saúde também passou a disponibilizar para a população, por meio do Programa “Saúde Não

⁸²<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/347-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/12-farmacia-popular/9680-saude-nao-tem-preco>.

Tem Preço” – que é o da rede privada AQUI TEM FÁRMACIA POPULAR - três medicamentos para o tratamento da asma, disponíveis em oito apresentações de forma totalmente gratuita. Os medicamentos disponíveis para asma são: brometo de ipratrópio, dipropionato de beclometasona e sulfato de salbutamol. Nas unidades da Rede Própria está disponível somente o medicamento sulfato de salbutamol em três apresentações.⁸³

De todos os medicamentos comercializados no programa Farmácia Popular, 10% dos medicamentos distribuídos são de referência, 90% são genéricos ou similares (mesma composição dos de referência e genéricos, mas com formato físico diferente). No grupo de medicamentos gratuitos – para asma, diabetes e hipertensão -, a participação de genéricos e similares chega a 94%.⁸⁴

A mesma fonte dispõe que o Brasil teve um crescimento de 366% com relação ao acesso a medicamentos depois da criação do “Aqui Tem Farmácia Popular”.

Desse modo, ainda que possibilitasse a ampliação do acesso,⁸⁵ a disponibilização de serviços farmacêuticos, defendida pelos sujeitos e coletivos sociais vinculados à assistência farmacêutica, permanecia como uma meta distante. Mesmo que tais farmácias privadas preservem as exigências sanitárias legais, possuem uma lógica inversa, a lógica do comércio/mercado consumidor e do lucro.

Por fim, mas não menos importante, vale mencionar a reflexão de Alencar (2016, p. 329), acerca do Programa Farmácia Popular do Brasil, após mais de 10 anos de existência:

(...) mais bem avaliado pela população brasileira, atendeu, ao longo desse período, mais de 32 milhões de pessoas; também foi articulado a outros programas do governo, a exemplo do Plano Brasil sem Miséria, Brasil Carinhoso, Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis e Programa Mais Médicos (tendo sido identificado maior quantitativo de pacientes atendidos pelo PFPB com prescrições de médicos vinculados ao programa); e foi registrado maior acesso aos medicamentos para doenças crônicas (com destaque para a hipertensão, diabetes e asma), especialmente após a instituição do Saúde Não Tem Preço (BRASIL, 2014c). Além disso, é um programa com visibilidade internacional, referido pela OMS como um exemplo bem-sucedido para a ampliação do acesso a medicamentos (WHO, 2012).

Indubitavelmente tal realidade pode indicar, por outro lado, uma apropriação da política governamental pelo mercado de fármacos e, por outro, mais preocupante, é se

⁸³<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/347-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/12-farmacia-popular/9680-saude-nao-tem-preco>

⁸⁴ “Programa Farmácia Popular do Brasil contabiliza mais de 20 mil pontos de distribuição de medicamentos no país” 22.08.2012. In: www.saude.gov.br

⁸⁵ Ao mencionar a inclusão de novos medicamentos ao Programa, Alencar (2016, p.329), afirma: “Essas modificações têm contribuído para a ampliação do acesso aos medicamentos, conforme revelam as pesquisas de abrangência nacional, e também para a amenização das críticas em relação ao programa”.

efetivamente a sociedade precisa de tantos medicamentos, ou efetivamente esta “mais escrava dos medicamentos do que da doença” como evidenciado por Carlos Drummond de Andrade, na epígrafe desta dissertação.

2.4 - Recursos destinados ao Programa

O capital para implantação e manutenção do Programa Farmácia Popular são oriundos de execução descentralizada de programa de trabalho específico do orçamento da União destinado ao Ministério da Saúde, estando nas normas da Portaria n.º 2.587/GM, de 6 de dezembro de 2004, instituindo incentivo financeiro ao Programa.

Diferente daqueles direcionados especificamente à compra de medicamentos para distribuição gratuita na rede pública de saúde, ou os direcionados ao repasse as Unidades da Federação, Distrito Federal e municípios, de forma geral, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Emenda Constitucional 29/2000, que assegura uma participação orçamentária mínima obrigatória para União, estados, Distrito Federal e municípios, para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2005 b).

A figura abaixo apresenta o Programa Farmácia Popular e sua interligação na Política Nacional de Medicamentos, no bojo do SUS.

Figura 5 - Inserção do PFPB nas Políticas de Medicamentos no Brasil



Fonte: Miranda (2014, p. 13)

Desse modo, fica demonstrada a relação com o Sistema Único de Saúde para que o medicamento possa chegar ao usuário. Desse modo, o PFPB está inserido na PNAF, com o escopo de integrar uma nova política de assistência dentro do SUS.

Analisando-o, Souza (2012, p. 33), advoga que:

Como política pública, o FPB parece somar e não substituir esforços de provisão de medicamentos no País. Estima-se que venha atingindo seu objetivo de ampliação do acesso, sendo forma inovadora do marco da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Dados de 2012, indicam que o Ministério da Saúde gastava, anualmente, por unidade própria, R\$ 120 mil. Em 2011, só nestas unidades foram realizados mais de 11,4 milhões de atendimentos, o que gerou um custo de em média R\$ 37,74 por atendimento. Por sua vez, no “Aqui Tem Farmácia Popular”, o custo médio de repasse por unidade é de R\$ 37,7 mil.⁸⁶ Considerando que em 2011 o Programa realizou 34 milhões de atendimentos, o valor médio por atendimento é de R\$ 22,3. Esse montante repassado inclui gastos das drogarias com serviços associados à distribuição dos medicamentos.⁸⁷

2.5 - A “PEC do fim do mundo”

Sá e Benevides (2016) destacam enfaticamente as sérias implicações para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a garantia do direito à saúde com o chamado Novo Regime Fiscal, apresentado por meio da Proposta de Emenda à Constituição nº 241/2016 (PEC 241), pelo governo do presidente Michel Temer.

Analisando essa questão, argumentam que:

Em especial, o Novo Regime Fiscal visa reverter uma trajetória histórica de crescimento real do gasto público, o que implica uma ruptura dos acordos políticos e sociais relacionados com essa dinâmica. Portanto, a eventual aprovação e consequente implementação da PEC 241 não seriam processos isolados, provavelmente se ramificando em outras medidas igualmente estruturantes que afetariam compromissos já assumidos quanto à abrangência, princípios, cobertura e qualidade das políticas sociais (SÁ e BENEVIDES, 2016, p. 5).

E segue os mesmos autores:

(...) fica claro que a PEC 241 impactará negativamente o financiamento e a garantia do direito à saúde no Brasil. Congelar o gasto em valores de 2016,

⁸⁶ “O Ministério da Saúde efetuará os pagamentos, para as farmácias e drogarias credenciadas, no mês subsequente após o processamento das ADM validadas”. (Portaria MS/GM nº 111/2016, Art. 26)

⁸⁷ “Programa Farmácia Popular do Brasil contabiliza mais de 20 mil pontos de distribuição de medicamentos no país” 22.08.2012. In: www.saude.gov.br

por vinte anos, parte do pressuposto equivocado de que os recursos públicos para a saúde já estão em níveis adequados para a garantia do acesso aos bens e serviços de saúde, e que a melhoria dos serviços se resolveria a partir de ganhos de eficiência na aplicação dos recursos existentes. Ademais, o congelamento não garantirá sequer o mesmo grau de acesso e qualidade dos bens e serviços à população brasileira ao longo desse período, uma vez que a população aumentará e envelhecerá de forma acelerada. Assim, o número de idosos terá dobrado em vinte anos, o que ampliará a demanda e os custos do SUS (SÁ e BENEVIDES 2016, p. 21).

Congelar os gastos públicos por 20 anos é realmente o “fim do mundo”, ainda mais quando se parte do pressuposto de que a saúde se encontra em um nível adequado, pois é notória a necessidade de melhorias e para isso o aumento de investimentos, pois o que teremos é o crescimento populacional e o seu envelhecimento acelerado, com o corte não será possível nem mesmo manter a qualidade de bens e serviços, aumentando a demanda do SUS.

Refletindo acerca das políticas relativas à saúde, Martins e Luzio (2017), afirmam que:

Entre nós habita tempos e situações paradoxais em que a saúde como dimensão de cidadania ora avança, ora é atropelada pelos ventos neoliberais. Existem princípios constitucionais que respaldam a construção de ousadias para garantir a saúde da população brasileira, sendo a Política Nacional de Humanização (PNH) um exemplo. Há, ainda, um “exército anônimo”, os trabalhadores do e pelo SUS, que insistem na construção do que é público. E, ao mesmo tempo, temos a naturalização do abismo entre ricos e pobres, de um Estado que funciona para manutenção das iniquidades e de um mercado que cresce impulsionado pelo próprio Estado. Sendo assim, o nós é uma estratégia por reafirmar o caráter político e as riquezas do SUS, dos movimentos reformistas e da PNH, como experiências - processos – projetos que visam romper com a privatização e o empobrecimento da vida. (Política Nacional de Humanização do SUS)

Durante esse processo verificou-se uma reestruturação político-administrativa com a troca de todos os Ministros do Governo e com a adoção de medidas impopulares em diversas frentes, dentre elas mudanças no provimento de recursos destinados à saúde e à educação através da adoção de uma Proposta de Emenda Constitucional que prevê o estabelecimento de um teto para os gastos públicos por um período de 20 anos.

Figura 6 - Aspecto da manifestação popular contra a “PEC Fim do Mundo”



Fonte: <https://www.cartacapital.com.br/politica/aprovada-pelo-senado-pec-dos-gastos-publicos-e-alvo-de-protestos-pelo-pais>.

O resultado mais importante da aprovação definitiva da proposta pelo Congresso será uma redução significativa nos gastos com educação e saúde, os únicos da proposta que exigem uma mudança da Constituição. Haverá grande impacto sobre a parcela mais pobre da população e estímulo aos negócios privados nas duas áreas.⁸⁸

Enfim, o debate acerca desta PEC – aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente Temer como EC nº95/2016 - e suas implicações precisa ser o mais amplo possível.⁸⁹ Cria-se um ambiente político-institucional propício à expansão desenfreada do capital. Os direitos passam a ser concebidos como serviços e bem econômico que devem ser comprados no mercado.

Como nos diz Vasconcelos et al. (2017, p. 2617):

Se os avanços identificados se deram no contexto histórico de subfinanciamento do SUS, a situação tende a se aprofundar com a aprovação da EC 95/2016 que estabelece o congelamento do orçamento direcionado a despesas primárias do governo federal por 20 anos. Sendo o financiamento um dos aspectos centrais para a efetivação da política de saúde, incluindo a AF, corre-se o risco de que os avanços conquistados, mobilizadores de desafios permanentes, venham a se tornar memória saudosa.

Ainda sobre essa questão o ex-ministro da Saúde, Artur Chioro (2018), afirma que:

⁸⁸ Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/aprovada-pelo-senado-pec-dos-gastos-publicos-e-alvo-de-protestos-pelo-pais>. 13.12.2016.

⁸⁹ Essa Proposta de Emenda Constitucional (PEC 241 na Câmara ou PEC 55, no Senado Federal), também conhecida como Novo Regime Fiscal ou PEC do Teto dos Gastos Públicos, foi promulgado no Congresso Nacional, em 15 de dezembro de 2016, passando, portanto, a integrar o ordenamento jurídico brasileiro como Emenda Constitucional (EC nº 95).

Nos próximos 20 anos, com a Emenda 95, deixarão de ser investidos no SUS cerca de 400 bilhões de reais. Se os recursos eram insuficientes, a situação ficará calamitosa. E tudo isso para satisfazer os interesses dos financistas, do capital financeiro, arrebatando ainda mais a rede de proteção social. Por isso, insisto tratar-se de um darwinismo social e sanitário. Só sobreviverão os mais fortes, aqueles que têm grana.⁹⁰

Os reflexos dessa ação governamental – a volta do Estado Mínimo ou Estados de mal Estar Social – começa a aparecer na história do País. Desde agosto de 2017 por uma decisão do Ministério da Saúde – governo Michel Temer – foram fechadas as 393 unidades da Rede Própria em todo o Brasil, assim no interior do PFPB somente restou a rede privada para o usuário adquirir os medicamentos.⁹¹ Se em março de 2017 eram 393 unidades – fechadas, como mencionamos pelo governo - em maio de 2011 eram 550 unidades próprias.⁹²

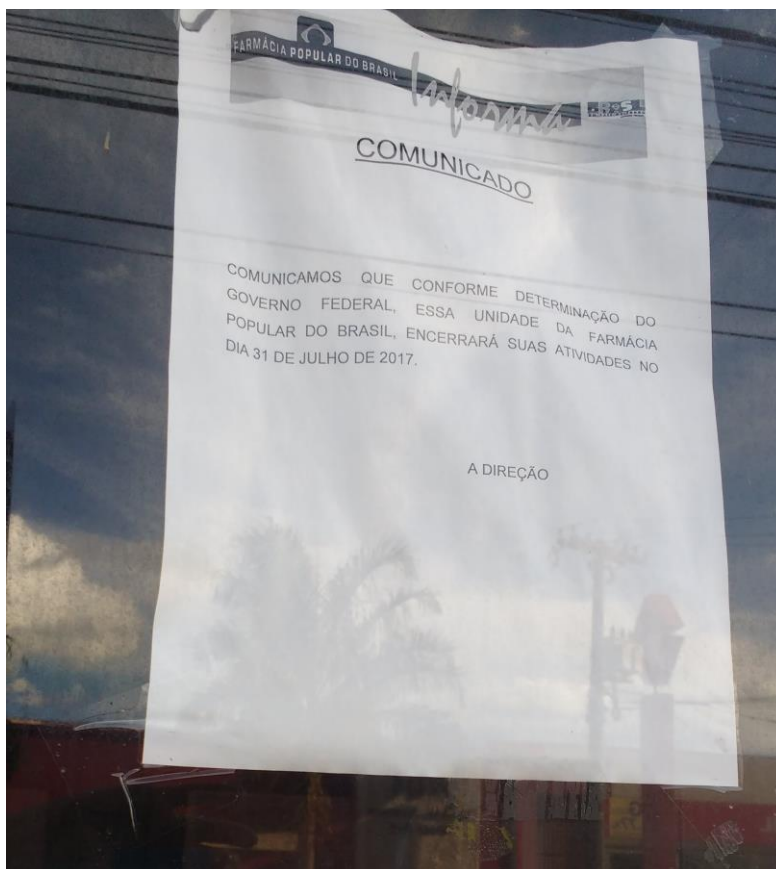
Trata-se, portanto, de uma ação de abrangência nacional. Trazemos um exemplo, como ilustração: o fechamento da Unidade Própria, na cidade de Ourinhos/SP.

⁹⁰ “Com teto dos gastos, mortalidade infantil, deve se agravar diz Chioro” 19.07.2018. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/com-teto-de-gastos-mortalidade-infantil-deve-se-agravar-diz-chioro> acesso em 19.07.2018.

⁹¹ <http://extra.globo.com/noticias/economia/governo-fechara-393-unidades-do-farmacia-popular-partir-de-maio-21202769.html#ixzz4e8T6yi4N>, acesso em: 21/04/2017 às 22h34min.

⁹² “Diretor do DAF/MS, José Miguel do Nascimento Junior, explica a gratuidade no 'Farmácia Popular” Disponível em: <http://novo.febrifar.com.br/diretor-do-dafms-jose-miguel-do-nascimento-junior-explica-a-gratuidade-no-farmacia-popular/>

Figura 7 - comunicado de fechamento da Unidade Própria em Ourinhos



Fonte: Adauto de Oliveira Souza.

Essa é a atenção que foi dispensada ao cidadão pelo governo Temer, através do Ministério da Saúde.

Figura 8 - Estrutura da Unidade Própria Fechada em Ourinhos/SP



Fonte: Adauto de Oliveira Souza.

Alega-se que as prefeituras poderão optar por manter as unidades próprias, porém sem o repasse do recurso federal.

Esse fechamento das unidades próprias do PFPB tem recebido um conjunto de críticas de entidades, que compreendem que tal medida dificulta o acesso da sociedade aos medicamentos. Por exemplo, o Conselho Nacional de Saúde, recomendou em maio de 2017, que o Ministério da Saúde interrompesse o fechamento das Unidades. Para este Conselho, “a desativação das unidades próprias da Farmácia Popular afetará duramente a população em situação de vulnerabilidade social”. Tal posicionamento se deve entre outros motivos, porque “As unidades privadas [do PFPB] não estão nos bairros mais pobres”.⁹³

O quantitativo de medicamentos ofertados também é outro ponto de tensão. Enquanto a Unidade Própria oferece 110 produtos, gratuitos ou com desconto, a rede privada – na modalidade “Aqui Tem Farmácia Popular” oferta 42.

Segundo Alexandre Padilha - ex-ministro da Saúde da gestão Dilma Rousseff, responsável por implementar o Farmácia Popular, na época:

O corte do Programa teve um impacto muito importante na redução do acesso aos medicamentos pela população brasileira. Isso é muito grave principalmente quando acontece em período de crise econômica. (...) é muito grave que em um momento de crise, de desemprego, exatamente nesse momento o Ministério da Saúde tomar como decisão reduzir o acesso da

⁹³<https://extra.globo.com/noticias/economia/governo-fechara-393-unidades-do-farmacia-popular-partir-de-maio-21202769.html#ixzz4e8T6yi4N>

população aos medicamentos. É exatamente o contrário do que nós fizemos.⁹⁴

E segue o ex-ministro:

As pessoas perdem o poder de compra, muitas vezes perdem seus planos de saúde, outras perdem a capacidade de se deslocar, se locomover na cidade para ter acesso ao sistema de saúde, outras perdem emprego e isso tem impactos psicológicos gravíssimos que podem afetar a saúde dessa população.

Nós criamos uma variedade, uma diversidade, para que as pessoas pudessem ter acesso aos medicamentos: dentro da sua unidade básica de saúde, dentro de farmácias da rede própria, dentro de farmácia conveniadas com outros serviços que pudessem funcionar em horários diferentes.⁹⁵

O ex-ministro argumenta ainda que graças à rede Farmácia Popular, a ampliação da oferta de medicamentos para hipertensão e diabetes teve impacto muito grande para reduzir o número de internações por essas condições.

Por fim, mas, não menos importante, acreditamos como Santos Pinto, Costa e Osório de Castro (2011, p.5) que: “A centralização no nível federal proporcionou a padronização das atividades e produtos em todo o país, além dos ganhos de escala decorrentes de grandes compras”. Nesse sentido, o fechamento das unidades próprias aliadas a um conjunto de medidas antipopulares, implementados pós golpe - dispensadora dos medicamentos significa um retrocesso.

Retrocesso com repercussões – infelizmente - já materializadas por exemplo no aumento da mortalidade infantil.

Conforme aponta Martins (2018), “os mais vulneráveis pagam a conta da austeridade”:

Os indicadores apontam para um quadro de profunda regressão social. Na Saúde, as vítimas da austeridade se avolumam. Pela primeira em 26 anos houve um aumento da taxa de mortalidade infantil. Em 2016, foram 14 óbitos a cada 100 mil nascimentos, alta de 5% em relação ao ano anterior. Até então, o País apresentava redução anual média de 4,9% desde o início dos anos 1990.⁹⁶

⁹⁴ “Padilha comenta estragos no fechamento da rede Farmácia Popular” Disponível em: <http://www.pt.org.br/padilha-comenta-estragos-no-fechamento-da-rede-farmacia-popular/>

⁹⁵ “Padilha comenta estragos no fechamento da rede Farmácia Popular” Disponível em: <http://www.pt.org.br/padilha-comenta-estragos-no-fechamento-da-rede-farmacia-popular/>

⁹⁶MARTINS, R. “Os mais vulneráveis pagam a conta da austeridade” 24.07.2018. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/revista/1013/os-mais-vulneraveis-pagam-a-conta-da-austeridade>

O mesmo artigo de Rodrigo Martins (2018) aponta que durante a vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016, as perdas projetadas para o SUS variam de R\$ 168 bilhões a 738 bilhões de reais até 2036 – 20 anos - a depender do ritmo anual de crescimento do PIB. Menciona ainda que malgrado o sacrifício imposto à maioria, o Brasil deverá abrir mão de mais de 283,4 bilhões de reais em renúncias fiscais em 2018.

Estimado pela Receita Federal, o montante financeiro é superior à soma dos orçamentos das áreas de Educação e da Saúde: 107,5 bilhões e 131,4 bilhões, respectivamente. Nesse contexto, se constata que a austeridade fiscal, é um mal necessário... Para os mais vulneráveis, porque para o capital continua “Estado Máximo”.

3 - O “FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL” NA CIDADE DE DOURADOS

Como já mencionamos, o Programa “Farmácia Popular do Brasil”, lançado no contexto da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2004, expandiu-se em praticamente todas os municípios do País, mediante o eixo chamado “Aqui Tem Farmácia Popular”, que são as farmácias privadas conveniadas, além obviamente, da rede própria. Em Dourados constatamos que o Programa foi lançado e começou a funcionar em junho de 2006, na gestão do então Prefeito Laerte Tetila.

Nas duas gestões de Laerte Tetila (Partido dos Trabalhadores - PT, 2001/04 e 2005/08), houve a articulação de diversos projetos governamentais para o município de Dourados em convênio com o governo federal. Por exemplo, o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) – analisado por Dantas (2011) - no bojo do qual diversas ações foram empreendidas, no setor de saneamento básico e esgotamento sanitário, assim como na habitação popular, através do Programa “Minha Casa, Minha Vida”. E também no setor educacional, com a criação, por exemplo, da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), em 2005. (ALMEIDA, 2012).

É no interior desse processo de “reavivamento” da participação do Estado brasileiro que se enquadra a inserção do município no Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Em outros termos, um quadro histórico de robustecimento de mecanismos de proteção social, ou seja, um processo histórico de (re)construção do *Welfare State* no Brasil. No dizer de Dominguez (2017, p.1749): “um neodesenvolvimentismo se delineou.”

Essa decisiva atuação governamental, aparece em praticamente todos os relatórios anuais de gestão (RAG) dos governos Lula e Dilma, portanto, de 2003 a 2016. Vejamos

especificamente um do Ministério da Saúde (RAG 2014), o qual menciona em sua diretriz nº 8 – “Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS”:

Esta diretriz consiste em promover a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. Nesse contexto, o MS [Ministério da Saúde] tem concentrado esforços na integração da Política de Assistência Farmacêutica às demais diretrizes prioritárias, com vistas a assegurar a articulação necessária para o acesso aos medicamentos no contexto da garantia da integralidade da atenção.

Uma das principais estratégias para a garantia da assistência farmacêutica consistirá na promoção do acesso aos medicamentos considerados essenciais, por meio do programa “Farmácia Popular do Brasil”, com foco em sua expansão nos municípios constantes do mapa de extrema pobreza.⁹⁷

Constatamos esse posicionamento/disposição governamental até o advento do golpe parlamentar de 2016, porque a partir dele “ao que tudo indica, o retorno a um neoliberalismo mais puro-sangue e radical”. (DOMINGUES, 2017, p. 1751). Por exemplo, na “PEC da morte”, como já demonstramos anteriormente.

Conforme já explicitado na introdução desta dissertação, Dourados foi primeiro município de Mato Grosso do Sul a ser beneficiado no bojo deste Programa. O objetivo de sua de implantação foi complementar a distribuição gratuita de medicamentos já realizada pelas farmácias municipais para os pacientes da rede básica de saúde e também da rede particular. Portanto, localmente, os objetivos se coadunavam com os estabelecidos nacionalmente, no contexto da política de assistência farmacêutica.

Sobre essa temática, entrevistamos o então prefeito Laerte Tetila, o qual nos afirmou:

Então nós tivemos o maior interesse, então nós fomos o primeiro município, a primeira gestão a abrir o Programa Farmácia Popular do Brasil, primeiro município de Mato Grosso do Sul, fomos pra Brasília e conseguimos trazer esse benefício pra cá.⁹⁸

Na ocasião da implantação do Programa em Dourados no mês de junho de 2006, o então prefeito Laerte Tetila afirmou que ao tomar conhecimento do “Farmácia Popular do Brasil”, em 2004, determinou à Secretaria de Saúde que viabilizasse o projeto para Dourados. Nesse contexto, em sua concepção a inauguração da “Unidade Própria” vem reforçar os

⁹⁷ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. RAG (2014) – Relatório Anual de Gestão. Brasília : MS/Secretaria Executiva. Brasília, março de 2015, p.68.

⁹⁸ Entrevista realizada pela autora em 03/11/2017.

indicadores da Fundação Getúlio Vargas (FGV) que colocaram Dourados, naquela oportunidade, entre as 62 melhores cidades brasileiras em atendimento de serviços de saúde. Segundo Laerte Tetila:

Em 2006, o Programa Farmácia Popular do Brasil foi aberto em Dourados, abrimos de acordo com as especificações do Governo Federal, com o gerente responsável, o farmacêutico responsável, o auxiliar de gestão, um assistente de gestão e um auxiliar de serviços gerais completam o quadro, exigências das regulamentações do Programa. Então passamos a fazer parte dessa rede de Farmácia Popular do Brasil, passou a fornecer medicamentos a preço de custo nenhum centavo a mais além daquilo que era recebido para beneficiar a população de baixa renda que tem esse problema sério, faz os exames, exames caríssimos, com equipamentos ultramodernos, não são baratos não, faz uma ressonância magnética, exames fornecidos pelo SUS, mas são equipamentos caros, exames caros, chega na hora a pessoa não tem como adquirir o medicamento, então isso foi um avanço muito grande, porque adquiria o medicamento ou pela rede de farmácia por aquelas dez farmácias que nós tínhamos, adquiria gratuitamente os 143 itens e se não tivesse o item aí sim tinha que comprar na rede particular de farmácia.⁹⁹

Dourados aderiu ao Programa atendendo ao critério de contingente populacional, o qual estabelecia que somente a cidade com número acima de 70.000 habitantes poderia ser contemplada. Inicialmente, em Mato Grosso do Sul, foram selecionadas duas cidades: Campo Grande, que optou por não fazer sua inserção, e outra que foi Dourados, como já mencionamos, em 2006.

O então presidente do Conselho Municipal de Saúde, Wilson César Medeiros Alves, asseverou que o: “Farmácia Popular seria mais um aliado da população que muitas vezes deixa de se medicar por não poder pagar os altos preços cobrados pelas farmácias da rede comercial”.¹⁰⁰

Evidenciamos que a FIOCRUZ e o Ministério da Saúde foram representados na solenidade de inauguração em Dourados, através da servidora Ana Carolina Pacheco. De acordo com dados do Ministério da Saúde, cada unidade da Rede Própria recebia naquela oportunidade, R\$ 50 mil para a implantação e contava mensalmente com R\$ 10 mil para sua manutenção. Como já mencionamos, tal montante foi reajustado, em 2014. (BRASIL, PORTARIA MS Nº 1.019, DE 20 DE MAIO DE 2014).

Na cerimônia de inauguração da Unidade Própria em 2006, a Secretária de Saúde do Município, Maria de Fátima Metelaro ressaltou o apoio que prefeito dedicou ao setor e

⁹⁹ Entrevista realizada pela autora em 03/11/2017.

¹⁰⁰ “Dourados é a primeira cidade de MS a abrir a Farmácia Popular do Brasil” In: www.dourados.ms.gov.br 03.07.2006. Acesso 25-10-2016.

elogiou o empenho do então deputado federal João Grandão (PT) para que a implantação da farmácia fosse uma realidade.

A fala da Secretária corrobora com a ideia de que o estabelecimento da política – neste caso de assistência farmacêutica – se dá no interior das contradições no seio do Estado. É possível afirmar que a convergência de princípios políticos entre a administração municipal com o Governo Federal potencializou a materialização do Programa em Dourados. Como já mencionamos, o município de Campo Grande, então administrado pelo prefeito André Puccinelli (Partido do Movimento Democrático Brasileiro - PMDB), se enquadrava nos critérios do Programa, mas optou por sua não adesão. Ou seja, foi uma decisão política, a ampliação da assistência farmacêutica em Dourados cuja ação deliberada foi materializada com a sua inserção no PFPB. Em Campo Grande, igualmente, foi uma decisão política.

O ex-prefeito de Campo Grande (André Puccinelli exerceu dois mandatos: de 1997 a 2004) foi candidato ao governo do Estado de Mato Grosso Sul, nas eleições de 2006, concorrendo com o candidato do PT, Delcídio do Amaral. Certamente, a sua decisão de não implantar o Programa em Campo Grande, naquele momento, ocorreu em virtude da disputa eleitoral. Mais certo ainda, a sua deliberada decisão prejudicou pacientes em busca de assistência farmacêutica.

Trata-se de um setor complexo, com diferentes sujeitos e instituições, no qual está “em jogo” a saúde da população, além dos diversos interesses econômicos, políticos, sociais que, por sua vez, têm implicações na produção espacial urbana.

A Figura nº 05 permite-nos a vista parcial da Unidade Própria do Programa, em Dourados que, além desta, atendia também os municípios de Fátima do Sul, Vicentina, Itaporã, Douradina e Caarapó.¹⁰¹

¹⁰¹ “Dourados tem primeira farmácia popular de MS” Disponível em: <http://diarioms.com.br/dourados-tem-primeira-farmacia-popular-de-ms/> 28.06.2006.

Figura 9 - Vista frontal da Unidade Própria em Dourados (desativada em 2013)



Fonte: Prevelato, 2012. Unidade localizada na Av. Weimar G. Torres, 3330 – Centro.

Esse papel de referência regional foi evidenciado na entrevista realizada com o ex-prefeito Laerte Tetila:

Dourados na época era referência em saúde pra 37 municípios, ser de Dourados ou da Grande Dourados é a mesma coisa, bastava ter a receita nas mãos, tanto na parte médica como odontológica, porque aí sem a receita dava problema, pois era vendido muito barato até 90 por cento de desconto se as pessoas fossem comprar sem receita seria difícil o controle, vendendo através do receituário.

A Região da Grande Dourados, a que o ex-prefeito faz menção engloba praticamente toda a porção austral de Mato Grosso do Sul, conforme demonstrado por Abreu (2005).

Acerca dessa abrangência geográfica de atendimento, Santos Pinto; Costa e Osório de Castro (2011, p.2967), argumentam que:

Cada unidade possui ainda uma respectiva população de abrangência. A depender do município onde a unidade está instalada, essa população pode ou não corresponder ao número total de habitantes, mas sempre irá relacionar-se à população que, segundo dados do próprio município, tem efetiva possibilidade de utilizar a unidade.

Ademais, fica evidenciado que a iniciativa de adesão/convênio partiu da Prefeitura Municipal de Dourados. Santos Pinto, Castro e Osório de Castro (2011), através do levantamento de informações diagnosticaram que 92% das unidades próprias foram

estabelecidas através de demanda da instância municipal. Essa constatação nos permite perceber o caráter municipal do Programa.

É que com o processo histórico de descentralização do sistema de saúde, a responsabilidade pela garantia de acesso a determinados grupos de medicamentos foi dividida entre os três níveis de governo. Alguns grupos passaram a ser de responsabilidade do gestor municipal, como os da Atenção Básica (medicamentos essenciais); outros passaram para os gestores estaduais, como os medicamentos de dispensação em caráter excepcional (de alto custo, para doenças específicas/patologias complexas); e outros continuaram sob incumbência do Governo Federal, como os programas estratégicos (medicamentos voltados para enfrentar as endemias como a tuberculose, hanseníase, leishmaniose, malária, chagas e AIDS).

Quanto à localização da Unidade Própria, no contexto do território urbano, segundo o Manual Básico (BRASIL, 2005, p. 20):

São considerados locais apropriados para instalação das unidades aqueles que apresentam grande fluxo de pessoas, preferencialmente em regiões centrais ou em núcleos comerciais de bairros, em vias públicas consideradas principais e que permitam o acesso fácil dos usuários por meio de linhas de ônibus, metrô ou trens. É importante que sejam evitadas áreas próximas às Unidades Básicas de Atenção à Saúde.

Fica demonstrada, portanto, a preocupação com a espacialidade no processo de implantação da Unidade Própria. Nesse sentido, podemos asseverar que a Unidade de Dourados, atendeu esses requisitos geográficos, conforme podemos verificar no Mapa 01. Localizada na área central da cidade e próximo do terminal rodoviário potencializando a mobilidade/acesso, tantos dos “regionais” quanto dos seus próprios moradores/usuários/pacientes.

Como nos diz, Santos Pinto; Costa e Osório de Castro (2011, p. 2964):

O Programa surge como estratégia de ampliação do acesso, simultaneamente colocando em questão a efetividade da descentralização da Assistência Farmacêutica, retornando ao modelo de compra centralizada de medicamentos que tem se mostrado eficiente para os Programas sob responsabilidade do Governo federal.

Como já mencionamos, há uma divisão de responsabilidades entre os entes envolvidos, sendo que os recursos financeiros são disponibilizados pelo Governo Federal; a administração operacional incumbe a FIOCRUZ. Ademais, a Fundação treina e capacita os profissionais para aderirem às normas de atendimentos ao público.

Por sua vez, ao Governo Municipal incube entrar na parceria cedendo os servidores efetivos para completar o quadro de recursos humanos. Além disso, o citado Manual Básico prevê que a Farmácia Popular do Brasil será um órgão da Prefeitura e assim deverá ter um CNPJ de filial. Tais iniciativas foram tomadas pelo município de Dourados.

Um aspecto histórico interessante é que anterior à iniciativa do prefeito Tetila de implantar o Programa em Dourados, constatamos que o Hospital Evangélico (Associação Beneficente Douradense) celebrou convênio com o Ministério da Saúde para implantar uma unidade na cidade, conforme consta no extrato abaixo (Quadro nº 01), o qual tivemos acesso no portal da transparência.

Quadro 1 - Extrato de convênio entre Ministério da Saúde e Hospital Evangélico de Dourados

Número do
Convênio SIAFI: 547315

Situação: **Concluído**

Nº Original: **4446/2005**

Objeto do Convênio: **IMPLANTACAO DE UNIDADE DO PROGRAMA FARMACIA POPULAR DO BRASIL**

Órgão Superior: **MINISTERIO DA SAUDE**

Concedente: **DIRETORIA EXECUTIVA DO FUNDO NAC. DE SAUDE**

Convenente: **ASSOCIACAO BENEFICENTE DOURADENSE**

Valor Convênio: **170.000,00**

Valor Liberado*: **0,00**

Publicação: **16/01/2006**

Início da Vigência: **30/12/2005**

Fim da Vigência: **20/12/2007**

Valor Contrapartida: **0,00**

Data Última

Liberação:

Valor Última

Liberação: **0,00**

Fonte:

<http://www.portaldatransparencia.gov.br/convenios/DetalhaConvênio.asp?CodConvênio=547315&TipoConsulta=0&UF=ms&CodMunicípio=9073&CodOrgão=&Pagina=31&Periodo=>

Fica evidenciado que o convênio não foi realizado. Enviamos um pedido formal de informação acerca desse fato, conforme *print screen*, abaixo. A resposta, uma semana depois foi: “O órgão não tem competência para responder sobre o assunto”.¹⁰²

¹⁰² Disponível em:

<https://esic.cgu.gov.br/sistema/Relatorios/Pedido/DetalhePedido.aspx?id=ZqRQnmzKAog=>

Figura 10 - Print screen com a resposta do e-SIC

The image shows a screenshot of a web browser displaying the e-SIC (Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão) interface. The page title is "Relatório - Detalhe do Pedido". The browser address bar shows the URL: <https://esic.cgu.gov.br/sistema/Relatorios/Pedido/DetailPedido.aspx?id=ZqRQnmzKAog=>. The page header includes the e-SIC logo and the text "SISTEMA ELETRÔNICO DO SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO Versão 2.5.5". The user is identified as "Olá Adauto de Oliveira Souza - quinta-feira 17/08/2017" with a session expiration of "Sua sessão expira em: 17:16 minutos".

The main content is divided into two sections:

Dados do Pedido

Protocolo	25820004201201718
Solicitante	Adauto de Oliveira Souza
Data de Abertura	11/08/2017 22:34
Órgão Superior Destinatário	MS – Ministério da Saúde
Órgão Vinculado Destinatário	FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
Prazo de Atendimento	04/09/2017
Situação	Respondido
Status da Situação	Órgão não tem competência para responder sobre o assunto
Forma de Recebimento da Resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Resumo	Gostaria de obter informações sobre o convênio SIAFI nº. 547315 - Nº original 4446/2005
Detalhamento	Este convênio foi realizado para implantação de Unidade do Programa Farmácia Popular do Brasil na Associação Beneficente Douradense. Por que ele foi não executado? Quais eram as ações previstas?

Dados da Resposta

Data de Resposta	17/08/2017 16:10
Tipo de Resposta	Órgão não tem competência para responder sobre o assunto
Classificação do Tipo de Resposta	
Resposta	Prezado Senhor Adauto de Oliveira Souza, Em atendimento ao seu pedido de informação sob o protocolo nº25820.004201/2017-18, cadastrado no sistema e-SIC da Controladoria-geral da União, segue a resposta da instituição:

Certamente, este nosocômio prestava serviços para o SUS e foi enquadrado como “entidade filantrópica” no seu processo de inserção no Programa Farmácia Popular do Brasil. Recordemos que os critérios iniciais¹⁰³ para inserção no Programa era municípios com mais de 70.000 habitantes – exceto o Estado de São Paulo no qual o limite era mais de 100 mil habitantes – e também que os hospitais filantrópicos deveriam possuir mais de 100 leitos.¹⁰⁴ Assim, parece-nos o Hospital Evangélico foi enquadrado como “entidade sem fins lucrativos”.

Até 1997, o município de Dourados limitava-se ao recebimento e distribuição dos medicamentos para dispensação, que vinha do governo estadual para a Secretaria municipal e distribuídos às unidades de saúde. Esta época foi marcada por muitas perdas, uma vez que recebia e distribuía os medicamentos que não tinham programação local, tendo ênfase

¹⁰³ Dizemos “iniciais” porque a partir de junho de 2011, com o lançamento do Programa Brasil Sem Miséria foram priorizados os municípios classificados como “de extrema pobreza”. No dizer governamental: “O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), apoia 1.582 municípios constantes do Plano Brasil Sem Miséria de até 100 mil habitantes. Isso corresponde a uma cobertura de mais de 26 milhões de pessoas, com prioridade para a estruturação dos serviços farmacêuticos na atenção básica, com investimento de mais de R\$ 17 milhões. Disponível em: <http://www.secretariadegoverno.gov.br/iniciativas/internacional/fsm/eixos/inclusao-social/brasil-sem-miseria> Acesso em 03.08.2018.

¹⁰⁴ “O HE é um hospital geral de grande porte, com 160 (cento e sessenta) leitos de internação. O corpo clínico é composto de por mais de 160 profissionais nas diversas especialidades médicas” Disponível em: <http://hospitalevangélico.com.br/site/#> acesso em 31.07.2018.

somente no insumo e distribuição, de acordo com planejamento do Estado.¹⁰⁵ E não raro, interesses eleitorais.

Em Dourados, na gestão do prefeito Tetila, encontramos um “balanço anual” – de 2008 - o qual menciona:

Na área da Assistência Farmacêutica, a gestão municipal fechará 2008 com 10 farmácias municipais implantadas, nove a mais de quando Tetila assumiu a prefeitura em 2000. Nesse mesmo período, também foram inseridos 108 medicamentos a mais na cesta básica do Sistema Único de Saúde (SUS), que passou de 35 itens para 143, que todos os dias são distribuídos gratuitamente à população douradense. A intenção da equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados, desde 2001, foi assumir o compromisso de efetivar e implementar uma Política de Assistência Farmacêutica – PAF que de fato viesse ao encontro dos anseios e das necessidades da população.¹⁰⁶

Segue a mesma fonte:

Sempre foi meta da gestão municipal considerar o medicamento como bem de consumo e não como insumo básico de saúde, para que o mesmo não passe a ser um objeto desvirtuado no sistema de saúde. Para isso, envolveram-se nessa concepção a formação dos profissionais, o processo de educação continuada, a orientação à população e o acompanhamento do uso adequado e racional dos medicamentos.

Portanto, parece haver uma compreensão do conceito de assistência farmacêutica. Sabemos, na prática política que historicamente em Dourados os medicamentos eram, quase sempre, distribuídos por vereadores em “caça de votos”. Havia uma “peregrinação” de pacientes e familiares nos gabinetes de alguns deles.

Posteriormente, já em 2010, constatamos que em Dourados:

A rede conta com 12 pontos de distribuição em anexo às unidades de saúde do município, o que representa atendimento ágil às necessidades médicas da comunidade, pois o paciente faz a consulta, pega a receita fornecida pelo médico e no mesmo lugar retira os medicamentos necessários. Isso facilita o acesso do paciente aos medicamentos de forma gratuita, controlada e segura.

Segundo a Sr^a Silvia Bosso - diretora de Atenção Básica do município, gestão do então Prefeito Ari Artuzzi - em 2010:

¹⁰⁵ “Farmácias: de uma unidade em 2000, gestão Tetila fechará 2008 com 10” Disponível em: <http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/farmacias-de-uma-unidade-em-2000-gestao-tetila-fechara-2008-com-10/> 08.10.2008.

¹⁰⁶ “Farmácias: de uma unidade em 2000, gestão Tetila fechará 2008 com 10” Disponível em: <http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/farmacias-de-uma-unidade-em-2000-gestao-tetila-fechara-2008-com-10/> 08.10.2008.

A terapia medicamentosa faz parte do atendimento integral. Por isso os medicamentos são disponibilizados à população. Porém, para o paciente retirar o remédio ele precisa apresentar a receita médica do SUS e residir em Dourados. (...) cada ponto de distribuição conta com uma cesta básica de pelo menos 200 tipos de medicamentos.¹⁰⁷

Ademais, essa mesma fonte assegurou que as farmácias públicas atendiam mensalmente, em Dourados, em média 37 mil receitas médicas, sendo aproximadamente 1.850 por dia. Portanto, a provisão pública de medicamentos estava ocorrendo, mesmo considerando-se que a Unidade Própria estava em funcionamento. Fazemos essa assertiva porque em alguns municípios foi constatado que não havia atendimento/assistência farmacêutica na Atenção Básica e os pacientes/receituários eram encaminhados para o Programa Farmácia Popular.

O secretário adjunto de Saúde do Município de Dourados, Sr. Renato Vidigal assegurou - em novembro de 2010 - que o Programa não comprometia recursos voltados à aquisição de medicamentos para o SUS.

A Farmácia [refere-se ao Programa] não isenta a responsabilidade do município de oferecer medicamentos gratuitamente. Ela é, na verdade, um programa voltado a uma parcela da população que possui algum poder aquisitivo para comprar esses medicamentos, sendo que alguns deles não fazem parte da lista da rede.¹⁰⁸

A seguir, apresentamos alguns trechos da entrevista, realizada em 18 de fevereiro de 2012, por Prevelato (2012) com a farmacêutica Maria Cristina Vasconcelos, então responsável pelo Programa Farmácia Popular, em Dourados.

A opção pela utilização da mencionada entrevista, se deu fundamentalmente, porque a Unidade foi desativada em 2013, portanto, a partir deste momento não há mais a materialidade da Rede Própria em Dourados e, portanto, nenhum gestor responsável, por essa modalidade, apesar da existência de um Núcleo de Assistência Farmacêutica no interior da organização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde. E, também, porque acreditamos que a fala da mencionada entrevistada pode nos ajudar na análise.

Prevelato (2012), indagou: Que pré-requisito se exige para ser atendido na Rede Própria do “Farmácia Popular”? Nas palavras da entrevistada:

¹⁰⁷ “Farmácias públicas facilitam a vida da população” 25.07.2010. Disponível em: <http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/farmacias-publicas-facilitam-a-vida-da-populacao/> Acesso em 31.07.2018.

¹⁰⁸ “Trabalho da Central de Medicamentos recebe elogios” Escrito por Redação Douranews, com Assessoria – 19 de novembro de 2010.

Somente apresentação dos itens: Receita médica da rede pública (SUS), também as das redes particulares que está tenha que conter o nome legível do médico e o CRM. Apresentação do CPF e da Identidade do próprio paciente. Nas receitas medicas terá que conter data de validade conforme a necessidade dos medicamentos para controle de doenças que se apresentar o paciente; para remédios de uso contínuo esta terá validade de seis meses, para remédios que tratam da hipertensão e diabetes validade de quatro meses. Lembrando que estes medicamentos a estas duas doenças são disponibilizados gratuitamente ao paciente. Já os outros de mais são adquiridas com desconto de até 90%, conforme regulamenta o Programa. E para os remédios controlados esta terá que ter validade de trinta dias e, por último, para os remédios antibióticos validade de dez dias. Vale salientar, a data que constar nas receitas medicas terá contagem a partir da prescrição. (Entrevistada, Maria Cristina Vasconcelos, responsável pelo PFPB em Dourados).

Constata-se, portanto, que a assertiva da entrevistada está em conformidade com os pressupostos operacionais do Programa.

Acerca do número mensal de usuários atendidos na unidade própria do Programa, em Dourados, a farmacêutica respondeu:

Não se tinha cadastro por número de usuários ou paciente que são efetuados o atendimento mensalmente, mas que é feito analise qual tipo de receita que é atendida mensalmente, quantas da rede pública e quantas da rede particular, ou seja, relacionada por tipo de receitas. Em media de setenta a noventa por dia e, mais, que da rede pública que efetuado o atendimento.

Uma constatação significativa: os pacientes oriundos da rede pública são maioria no atendimento. Essa constatação contrasta ainda que relativamente o indicativo nacional, levantado por Santos Pinto, Costa e Osório de Castro (2011).¹⁰⁹

Esses mesmos autores apontam que:

A baixa disponibilidade de medicamentos essenciais nas unidades públicas de saúde penaliza predominantemente os indivíduos mais vulneráveis, os de menor renda, que geralmente dependem da obtenção gratuita de medicamentos pelo setor público como única alternativa de tratamento; além disso, a falta de medicamentos compromete a imagem dos serviços e pode ocasionar internações desnecessárias que oneram o sistema de saúde ainda mais (SANTOS PINTO; COSTA E OSÓRIO DE CASTRO (2011, p. 2964).

¹⁰⁹ Santos Pinto; Costa e Osório de Castro (2011, p.2979) argumentam que: “A análise da procedência da população atendida revelou que, em sua maioria, são originários do setor privado. Entretanto, a análise de cada região, separadamente, demonstrou que este fato não reflete a realidade de todas, já que as regiões Norte (em todos os seus anos) e Nordeste (em 2007) demonstraram maior número de atendimentos à população proveniente da rede pública. Já as demais regiões seguiram o perfil demonstrado pelo dado agregado, entretanto todas vêm demonstrando, ao longo dos anos, crescimento na proporção de atendimentos a usuários do SUS. Qual seria o motivo desse comportamento? Seria consequência de falhas na provisão pública de medicamentos?”

Sobre a quantidade de medicamentos que é permitido a cada paciente, a farmacêutica responsável pela Unidade Própria de Dourados, mencionou:

Existe sim, a quantidade a ser dispensada para cada receita que se apresentar mediante a indicação do médico são: para medicamentos à doenças de hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Parkinson e osteoporose quantidade de comprimidos necessários para trinta (30) dias de tratamento. Já os remédios para as doenças que se encontra distribuídos gratuitamente, poderá ser liberado somente uma vez por mês ao cliente. E o medicamento para o tratamento do glaucoma é liberado a quantidade de comprimidos necessários para vinte cinco (25) dias de tratamento e para os remédios anticoncepcionais correspondente a uma (1) embalagem por cliente. Todas essas regras de quantidade diária prescrita e de quantidade a ser dispensada aos pacientes serão controladas pelo próprio sistema informatizado que se encontra no Programa Farmácia Popular do Brasil, tanto para redes privadas, como também da sua própria rede, por isso que antes mesmo de serem dispensados os medicamentos para os pacientes é necessário que o farmacêutico responsável consulte o CPF do paciente, se poderá ser atendido ou se não poderá, o próprio sistema faz a contagem de dias e de quantidade de medicamentos informando para o farmacêutico responsável que efetuar o atendimento. (Maria Cristina Vasconcelos)

Portanto, um procedimento operacional do Programa. Sobre essa temática, Batista (2015, p. 14) aponta que:

No que se refere à regulação, os medicamentos apresentam elevada especificidade frente a outros bens de consumo e é comercializado mediante a algumas particularidades mercadológicas. Devido a este fato, merecem atenção especial dos governos, que em geral, adotam medidas regulatórias da produção, distribuição, comercialização e utilização (...).

Nesse processo de descentralização da provisão pública de medicamentos constatamos que há um repasse mensal do governo estadual do IAFAB (Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica) aos municípios de Mato Grosso do Sul, com base na população IBGE/2012:

Art. 3º O valor do financiamento da Assistência Farmacêutica Básica do governo federal de R\$ 5,10 hab./ano, passou para R\$ 5,58 por hab./ano, tomando por base a população IBGE de 1º de julho de 2016. Com relação ao valor do financiamento do governo estadual e municipal, este persiste R\$ 2,36 por hab./ano, conforme Portaria nº 1.555/GM/MS de 30/07/2013.

Tais valores foram aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde, em 13 de novembro de 2017, sendo homologada – Resolução CIB nº 43, de 14 de novembro de 2017 - pelo

Secretário de Saúde, em 20 de novembro de 2017. (Publicado no Diário Oficial de Mato Grosso do Sul, de 23 de novembro de 2017, p.12)

A mesma Portaria define para 2018, um montante de repasse mensal estadual e contrapartida de Dourados, para a AF, no montante de R\$ 42.378,91 (REPASSE MENSAL DA ASSIST. FARMAC. BÁSICA - Valor: R\$ 2,36 x nº hab. (215.486 hab/12 meses ano)

Conforme aponta Batista (2015, p. 15/6):

O Estado é o financiador total ou parcial do gasto de medicamentos na maior parte dos países desenvolvidos, seja através de reembolso ou de distribuição gratuita. Nos Estados Unidos, há a predominância do sistema privado e o gasto com medicamentos é financiado essencialmente através do seguro-saúde privado. No Brasil, até 2004, a oferta de medicamentos através do Sistema Único de Saúde (SUS) se restringia àqueles consumidos durante o período de internação hospitalar e aos medicamentos de alto custo.

Portanto, no processo de descentralização há garantia de repasses orçamentários. Sobre o montante e a suficiência destes recursos é uma outra discussão envolvendo, inclusive a questão do federalismo brasileiro.

Em trabalho de campo, constatamos em Dourados, no interior do Departamento de Atenção Básica, a existência de um Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) que:

(...) engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional. Não é suficiente considerar que se está oferecendo atenção integral à saúde quando a Assistência Farmacêutica é reduzida à logística de medicamentos (adquirir, armazenar e distribuir). É preciso agregar valor às ações e aos serviços de saúde, por meio do desenvolvimento da Assistência Farmacêutica.

Com tais pressupostos, ao NAF incumbe:

- I - Integrar a Assistência Farmacêutica ao sistema de saúde;
- II - Ter trabalhadores qualificados;
- III - Selecionar os medicamentos mais seguros, eficazes e custo-efetivos;
- IV - Programar adequadamente as aquisições de medicamentos;
- V - Adquirir a quantidade certa e no momento oportuno;
- VI - Armazenar, distribuir e transportar adequadamente para garantir a manutenção da qualidade do produto farmacêutico;
- VII - Gerenciar os estoques;
- VIII - Disponibilizar protocolos e diretrizes de tratamento;
- XIX - Prescrever racionalmente;
- X - Dispensar (ou seja, entregar o medicamento ao usuário com orientação do uso);

XI - Monitorar o surgimento de reações adversas, entre tantas outras ações.¹¹⁰

Nesse sentido, há institucionalmente, políticas de assistência farmacêutica em Dourados, visando no dizer governamental:

- a) Garantir o acesso da população a medicamentos essenciais com qualidade e segurança.
- b) Promover seu uso racional por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.¹¹¹

Desse modo, a ossatura institucional do município de Dourados no tocante à assistência farmacêutica é composta de: (12) dez farmácias básicas, Coordenação da Unidade Reguladora de Medicamentos e Insumos (URMI), Coordenação da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e Comissão de Farmácia e Terapêutica. Assim fica constatado que, pelo menos, a estrutura governamental existe. Não se desconhece, todavia, que em muitos casos a estrutura pode existir muito mais determinada por exigência de uma política nacional do que efetivamente, por disposição política em cumprir com os requisitos da assistência farmacêutica. É que a liberação dos recursos federais, normalmente, é vinculada obrigatoriamente a existência dessa estrutura.

De qualquer maneira, o Município de Dourados conta hoje com uma lista de medicamentos/componentes especializados, em parceria com a Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul,¹¹² que atende a Portaria 1554/2013, do GM/Ministério da Saúde. Tal lista foi atualizada em 22 de setembro de 2017. E conta também com uma “Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e insumos”, tendo sido atualizada em abril de 2018.

Nesse contexto, o município conta hoje com 12 farmácias básicas nas respectivas Unidades de Saúde (UBS): Farmácia Parque das Nações 2; Farmácia Maracanã; Farmácia Vila Rosa; Farmácia Izidro Pedroso; Farmácia Santo André; Farmácia Centro Social Urbano (CSU); Farmácia Cachoeirinha; Farmácia Seleta; Farmácia DST/AIDS - medicamentos específicos do Programa DST/AIDS; Farmácia Saúde Mental (PAM) medicamentos controlados conforme Portaria 344/98; e os distritos de Vila Vargas e Ithaum. Portanto, os sete (07) outros distritos – Guassu, Indápolis, Picadinha, Vila São Pedro, Vila Formosa,

¹¹⁰ “Núcleo de Assistência Farmacêutica” Disponível em: <http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/nucleo-de-assistencia-farmaceutica-naf/>

¹¹¹ “Núcleo de Assistência Farmacêutica” Disponível em: <http://www.dourados.ms.gov.br/index.php/nucleo-de-assistencia-farmaceutica-naf/>

¹¹² <http://www.dourados.ms.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Lista-de-Medicamentos-CEAF-22.09-1.pdf>

Macauba e Panambi não possuem farmácias.¹¹³ Destes setes distritos, apenas Indápolis tem uma farmácia comercial conveniada. Desse modo, os outros estão completamente desassistidos.

Portanto, em 2018 são 12 farmácias básicas, equivalente ao mesmo número que em 2010. Se considerarmos o fechamento da Unidade Própria do Programa, aliado a expressiva expansão do perímetro urbano da cidade, ocorrido em 2011, a realidade é ainda mais preocupante. Discorreremos sobre essa expansão do perímetro urbano mais adiante.

Parece-nos que essa materialidade institucional distribuída espacialmente no território douradense é incapaz/insuficiente de realizar adequadamente o atendimento às necessidades dos seus cidadãos/pacientes do ponto de vista da assistência farmacêutica.

3.1 - A rede privada “AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR”

Como já mencionamos no capítulo anterior, essa modalidade do Programa têm características distintas da Rede/Unidade Própria na dispensação de medicamentos. Nessa modalidade - “Aqui Tem Farmácia Popular” - há algumas particularidades, tais como uma lista de medicamentos mais restrita e focada em determinadas condições patológicas; preços de medicamentos que podem variar entre diferentes marcas de um mesmo medicamento ou entre os estabelecimentos participantes do Programa; e um cálculo diferenciado para o valor do subsídio, baseado em um valor de referência estabelecido para cada medicamento.

Como já explicitado anteriormente, nesta modalidade são disponibilizados gratuitamente medicamentos para o tratamento de hipertensão (pressão alta), diabetes e asma. Além destes, são disponibilizados, com até 90% de desconto, medicamentos para rinite, dislipidemia (colesterol alto), doença de Parkinson, osteoporose e glaucoma. Ainda anticoncepcionais e fraldas geriátricas.

As farmácias e drogarias privadas podem solicitar a inserção no Programa a partir de um pré-credenciamento para validação de documentos pela Caixa Econômica Federal (CEF) e uma análise regulatória pelo Ministério da Saúde.¹¹⁴ Após o credenciamento, em cada um

¹¹³<http://www.dourados.ms.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/REMUME-2018-ATUALIZADA-em-Abril-2018-1.pdf>

¹¹⁴ Para essa análise regulatória é necessário a apresentação de Licença de funcionamento da Vigilância Sanitária municipal ou autorização de funcionamento emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) válido; certidão de regularidade técnica emitida pelo conselho regional de farmácia e registro profissional do farmacêutico responsável técnico. Após análise dos documentos o credenciamento é divulgado em Diário Oficial da União, autorizando a operação e a divulgação do atendimento ao PFPB no estabelecimento, de acordo com o manual de dizeres para aplicação das peças publicitárias do Programa, definidos pelo Ministério da Saúde.

desses estabelecimentos é obrigatório a utilização da marca de identificação do eixo “Aqui Tem Farmácia Popular”.¹¹⁵

Prevelatto (2012) constatou em 2012 que Dourados contava com vinte e nove (29) farmácias privadas credenciadas, ampliando consideravelmente a sua escala geográfica de atuação, pois iniciou com uma (01) da Rede Própria e uma (01) da rede privada: a farmácia “Farma Real”, em junho de 2006.

Em trabalho de campo que realizamos em 2016 e 2017 foi possível constatar que existiam 36 farmácias credenciadas em Dourados, em todas as partes da cidade, porém, majoritariamente, situadas na área central urbana, na qual concentra grande fluxo de pessoas.

Já no último relatório do Programa que tivemos acesso em agosto de 2018, o montante havia saltado para 48 farmácias e drogarias comerciais credenciadas em Dourados.¹¹⁶ Portanto, historicamente, tem havido um acréscimo significativo no montante de farmácias credenciadas. Dados atuais – fornecidos via endereço eletrônico pela Vigilância Sanitária Municipal de Dourados, em 07 de agosto de 2018 - indicam que o município de Dourados possui 103 farmácias comerciais, sendo: Comércio varejista de produtos farmacêuticos, com manipulação de fórmulas = 9; Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas = 94. Ou seja, de um montante de 94 existentes, 48 são conveniadas no “Aqui Tem Farmácia Popular”, representando, 48,97%, quase a metade dos estabelecimentos são credenciados. Um número efetivamente elevado.

Em termos quantitativos, o quadro seguinte mostra os estabelecimentos credenciados no município de Dourados em 2018.

¹¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. SUS. Manual de Diretrizes para Aplicação das Peças Publicitárias. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/28/manual-F-Popular2016.pdf>

¹¹⁶ <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/08/regiao/MS.pdf>

Quadro nº 02 – Dourados: relação das farmácias credenciadas ao Programa

	Farmácia e Drograria	Endereço
	Drograria São Bento	Av. Marcelino Pires, esquina com a João Rosa Goés, 1614
	Farmácia Preço Popular	Av. Marcelino Pires (2554) esquina com Toshinobu Katayama
	Preço Popular	Av. Marcelino Pires, 1930
	Farmais	Av. Marcelino Pires, 2937
	Pague Menos	Av. Marcelino Pires 2720
	Maxi Popular	Av. Marcelino Pires, 3066
	Drograria São João	Av. Marcelino Pires, 2901
	Popular Farmácia	Av. Marcelino Pires, 1578
	Minas Farma	Av. Marcelino Pires, esquina com Quintino Bocaiúva, 1138
	*Farma Real	Av. Marcelino Pires, 1526
	*Cipolla	Av. Marcelino Pires, 6038
	Drogasil	Av. Weimar Torres esquina com Av. Presidente Vargas, 1925
	*Drogacity	Av. Weimar Torres esquina Eulália Pires. 433
	Popular Farmácia (Farma Real)	Av. Weimar Torres, esquina com Eulália Pires, 432.
	Preço Popular	R. Hayel Bon Faker
	Ultra Popular	R. Hayel Bon faker
	Farmácia União	R. Hayel Bon Faker, 1613
	*Continental	R. Hayel Bom Faker, 2630

Continua...

Continuação...

	*Drogaria Bela Vista	R. Bela Vista, 1120
	Drogaria Bela Vista	R. Bela Vista, 1720
	Minas Farma	R. General Osório, 583
	Drogaria Silva	R. Leonidas Alem, 2280
	*Farma e Farma – Popular Mix Econômica	R. Lindalva Marques Ferreira, 1290
	Big Farma	R. Cafelândia, 910
	Drogaria São Cristovão	R. Monte Alegre, 6515
	*Farmácia Continental	R. Monte Alegre, 6857
	*Hiper Popular	R. Monte Alegre, 3670
	#Drogaria Nostra Farma 2 – Drogaria Master Popular	R. Monte Alegre, 96
	#Droga Matos	R. Monte Alegre, 5490
	Farmácia Continental	R. Monte Alegre, 6565
	Farma e Farma	R. Monte Alegre, 4395
	Gênesis	R. José Roberto Texeira, 34
	Drogaria Dinâmica	R. Mozart Calheiros, 2245
	Dourafarma	R. Presidente Vargas, 1188
	Vieira Medicamentos	R. Joaquim teixeira Alves esquina com Hayel Bom Faker
	Pague Menos	R. Nelson de Araújo, 575
	Qualifarma	R. Cuiabá, 1740

Continua...

Continuação...

	Farma Real	R. Cuiabá, 2409
	Meio Preço	R. Ediberto Celestino de Oliveira, 385
	Farmacy II	R. Tito Mello, 1080
	Santa Terezinha	R. Alvaro Brandão, 1510
	Droga Matos	R. Natal, 1180
	Santa Terezinha	R. Andreлина Vilela dos Reis, 225
	*Nostra Farma	R. Oliveira Marques, 2860
	Farmacy	R. Clovis Cerzosimo de souza, 3510
	*Ortiz e Feltrim	R. Camilo Hermelindo da Silva
	*Ala Comércio de Medicamentos	R. Itamarati
	*Juliana Felix	R. Mato Grosso, 1237

Organização: Gomes, 2017. Fonte: trabalho de campo.

*Consta na lista de farmácias credenciadas, porém não foi localizada em trabalho de campo.

Estabelecimento existente, porém, não consta na lista de 2018.

Há uma concentração dessas farmácias credenciadas no centro da cidade, dificultando sobremaneira o acesso da parcela da sociedade – aliás majoritária - que reside na periferia e/ou afastado da área central da cidade.

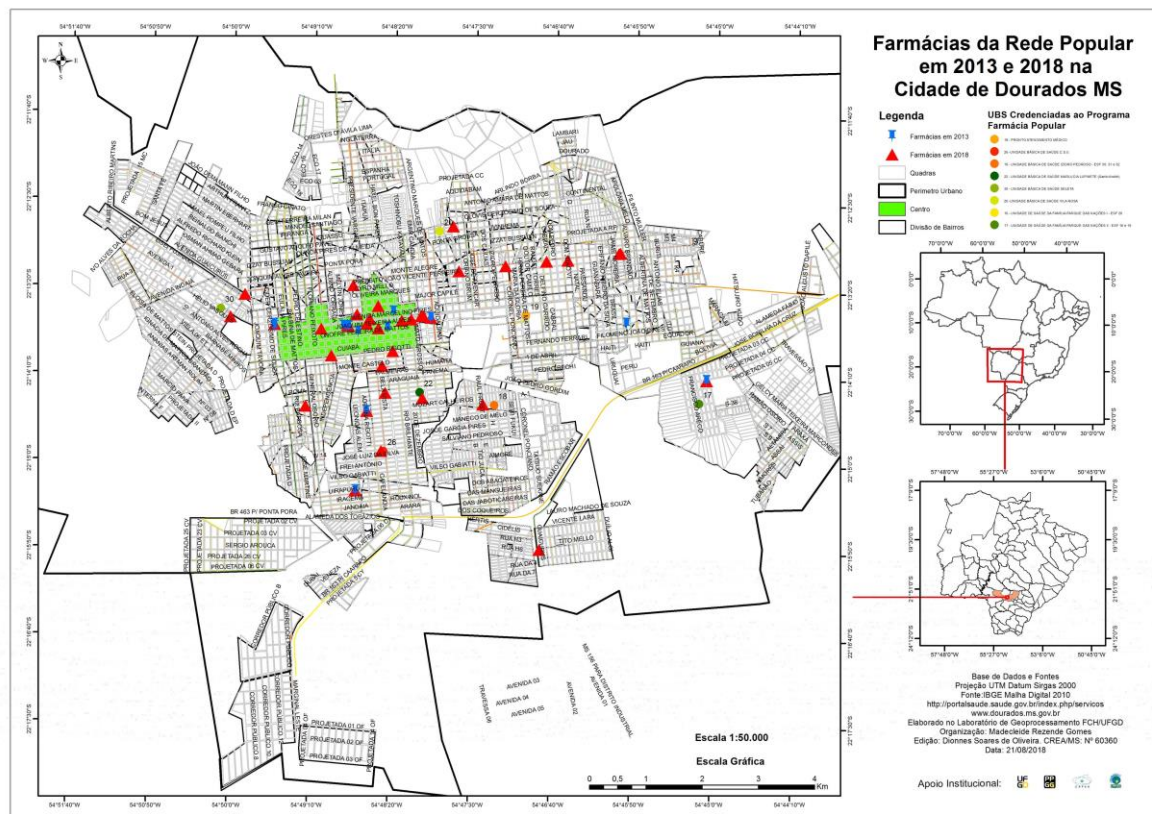


Figura 11 - Perímetro Urbano de Dourados: distribuição das Unidades Farmacêuticas do Programa Farmácia Popular do Brasil

O mapa de distribuição espacial destes estabelecimentos no interior do espaço urbano douradense mostra “verdadeiros vazios”, ou seja, grandes áreas na cidade que não são atendidas pelo Programa, dificultando o acesso ao medicamento/assistência farmacêutica. É o caso da porção noroeste da cidade.

Igualmente, os extremos norte e oeste da cidade também têm carências de unidades credenciadas. Vale salientar que são as duas direções urbanas vizinhas a Reserva Indígena de Dourados, onde residem cerca de 15 mil indígenas.¹¹⁷

Como já mencionamos os distritos do município também apresentam enormes carências nesse processo de acesso aos medicamentos, via distribuição nas Unidades Básicas, portanto, na assistência farmacêutica.

Um aspecto que nos chamou à atenção durante o trabalho de campo foi a apropriação pelos estabelecimentos – credenciados ou não – da cor utilizada oficialmente na identificação das farmácias credenciadas, portanto, uma “identidade” deste programa governamental.

Vamos aos exemplos: a Farmácia Preço Popular. Curiosamente a farmácia tem a logomarca e nome fantasia similar ao Programa, sendo utilizado como forma de chamar a atenção da população.

¹¹⁷ Por suas particularidades históricas, culturais, étnicas e de atendimento médico-assistencial, através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) essa questão merece uma pesquisa específica. De qualquer modo, apenas apontamos que: “O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado –, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social. No Brasil, são 34 DSEIs divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Além dos DSEIs, a estrutura de atendimento conta com postos de saúde, com os Polos base e as Casas de Saúde Indígena (Casais)”. Distritos sanitários especiais indígenas. 29.05.2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis> acesso em 09.08.2018.

Figura 12 - Aspecto da farmácia Preço Popular em Dourados



Autor: Gomes, 2017. Trabalho de campo.

Situação específica encontramos em uma das unidades da Farmácia Popular (credenciada) que é apenas em coincidência porque esta empresa funciona desde 1949 em Dourados.

Figura 13 - Vista da fachada frontal da Farmácia Popular



Autor: Gomes, 2017. Trabalho de campo.

Todavia, encontramos várias outras que se apropriam da identidade visual do Programa para talvez confundir o usuário. Essa situação inclusive chegou a ser alertada pelo Ministério da Saúde.

O nome “popular” e a cor vermelha muitas vezes são usados por drogarias privadas para chamar a atenção de clientes, que, por engano, entram nas lojas à procura do programa Farmácia Popular. Mas, nem sempre o estabelecimento é credenciado ao governo e dispõe dos medicamentos gratuitos ou com desconto. No entanto, para que a população aproveite os benefícios do Programa, basta prestar atenção em algumas dicas. As peças publicitárias, a lista dos medicamentos fornecidos e regras gerais do

Programa podem ajudar a identificar se um estabelecimento faz parte do “Aqui Tem Farmácia Popular” ou não.¹¹⁸

Foi possível constatar através de trabalho de campo que algumas farmácias privadas não se credenciam e, para confundir a população, se apropriam da cor e possíveis características daquelas farmácias credenciadas e que seguem um padrão, como podemos observar nas figuras 14 e 15.

Figura 14 - Um print screen com a vista frontal da Farmácia Santa Rita

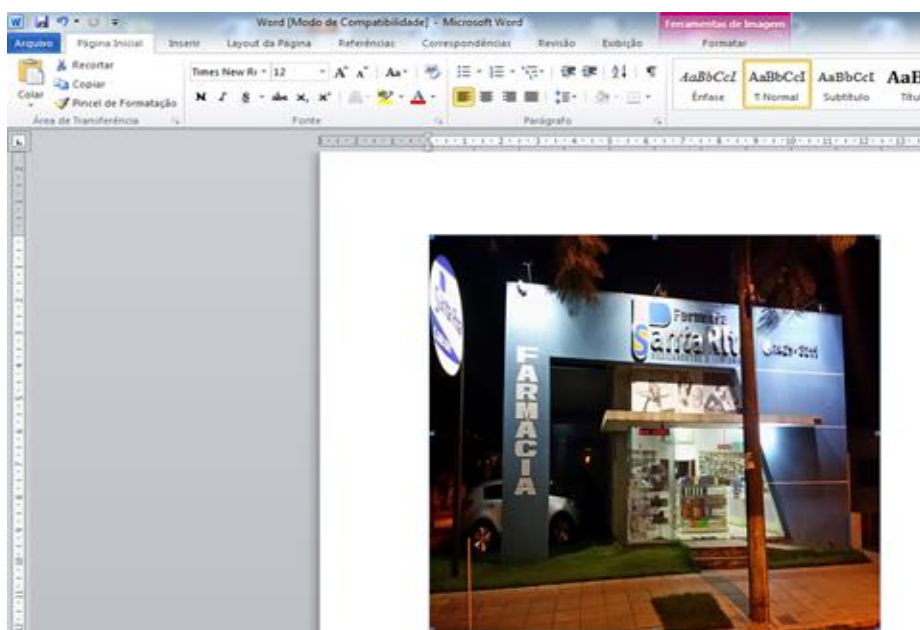


Figura 15 - Farmácia Santa Rita – não credenciada, após reforma



Fonte: Gomes, 2017. Trabalho de campo.

¹¹⁸ “MS orienta na identificação da Farmácia Popular” 05.10.2012. In: www.saude.gov.br

Nestas fotos comparativas, a advertência feita pelo Ministério da Saúde encontra respaldo. E em vários outros casos que encontramos na cidade de Dourados farmácias não conveniadas, porém utilizando-se da mesma cor daquelas que são conveniadas (vermelho), aumentando a possibilidade da população confundir-se.

Vejamos outro exemplo:

Figura 16 - Farmácia Antes da Reforma



Fonte: Trabalho de campo da autora, 2017.

Figura 17 – A mesma farmácia após a reforma



Fonte: trabalho de campo da autora, 2017.

Neste caso a diferença é que se trata de uma farmácia credenciada – como pode ser vista na sua porta de entrada - mas que, do mesmo modo, “se apropriou” das cores/identidade do Programa.

Na figura 18 também ocorre à mesma situação. Há, inclusive, algumas em que é colocada, frontalmente, um freezer de sorvete, com a cor vermelha que a média distância (algo em torno de 30 metros), se assemelha a logomarca do Programa Farmácia Popular do Brasil.

Figura 18 - Farmácia Bom Jesus – não credenciada



Fonte: Gomes, 2017. Trabalho de campo.

Analisemos a figura 19:

Figura 19 - Farmácia com detalhe do freezer na cor vermelha



Fonte: trabalho de campo da autora, 2017.

Na figura anterior a empresa faz uso do nome “Popular” em vermelho, num *totem* que facilmente pode confundir. Adicionalmente, posiciona o freezer, aparentando a intenção de confundir o usuário desavisado.

Segundo Blessa (2008, p.11 apud Batista, 2015, p.37), ações no ponto de venda são fundamentais para a tomada de decisão de compra:

Qualquer técnica, ação ou material promocional usado no ponto de venda que proporcione informação e melhor visibilidade a produtos, marcas ou serviços, com o propósito de motivar acaba por influenciar as decisões de compra dos consumidores de maneira tal que acelere a rotatividade dos produtos por aumentar as vendas por impulso.

No varejo farmacêutico, aproximadamente 70% das compras são planejadas devido ao grande mercado para prescrição e 30% caem na zona de impulso (Blessa, 2008 apud Batista, 2015, p.39).¹¹⁹

Um dos nossos entrevistados – proprietário da uma farmácia que já foi credenciado – mencionou que tomou conhecimento do Programa através dos meios de comunicação e resolveu se credenciar por:

Um acréscimo na renda da farmácia, girar a mercadoria pelo financeiro, parecia ser interessante o financeiro, em conversas com outras farmácias foi possível ver que tinha retorno, pouco mais tinha. Mas também muito trabalhoso porque é muito burocrático. (Entrevista realizada em 14/03/2018. Neste caso específico, optamos por não identificar o empresário entrevistado.

Batista (2015, p.25), analisando a questão do ponto de vista empresarial, concebe que:

Para as pequenas e médias empresas o aumento do comprometimento da renda das famílias com medicamentos ao longo do tempo apresenta uma oportunidade de desenvolvimento dos negócios. Além disso, permite aproximação da interface empresa–Estado–sociedade em busca de melhoria do bem-estar social e desenvolvimento do setor, gerando benefícios mútuos.

Para esse mesmo autor:

Para as drogarias privadas, o credenciamento e, portanto, a oportunidade de aumento do fluxo de pessoas dentro da drogaria pode ser entendido como uma estratégia de enfoque no comprador em potencial, que adquire produtos gratuitamente pelo PFPB na drogaria. A estratégia de enfoque é essencialmente direcionada para a demanda, relacionada ao mercado, em sinergia com os objetivos da organização. (BATISTA, 2015, p.33)

E segue:

¹¹⁹ “Os consumidores do PFPB realizam três tipos de compras: compras que se veem obrigados a fazer, classificadas como compras de primeira necessidade, nas quais se inserem produtos do PFPB, subsidiados pelo governo federal; compras de produtos complementares, nas quais se inserem medicamentos associados a doença principal, que são motivo direto de consumo em drogarias e ainda compras por impulso, aquelas relacionadas com a atração e estímulo do ponto de venda, como por exemplo, produtos de higiene e beleza e suplementos alimentares. As compras de medicamentos associados e as compras por impulso constituem uma margem de retorno adicional para o ponto de venda.” BATISTA (2015, p.38)

A demanda gerada pelos consumidores do PFPB poderia aumentar a frequência dos consumidores à drogaria, uma vez que a maioria dos produtos do programa exige uma frequência mensal. Mesmo que o médico tenha prescrito uma quantidade para o tratamento trimestral, o consumidor deverá retirar mensalmente os medicamentos nas drogarias credenciadas. Um outro possível fator alavancador é o tempo de espera no ponto de venda para finalizar a compra. Devido ao volume de procedimentos para a finalização da venda de um medicamento no programa e ao tempo operacional envolvido. O consumidor do PFPB permanece na loja por um período de tempo maior que o de um atendimento comum. BATISTA (2015, p.60).

Continuando, Batista (2015, p. 61) esclarece que:

(...)Segundo a Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (ABRAFARMA), um atendimento comum em drogarias demanda aproximadamente 3 minutos, enquanto que um atendimento do programa PFPB demanda aproximadamente 13 minutos. Este fato pode representar uma oportunidade de realizar vendas por impulso próximos ao caixa.¹²⁰

Prevelato (2012), destacou que no momento da implantação do Programa nas respectivas farmácias privadas da cidade de Dourados, parte expressiva dos farmacêuticos responsáveis salientaram que o Governo Federal inseriu o Programa para a rede privada, mas não deu condição necessária para melhor capacitá-los e treinar o seu quadro de profissionais visando adequar o atendimento às diretrizes do Programa. Nesse contexto, ficou sob a responsabilidade do proprietário da farmácia assumir a capacitação dos funcionários.

Situação oposta ocorreu na rede própria do Programa, na qual o Governo Federal implantou a rede, porém, atribuiu a responsabilidade para a FIOCRUZ disponibilizar toda e qualquer capacitação para o quadro de recursos humanos vinculados a rede. Sendo assim, fica evidente que onde é público o governo assume, no caso dos estabelecimentos privados fica por conta do estabelecimento. Procedimentos operacionais do Programa, com os quais estamos de acordo.

Sobre a questão dos “ganhos mútuos” na relação Estado/Mercado, constatamos em entrevista com um empresário:

Todo ano o medicamento tem um reajuste, pequeno mais tem, e o governo nunca deu reajuste nesses anos todos e teve alguns medicamentos que ele diminuiu o preço pago a farmácia, então por isso aí não estava tendo mais lucro, e queira ou não queira esses medicamentos, desde a farmácia da prefeitura (unidade própria do programa) e todas só o genérico ou similares, ético não existia, ninguém dava, tem uns médicos, que receitava e queria que você desse então não compensava dava prejuízo, aí a pessoa andava, andava,

¹²⁰ ABRAFARMA. Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias. **Grandes Números ABRAFARMA 2014**. Disponível em: <<http://www.abrafarma.com.br/numeros.htm>>.

não achava em lugar nenhum porque ninguém tinha éticos, o genérico era devido o custo e o genérico dava pra se sobressair, pagar o funcionário as despesas todas, no último ano não compensava mais, porque além do governo não reajustar a tabela dele ele ainda diminuiu alguns medicamentos, não todos, mas alguns foram diminuídos a margem para as farmácias, aí você ficava procurando coisa sem qualidade pra oferecer para o cliente, aí foi e parou, falamos vamos parar por uns tempos, vê se melhora.

Um outro entrevistado após mencionar que se credenciou em 2012, “para aumentar as vendas da farmácia e ao mesmo tempo prestar um serviço a mais para a comunidade” argumentou que um dos principais problemas do Programa era “a diminuição dos valores repassados e em muitos casos atrasos de até dois meses, sem receber”.

É uma forma do capital manter o Estado sob pressão. O discurso é sempre de insatisfação e que o Estado deveria “fazer mais”.

Como atualmente Dourados não conta com a rede própria do Programa a população, só pode contar com a rede privada credenciada ao Programa, tendo que efetuar a compra desses medicamentos, via sistema de copagamento.

Nessa situação, o paciente adquire o medicamento que necessita para tratar de sua saúde. No estabelecimento comercial o farmacêutico efetua a venda de tal medicamento para o paciente, de acordo com a indicação do médico, mas faz o atendimento que considera viável ao paciente, muitas vezes trocando o medicamento e o laboratório, tendo em vista que os custos podem ser diferentes de um laboratório para outro.

Essa situação com custos e tributos diferentes o estabelecimento comercial privado não sai prejudicado, pois o Governo Federal faz o ressarcimento dessa diferença para o empresário. O “Programa Farmácia Popular do Brasil” têm um valor exato desses medicamentos.

Quanto à oferta da rede credenciada ao Programa o governo reconhece que:

O credenciamento facilita a oferta dos medicamentos disponibilizados pelo governo federal, multiplicando os pontos de retirada. Como são estabelecimentos estruturados, o Governo Federal não gasta com a distribuição, transporte, administração de estoques e manutenção dos medicamentos, além de não possuir gastos com pessoal.¹²¹

Ademais:

Para conseguir entregar o medicamento gratuitamente nas mãos dos brasileiros, o Ministério da Saúde paga o valor de referência, que corresponde a 20% dos menores preços do medicamento praticados no mercado. Desde 2006 os valores permanecem os mesmos, pois a tabela de

¹²¹ “Programa Farmácia Popular do Brasil contabiliza mais de 20 mil pontos de distribuição de medicamentos no país” 22.08.2012. In: www.saude.gov.br

preços não foi reajustada. Cada drogaria possui seu fornecedor de medicamento. O Ministério não possui gestão ou interferência na compra.¹²²

É possível destacar que o Programa tem alcançado resultados positivos no sentido de atender com medicamentos gratuitos ou subsidiados aqueles pacientes acometidos de doenças crônicas que necessitam de tratamento contínuo e que nem sempre conseguem em virtude do alto preço da medicação.

Do ponto de vista mercadológico, há também uma concepção positiva deste Programa, baseada na afirmação das farmácias privadas que aderiram Programa na cidade de Dourados.

Como explicitado na introdução deste trabalho, a unidade da rede própria que funcionava na Avenida Weimar Torres, 3330 – nas proximidades da Escola Estadual Menodora Fialho de Figueiredo – criada na gestão Tetila, foi desativada. Sendo assim, a cidade não possui mais a unidade da rede própria, possuindo apenas a rede privada conveniada. A unidade Própria no interior do Programa “Farmácia Popular” tinha como proposta realizar não apenas a dispensação de medicamentos, assim como a assistência farmacêutica para orientar sobre cuidados com a saúde, uso correto de medicamentos, efeitos adversos, armazenamento dos medicamentos, além de outras ações educativas.

Constatamos que a unidade própria foi fechada de acordo com Ata do Conselho Municipal de Saúde, em reunião realizada no dia 20 de março de 2013, tendo sido utilizado como justificativa para o fechamento o custo benefício que o Programa trazia. Vejamos a fala do Sr. João Alves de Sousa – Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde:

O entendimento do pleno na época é que o Programa Farmácia Popular do Brasil propriamente dito, não era mais viável, o pleno não visou prejudicar ninguém apenas é a questão do custo benefício, até para o próprio Governo Federal, uma vez ele fazendo convênio ou credenciamento com as farmácias particulares do setor privado, então não havia razão porque da Farmácia Popular do Brasil continuar com despesas de funcionários, até porque esses funcionários foram deslocados pras farmácias e para outros setores que estavam faltando pessoas.

Podemos destacar que a unidade própria era de expressiva importância para a sociedade douradense e também regional, tendo em vista que a população da região da Grande Dourados também era beneficiária, notadamente os municípios mais próximos, casos de Caarapó, Itaporã, Fátima do Sul, entre outros.

¹²² “Programa Farmácia Popular do Brasil contabiliza mais de 20 mil pontos de distribuição de medicamentos no país” 22.08.2012. In: www.saude.gov.br

Ademais, desde a sua criação em 2004, através da Portaria N° 2.587, de 06 de dezembro de 2004, o Governo Lula criou o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, aos entes federados, para implantação e manutenção financeira. Constatamos que o incentivo consiste de:

Art. 3° O incentivo parte, mensalmente, à cobertura de despesas rotineiras com a manutenção e outra parte, integralmente, aos gastos restritivamente necessários à implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil.

§ 1° Será de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) o valor de 1/12 (um doze avos) do total de R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais) destinado à cobertura de gastos exclusivamente com a manutenção de cada unidade em que estiver funcionando regularmente o Programa Farmácia Popular do Brasil, no âmbito da esfera de gestão do estado, do Distrito Federal ou do município beneficiário.

§ 2° Será de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) o valor destinado à cobertura de gastos exclusivamente com a implantação de cada unidade em que funcionará regularmente o Programa Farmácia Popular do Brasil, no âmbito da esfera de gestão do estado, do Distrito Federal ou do município beneficiário.

§ 3° Os gastos com manutenção deverão envolver os destinados ao pagamento de pessoal em atividade na unidade do Programa Farmácia Popular do Brasil - Pessoal/Pessoa Física, bem como outras despesas correntes necessárias ao seu pleno funcionamento.

§ 4° Os gastos com implantação englobam ações de reforma, adaptação ou adequação de áreas físicas para instalação de unidades do Programa Farmácia Popular do Brasil conforme os padrões estabelecidos no Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil.¹²³

Assim, reafirmamos que na Rede Própria, o Ministério da Saúde investia junto com estados e municípios em pessoal, encargos sociais, aluguel, telefone e outras despesas para o seu funcionamento. O abastecimento de remédios era feito pela FIOCRUZ por meio de licitações.

Fica constatado, portanto, que o fechamento da Unidade Própria em Dourados, foi prioritariamente uma opção política, antecedendo aspectos da relação custo/benefício conforme argumentado. Ademais em maio de 2014, tais montantes foram majorados.¹²⁴

Ademais, o fechamento da Unidade Própria, em Dourados em 2013 – e posteriormente em todo o país no final de 2017 – corresponde a um redirecionamento do fundo público para

¹²³ PORTARIA N° 2.587, DE 6 DE DEZEMBRO DE 2004. Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**, Número 236 de 09/12/2004 Edição Número 236 de 09/12/2004. Em 2014, essa Portaria foi alterada

¹²⁴ "Art. 3° O incentivo financeiro de que trata esta Portaria consiste de um total de recursos financeiros destinados, uma parte, mensalmente, à cobertura de despesas rotineiras com a manutenção e outra parte, aos gastos (...). § 1° Será de R\$ 12.500,00 (doze mil e quinhentos reais) o valor de 1/12 (um doze avos) do total de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) destinado à cobertura de gastos com a manutenção de cada unidade em que estiver funcionando regularmente o Programa Farmácia Popular do Brasil, no âmbito da esfera de gestão do Estado, do Distrito Federal ou do Município beneficiário." BRASIL. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. PORTARIA N° 1.019, de 20 de maio de 2014 Altera a Portaria n° 2.587/GM/MS, de 6 de dezembro de 2004, que institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências.

assegurar as condições gerais de produção e reprodução do capital. Este processo reforça uma lógica de custo-benefício para as discussões relativas à proteção social, deixando em segundo plano as discussões sobre os direitos sociais enquanto tais. A recente publicação “Austeridade e retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil”, publicação conjunto do Brasil Debate e Fundação Friedrich Ebert, agosto de 2018, demonstra limpidamente tal processo.

Em Mato Grosso do Sul, conforme podemos constatar no Quadro nº 03, existia seis (06) municípios inseridos no Programa, com rede própria. A partir do final do 2º semestre de 2017, todas foram fechadas, por determinação do governo Temer.

Quadro 2 - Relação de rede própria do “Farmácia Popular” em Mato Grosso do Sul

Cidade	Endereço	Ano de abertura
Aquidauana/Anastácio e Miranda	R. Estevão A. Correa, 465	2006
Corumbá	R.13 de Junho, 1288	2008
Coxim	Av. Virginia Ferreira, 1330	2007
Paranaíba	Rua Treze de Maio, 264,	2007
Ponta Porã	R. Antonio João, 2245	2007
Nova Andradina	R. Juscelino K. Oliveira, 1421	2011

Fonte: <http://www.saude.gov.br/aquitemfarmaciapopular>

Santos Pinto, Costa e Osório de Castro (2017, p.2967), avaliando a localização das Unidades Próprias, em escala nacional evidenciam que a maioria dos municípios contemplados com unidades do Programa obedeceu aos pré-requisitos populacionais. Mas foram observados casos em que os municípios contemplados possuíam um número menor de habitantes do que o estipulado como mínimo pelo Programa, com destaque para os estados de Mato Grosso do Sul, Paraíba e Rio Grande do Sul, onde a proporção de municípios com menos de 70.000 habitantes superou a proporção de municípios com mais de 70.000 habitantes.

Todavia, salientam os mencionados autores, a maioria desses municípios contemplava uma microrregião, por isso enquadravam-se nos critérios estabelecidos.

Em Mato Grosso do Sul, constatamos que houve uma parceria entre os municípios de Aquidauana, Anastácio e Miranda, para garantir a implantação da Farmácia Popular do Brasil, em Aquidauana. O convênio foi assinado em março de 2006, pela secretária municipal de saúde de Aquidauana, a qual mencionou: “O convênio contou também com uma carta de adesão dos municípios de Anastácio e Miranda, até porque, a Farmácia tem como objetivo atender municípios com mais de 70 mil habitantes”.¹²⁵

Conforme já evidenciamos, no Mato Grosso do Sul a primeira cidade a receber a iniciativa governamental foi Dourados. Contraditoriamente, esta foi desativada precocemente. Talvez a explicação esteja na orientação política da Prefeitura Municipal. Evidentemente, que tal prática implica numa determinada relação do governo com a sociedade.

Explicamos melhor: a mencionada Unidade foi fechada na gestão do prefeito Murilo Zauith (Gestão de 2011 e 2012 e 2013-2016), ex-integrante do Partido da Frente Liberal (PFL) e que na oportunidade estava no PSB (Partido Socialista Brasileiro) e agora, em 2018, já esta filiado ao DEM (Democratas). Esse prefeito em 2011, converteu cerca de 120 hectares de terra rural em terra urbana, ampliando o perímetro urbano dos então 77,28 km² para 210,86 km², portanto, uma ampliação de 172,80%, conforme analisado por Campos (2014). Para que tenhamos uma ideia da dimensão dessa atitude do Executivo douradense, a densidade demográfica urbana que era de 2.250 hab/km² recuou para 858 hab/km².

Essa abrupta e expressiva produção territorial urbana nitidamente é uma medida que beneficia o capital imobiliário e contraditoriamente dificulta – se não impede - a oferta de serviços e equipamentos sociais urbanos em Dourados, tendo em vista que um conjuntos de novos loteamentos periféricos, distantes e sem infraestrutura urbana são implementados.

Portanto, em Dourados a Unidade Própria foi fechada em 2013, enquanto no restante do País, em 2017, no contexto da “PEC do Fim do Mundo ou PEC da Morte” no governo de Michel Temer.¹²⁶

Conforme destaca Belluzzo (2018):

A conversa mole de transparência e austeridade encobriu o movimento real das coisas: sob o véu da racionalidade econômica esgueira-se a mão que vai pilhar a aposentadoria dos desavisados. Os gênios da nova finança estão dispostos a utilizar quaisquer métodos para desqualificar as resistências aos

¹²⁵ Disponível em: <http://www.aquidauananews.com/0,0,00,6500-80791-MUNICIPIO+DE+AQUIDAUANA+VAI+GANHAR+FARMACIA+POPULAR+DO+BRASIL.htm>. 31.03.2006.

¹²⁶ “Governo fechará 393 unidades do Farmácia Popular a partir de maio” Disponível em: <http://extra.globo.com/noticias/economia/governo-fechara-393-unidades-do-farmacia-popular-partir-de-maio-21202769.html#ixzz4e8T6yi4N>. Acesso em 18/05/2017.

seus anseios. Imobilizaram homens e mulheres nas teias do pensamento uniformizado e repetitivo: “Não há alternativa”.¹²⁷

Por rádio, televisão e jornal as pessoas são “informadas” – internalizam a ideologia do mercado - que precisam se sacrificar, aceitar cortes nos gastos sociais e menos direitos e benefícios trabalhistas, ou encarar a destruição da economia - tudo em nome da ciência econômica. Como acertadamente, argumenta Belluzzo (2018): “O ajuste transformou-se em uma ferramenta para justificar cortes seletivos”.

Nesse contexto, a ideologia dos mercados propõe uma abordagem do orçamento e das finanças públicas camuflada em uma aura técnica e científica, transformada em ferramenta para manipular a opinião pública e servir ao interesse mercantil.

Fizemos uma entrevista com Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde, Sr. João Alves de Sousa, o mesmo reforça o papel das farmácias conveniadas, ou seja, do mercado no processo de dispensação dos medicamentos:

A última discussão foi feita nesse caso aqui, ela foi aprovada bem antes, uns cinco anos antes, nesse período aí, e depois mais tarde houve essa expansão nas farmácias conveniadas, o que facilitou bastante para o acesso das pessoas, esse credenciamento é feito direto no Ministério da Saúde pelo sistema, on line, tem os requisitos, *site* próprio do Programa Farmácia Popular Brasil (...). Sr. João Alves de Souza – Secretário Executivo do Conselho de Saúde do Município de Dourados. Entrevista realizada em 31/10/2017.

Sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil, o mencionado conselheiro afirma que:

Até o ano 2013 a gente focou, na época fui Presidente do Conselho de Saúde [2009-2011] como ótima iniciativa perfeita do Governo Federal, até por facilitar, aí ela nos surpreendeu de forma até mais ampla, superou as expectativas quando as farmácias tomaram a iniciativa, ou o Ministério da Saúde (não sei bem ao certo) de fazer esse credenciamento, então ao invés das pessoas que dependem da medicação vir até o centro que era na Weimar Gonçalves Torres, 3330 ela pode ir lá ao bairro dela pra adquirir esses medicamentos de forma gratuita conforme tabela fornecida pelo Ministério da Saúde. (Sr. João Alves de Souza – Secretário Executivo do Conselho de Saúde do Município de Dourados. Entrevista realizada em 31/10/2017)

Constata-se que o ex-presidente, hoje ainda conselheiro aprovou a proposta de implantação do Programa através da Unidade Própria em Dourados, todavia, a partir da

¹²⁷ BELLUZZO, L.G. “Os “mercados” e a política” — publicado 12/06/2018. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/revista/1007/os-201cmercados201d-e-a-politica> Acesso em 31.07.2018

possibilidade de estabelecimento de convênio para a provisão de medicamentos nas farmácias comerciais privadas, há a compreensão que tal iniciativa é mais vantajosa para os pacientes/usuários. E há uma justificativa para a questão da localização, esquecendo-se que essa era uma preocupação programática, ou seja, o local de instalação da Unidade Própria deveria ser de fácil acesso e relativamente distante das UBS. Como era, o caso de Dourados, na área central e praticamente ao lado do terminal rodoviário.

Sobre o Programa, o Conselheiro concebe que:

(...) vejo com bons olhos, hoje essa medicação sendo fornecida pelas empresas conveniadas até hoje não temos tido nenhuma reclamação ao Conselho de Saúde não tem recebido nenhuma denúncia nem reclamação com relação a dificuldade de acesso da população a Farmácia Popular do Brasil, nessas empresas. Quanto a algumas empresas conveniadas é interesse da empresa esses o Conselho não pode interferir. (Sr. João Alves de Souza – Secretário Executivo do Conselho de Saúde do Município de Dourados. Entrevista realizada em 31/10/2017)

Sobre o fechamento da Unidade Própria em Dourados, mencionou:

Quando começou essa divulgação que chegou ao pleno do Conselho que inúmeras farmácias estavam sendo credenciadas começou perder o objetivo, até a iniciativa do Governo Federal que foi louvável, mas aí as coisas vão mudando rapidamente e a gente tem acompanhar o curso da evolução até porque o custo benefício facilitou bastante, só que nasceu essa preocupação das diferenças de itens, na época se perguntava vai credenciar todos os itens? Não vai e como é que vai ser isso? Isso tem que ser visto tem que ser observado, só que o Conselho não recebeu nenhuma denúncia, nenhuma reclamação. (Sr. João Alves de Souza – Secretário Executivo do Conselho de Saúde do Município de Dourados. Entrevista realizada em 31/10/2017)

Ao longo deste trabalho explicitamos que um dos principais pontos de tensão quanto ao fechamento das Unidades Próprias, em todo o país, é justamente a menor quantidade de medicamentos disponibilizados. Questão apontada pelos movimentos populares.

O então diretor de Assistência Farmacêutica do Município, Sr. Racib Panage Harb, atribuiu ao convênio com a FIOCRUZ um grande benefício para Dourados. Todavia, afirmou que:

A Farmácia Popular do Brasil compra medicamentos da FIOCRUZ por regime de comodato e vende com o mesmo preço pelo qual são adquiridos. No início era permitido apenas que o município comprasse esses remédios a baixo custo, mas hoje [novembro de 2010] as drogarias também podem, no entanto, elas vendem por um preço mais alto.¹²⁸

¹²⁸ “Trabalho da Central de Medicamentos recebe elogios” Escrito por Redação Douranews, com Assessoria – 19 de novembro de 2010.

Mais uma constatação de apropriação da política pública pelo mercado farmacêutico. O governo impõe um conjunto de normas e procedimentos visando evitar fraudes ou algo ilícito para obter vantagens perante o ressarcimento de valores diferentes pagos pela União.

As normas do Programa preveem que caso venha acontecer alguma irregularidade para obtenção de fins lucrativos, a empresa será descredenciada e responderá medidas administrativas judiciais. Mesmo diante desse aparato é possível situações como as destacadas pelo Diretor de Assistência farmacêutica do Município de Dourados.

Acerca da avaliação sobre o Programa, o farmacêutico da Farma Real – primeira farmácia conveniada no município de Dourados, afirmou que:

Na verdade, não só para quem não tem condição, mas para todo mundo, principalmente pra quem não tem condições é uma maravilha, só acho que eles deviam abranger mais medicamentos, que bem limitado, mas excelente, iniciativa boa do governo pra poder ajudar todo mundo. (Entrevista realizada em 22/11/2017)

Sobre a participação do Conselho Municipal de Saúde, na política de assistência farmacêutica em Dourados, a representante dos usuários do SUS, assim se posicionou:

É uma luta grande do Conselho pra que permaneça a Farmácia Popular do governo e não essas vermelhinhas e amarelinhas por aí, porque elas tem um preço mais em conta e até tem o medicamento gratuito mas um pouco é ilusão, a gente precisa ter medicamento de alto custo na rede básica e com o fechamento da unidade de Dourados a situação ficou mais precária pra todos os usuários e o que nós vemos também com a distribuidora a URMI [Unidade Reguladora de Medicamentos e Insumos], distribuidora de medicamento, também não tem os medicamentos necessários que no dia a dia os médicos receitam. (Maria Aparecida, entrevista realizada em 01/03/2018)

Constata-se nesta fala um posicionamento mais crítico e fundamentalmente uma justa preocupação com a assistência farmacêutica que normalmente, o mercado privado não atende e também a questão da regulação, através da URMI.

Sobre a discussão acerca do Programa Farmácia Popular no município – ou seja, o Conselho Municipal de Saúde pautar essa ação programática - a mencionada conselheira, representante dos usuários do SUS, afirma que:

Se discute ainda, mas agora menos, até porque quando algum conselheiro coloca na pauta que vai discutir isso as vezes ele é o último a falar e a resposta é assim: já estamos providenciando, já estamos licitando, já foi feito

a licitação e em breve chega, mas aí faz a licitação, mas não vem todos os medicamentos que consta na cesta básica de medicamentos. (Maria Aparecida, entrevista realizada em 01/03/2018)

Essa resposta, “mas agora menos” ocorre em função do fechamento da Unidade Própria desde 2013. E demonstra fundamentalmente uma certa tensão no interior no Conselho e do estabelecimento da política.

Realizamos também uma entrevista com Melissa Cristina Bento Brandolis que é a responsável pela política de assistência farmacêutica do município, a qual salientou que:

Ela é boa, tem superado hoje, a gente tem dez unidades de farmácia básica, a gente tem os farmacêuticos dentro do NASF [Núcleo de Assistência Farmacêutica], fazendo visitas e atendimentos em casa, a gente tem unidade para atendimento especializado, que pega dieta, oxigênio, a gente tá em todo canto da rede hoje, ainda falta abrir farmácias em outros locais a cidade está expandindo muito e a gente vai ter que acompanhar, só que as vezes precisamos de recursos humanos, as vezes a gente não consegue andar na mesma velocidade, de quando eu vim pra cá até hoje ela evoluiu bastante. (Entrevista realizada em 18/12/2017)

Percebe-se explicitamente que questão da excessiva ampliação do perímetro urbano douradense, para atender o capital imobiliário – conforme apontado por Campos (2014) - trouxe implicações negativas para a assistência farmacêutica municipal. Tal fato é reconhecido pela gestora da política.

Ademais, uma outra constatação significativa é que em 2018, o município de Dourados, tem o mesmo número de unidades de farmácia básica que 2010. Portanto, não houve praticamente nenhum avanço nesse setor. Pelo menos do ponto de vista quantitativo.

Por fim, mas não menos importante, Prevelato (2012, p. 40) constatou que as unidades privadas do “AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR” eram em sua maioria unidades únicas, independentes. Em nosso trabalho de campo, já evidenciamos a expressiva entrada de grandes redes de farmácias em Dourados: Pague Menos, Drogasil, Maxi Popular, Ultra Popular, dentre outras. As “vermelhinhas e amarelinhas” apontadas pela Conselheira Maria Aparecida.

Por exemplo: “Atualmente, a Drogasil tem mais de 600 lojas espalhadas pelo país e faz parte de um grupo com mais de 1.400 lojas”.¹²⁹

¹²⁹ <https://www.drogasil.com.br/nossa-historia> Acesso em 02.08.2018.

Figura 20 - Vista parcial da Drogasil em Dourado



Fonte: Trabalho de campo da autora (julho de 2018).

A presença de grandes redes farmacêuticas, acreditamos merece uma pesquisa específica.

Estudando essa temática, Batista (2015, p. 19) aponta que:

Do ponto de vista empresarial, este tema possui caráter inédito e é de importante análise, visto que faz parte das diretrizes de ação do governo federal. Tais fatores políticos acarretam em mudanças no cenário de negócios que podem representar um benefício cedido pelo governo federal para empresas privadas, atuando como um facilitador e um possível alavancador do crescimento de negócios, pela ampliação de demanda através da presença de consumidores em potencial, que anteriormente buscariam seus medicamentos gratuitos em postos de saúde e atualmente podem fazê-los em drogarias privadas. Em contrapartida, pode comprometer o crescimento e desenvolvimento de pequenos e médios varejos devido ao aumento da complexidade da capacidade operacional e a aspectos financeiros relacionados a gestão de fluxo de caixa e capital de giro. (Grifo nosso)

Essa “complexidade da capacidade operacional” foi mencionada na entrevista pelo empresário que se descredenciou.

Acerca dessa problemática, Batista (2015, p. 58/9) assevera que:

O mercado farmacêutico no país apresenta taxas de variação anual de vendas superiores a 10% ao longo dos anos. A partir de 2011, com a implantação do Programa “Saúde Não Tem Preço”, inserido no PFPB, que fornece a gratuidade de medicamentos para diabetes e hipertensão e, 2012 se amplia com a distribuição gratuita de medicamentos para asma é possível perceber reflexos positivamente no mercado farmacêutico, com uma ampliação

crescente do faturamento, principalmente nestes períodos, representando um forte movimento na economia do país.

Cohn (2017, p. 272) acrescenta que:

Os dois subsistemas de saúde – público e privado – são só formalmente independentes entre si, como mostram os inúmeros estudos a respeito. Dizem-se e comportam-se como um sistema de saúde dual, quando na realidade é via SUS em grande medida que o subsistema privado (incluindo todo o sistema de saúde ou o complexo industrial da saúde, isto é, toda a cadeia produtiva), de forma direta ou indireta, viabiliza a reprodução de capital por meio de lógicas e mecanismos ainda a serem desvendados na sua intimidade.

Para termos uma dimensão da grandeza desse mercado, apenas a rede Pague Menos – com 03 unidades em Dourados - no ano de 2017, abriu 146 lojas, e neste ano de 2018, projeta abrir 188. Em 2016, tal rede – com 10 milhões de clientes mês – faturou o equivalente a R\$ 5,8 bilhões.

Figura 21- Vista de uma das unidades da Pague Menos



Fonte: trabalho de campo da autora (julho de 2018)

Nas palavras de Deusmar de Queiróz, seu diretor presidente:

O empresário consciente tem de continuar abrindo novas unidades produtivas, acreditando no país, porque o governo pode, mas não pode tudo. Cabe ao empresário tomar a frente dessa retomada. Queremos ser uma loja de conveniência, de vizinhança. Fomos um dos primeiros a vender refrigerante, biscoitos, sorvete nas lojas, porque a legislação de 1973 diz que farmácia é para vender medicamentos, produtos de higiene e beleza, e eu nunca aceitei essa limitação. Por que não poder vender um refrigerante, um biscoito, um chocolate? Nós sempre pendemos para o modelo de drugstores americanas, que vende muitos outros produtos além de medicamentos.¹³⁰

Figura 22 - Unidade inaugurada em julho de 2018, em Dourados



Fonte: trabalho de campo da autora. Julho de 2018.

Uma outra rede, a MINAS FARMA iniciou em 2011, no sul mineiro um grupo de empresários para compras “visando aumentar a lucratividade de seus negócios”. Hoje, “a

¹³⁰Veja mais em <https://www.uol/economia/especiais/entrevista-uol-lideres-deusmar-de-queiros-paguemenos.htm#o-medo-de-assaltos-todos-os-dias?cmpid=copiaecola>

Rede Minas Farma atua em todo território brasileiro, com mais de 200 licenciados”, inclusive em Dourados.¹³¹

A mesma fonte menciona que:

A Rede Minas Farma é uma empresa formada por associativismo de drogarias, focada para prestar serviços para os Empresários de Farmácias, oferecendo uma gestão inovadora, moderna e eficiente para competir nesse mercado com mudanças avassaladoras. Diferente da franquia de drogarias ou franquia de farmácias, que trabalham o mercado a partir de uma gestão padronizada. Mudando um conceito que hoje, a farmácia não vende apenas remédio, mas também, saúde e beleza. Com o melhor custo/benefício e as melhores práticas em gestão estratégica de drogarias, para aumentar a rentabilidade dos associados.

Figura 23 - Fachada da Minas Farma

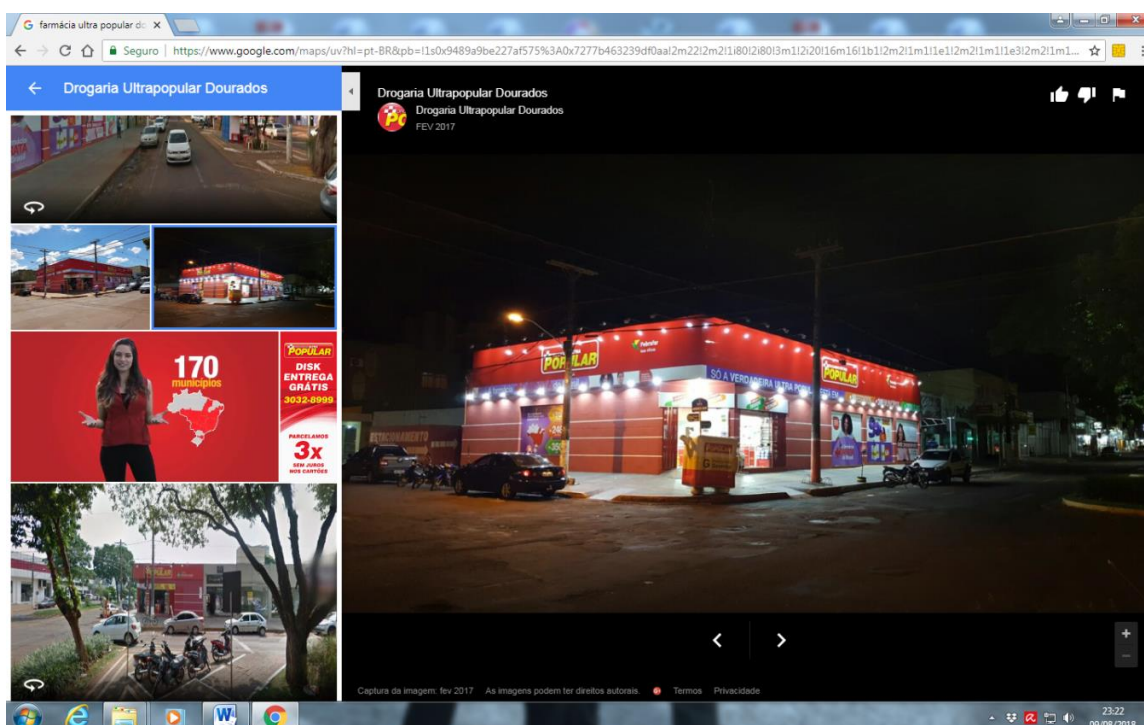


Fonte: trabalho de campo da autora. Julho de 2018.

¹³¹ Disponível em: <http://www.redeminasfarma.com.br/>

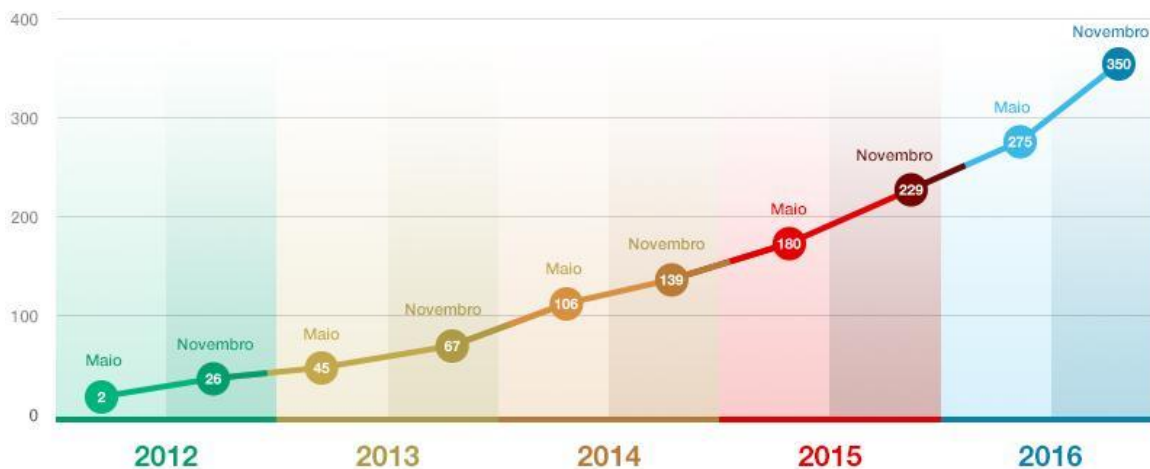
Vejamos, finalmente – e de maneira bem sucinta – o caso da ULTRA POPULAR. Da unidade em Dourados, fizemos o *print screen*.

Figura 24 - Drogeria Ultra Popular



Fonte: endereço eletrônico da empresa

O gráfico seguinte evidencia o seu crescimento ao longo dos últimos anos.

Gráfico 6 - Evolução da rede Ultra Farma - 2012 a 2016

Fonte: <http://www.drogariasultrapopular.com.br/sou-consumidor/crescimento-ultra-popular/>

Segundo a mesma fonte: “A rede possui um posicionamento estratégico bem definido que é perseguido com disciplina”:

- Ser reconhecida em qualquer lugar do Brasil como referência em preço baixo ao consumidor com um alto nível de atendimento;
- Competir pela excelência na gestão;
- Orientação para o resultado das lojas;
- Alto nível de padronização de layout.

São mais de 390 lojas espalhadas pelo território nacional – em mais de 280 cidades - proporcionando “Condições comerciais exclusivas juntos aos maiores laboratórios de genéricos do país”.¹³² Como vimos, trata-se de grandes redes corporativas voltadas para interesses bem distintos da compreensão e sobretudo da prática da Assistência Farmacêutica.

¹³² Disponível em: <http://www.drogariasultrapopular.com.br/sou-consumidor/crescimento-ultra-popular/>

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFBP), criado em 2004, está inserido no SUS compondo o desafio da política de assistência farmacêutica, assim como a aquisição de medicamentos.

Através do Programa, além de conceder desconto na compra de medicamentos (em alguns casos de até 90%) e acesso gratuito a outros para o tratamento de diabetes, asma e hipertensão. Trata-se efetivamente de uma política que beneficia toda a sociedade, favorecendo principalmente a sua parcela mais vulnerável socialmente.

No início havia um conjunto de critérios para que um município pudesse ser inserido. Posteriormente, já em 2011, no contexto do “Brasil Sem Miséria” foi estabelecido governamentalmente que uma das principais estratégias para a garantia da assistência farmacêutica consistiria na promoção do acesso aos medicamentos considerados essenciais, por meio do “Farmácia Popular do Brasil”, com foco em sua expansão nos municípios constantes do mapa de extrema pobreza. Constata-se, assim que mudanças foram sendo introduzidas, seja no perfil dos municípios contemplados, mas também nas modalidades programáticas, tendo em vista que no início existia somente uma: a Rede Própria e depois foi acrescida a rede conveniada/privada.

Constatamos que Dourados (MS) se enquadrou nos critérios estabelecidos pela quantidade de habitantes. E houve também um hospital “filantrópico” que chegou a estabelecer convênio, mas não o operacionalizou.

Conforme mencionado pelo discurso governamental, o Programa Farmácia Popular do Brasil é único e inovador como modelo de atenção e de assistência farmacêutica, razão pela qual o Governo brasileiro, através do Ministério da Saúde foi convidado a apresentar seu modelo de gestão – inclusive o marco regulatório - em outros países latino-americanos e africanos como padrão de excelência e ampliação efetiva de acesso da sociedade aos medicamentos programaticamente disponibilizados.¹³³

Estudando essa temática, Batista (2015) argumenta que o acesso aos medicamentos deve ser considerado um marco dos sistemas e serviços de saúde, em especial na proteção social, pelo que constituindo um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos Estados-Membros das Nações Unidas, em 2000. A declaração desse compromisso estabeleceu objetivos e metas a serem cumpridas por todos os países signatários, para que, até o ano de 2015, se pudessem reduzir as abissais desigualdades sociais e econômicas existentes, em escala mundial.

Almeida (2015) menciona que o PFPB tem se mostrado uma iniciativa do governo federal importante para a melhoria do acesso da sociedade aos medicamentos no Brasil, sendo este complementar à assistência farmacêutica oferecida pelas Unidades Básicas de Saúde do SUS, tendo ambos, como principal público-alvo, as famílias das classes menos favorecidas, que ora contam com o governo para subsidiar os medicamentos integralmente em toda a lista do SUS e em medicamentos de diabetes, hipertensão e asma nas farmácias populares, ou, parcialmente no sistema de copagamento, nesses estabelecimentos.

Ainda no entender de Almeida (2015), considerando-se que uma parcela importante da sociedade brasileira não obtém os medicamentos no mercado regular, mesmo sendo genéricos, é importante que o Estado garanta este acesso através de programas de assistência farmacêutica como a provisão pública nas farmácias básicas do SUS, para a sua dispensação gratuita, e o subsídio aos medicamentos retirados no PFPB, através do sistema de copagamento, e também gratuitamente, para os tratamentos considerados prioritários como diabetes, hipertensão e asma; para estes últimos medicamentos, a gratuidade oferecida

¹³³ “Cooperação Internacional – Equador implantará programa Farmácia Popular” 11/02/2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16589-equador-implantara-programa-farmacia-popular> Acesso em 03 de agosto de 2018.

pelo Programa Farmácia Popular é importante, enquanto as ineficiências na provisão pública de medicamentos nas unidades do SUS não forem resolvidas.

Acerca dessa problemática, Santos Pinto, Costa e Osorio de Castro (2011) caracterizam o Programa como uma nova alternativa à possível baixa efetividade do sistema público de provisão de medicamentos no país.

Host; Giovanella e Andrade (2016) apontam que com a implementação de copagamentos no SUS, a sociedade brasileira corre o risco de cair na armadilha ideológica mais difundida nas reformas conservadoras de políticas de saúde e repetir os mesmos equívocos de outros países, com consequências nefastas para a equidade no acesso e para o estado de saúde dos brasileiros.

Com tais pressupostos, tais autores apontam – com o que concordamos plenamente – sérias consequências do copagamento para o acesso aos serviços de saúde e efeitos sobre a saúde da população. Dentre esses, destacam: a redução do acesso a medidas de promoção e prevenção, a piora na adesão aos tratamentos medicamentosos, a renúncia ou postergação do uso de serviços de saúde, a maior redução do acesso para idosos e portadores de doenças crônicas, com prejuízos para a saúde e elevação de gastos com esses pacientes, o aumento das desigualdades sociais no acesso e os gastos governamentais adicionais.

A tendência de implementar ou aumentar a participação dos pacientes no custeio direto em sistemas/políticas públicas de saúde é, historicamente, expressão de políticas de cunho (neo)liberal que atribuem a responsabilidade própria do paciente como solução frente à suposta tutela do Estado. Nesse sentido amplo, no caso do Brasil, não se pode dizer que o copagamento na saúde seja uma prática nova e/ou desconhecida, dada a significativa participação privada nos gastos totais em saúde. Como demonstramos ao longo dessa dissertação, a participação dos gastos públicos no total de gastos em saúde no Brasil é muito baixa.

Host, Giovanella e Andrade (2016), asseveram que apesar da contrapartida do usuário, à primeira vista, mobilizar recursos adicionais para prestação dos serviços, análises mais precisas provam o contrário. Na visão destes autores, existe uma série de efeitos indesejados e nocivos da participação no custeio em saúde sobre o acesso e o estado de saúde da sociedade como consequência da postergação ou renúncia ao uso de serviços com custos adicionais.

Com tais pressupostos, uma ação de saúde não realizada, não se constitui automaticamente em benefício para o financiamento público de saúde. A postergação da utilização de serviços de saúde tende a piorar o estado de saúde dos pacientes e, assim,

provocar gastos mais elevados. Na concepção de Host; Giovanella e Andrade (2016), com a qual estamos de acordo, “a participação do usuário no financiamento implica alto risco para o acesso universal à saúde, a justiça social e, principalmente, para a saúde das pessoas.”

Como procuramos demonstrar, o medicamento em sua complexidade e dimensões se insere em uma plêiade de atividades que possibilita a sua existência e manutenção no mercado e na sociedade, com repercussões no espaço geográfico. Tais atividades têm participação do Estado, visando à mediação entre a produção de bens e serviços – que portam benefícios, mas também riscos – e a saúde da população. (Alencar, 2016, p.27)

Nesse contexto, o processo de estruturação da Assistência Farmacêutica é um dos mais expressivos desafios que se apresenta ao Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, as ações empreendidas não devem se limitar exclusivamente à aquisição e distribuição de medicamentos, impondo, para a sua implementação, a elaboração de planos, programas e atividades específicas, em concordância com as incumbências estabelecidas para cada nível de governo, assegurando a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a sociedade, promovendo, além do acesso, o uso racional dos medicamentos e a inserção efetiva da Assistência Farmacêutica como uma ação de saúde, conforme defendido pelo movimento sanitário brasileiro, previsto na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/1990) e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida em 2004.

Portanto, reafirmamos, faz-se necessária para a garantia deste direito social, uma atuação mais eficaz do Estado na criação de políticas públicas voltadas a promoção de um Estado de Bem-Estar Social no Brasil, o que inclui a provisão de medicamentos à sociedade, principalmente através dos serviços de assistência farmacêutica do SUS, referenciado nos seus princípios de universalidade, integralidade e igualdade na assistência à saúde.

Alencar (2016, p.205) argumenta que é relevante a questão dos medicamentos para o Estado, as múltiplas dimensões - técnica, sanitária, social, econômica, política e ideológica - que integra essa tecnologia de saúde, bem como explicita que a relação produção-consumo de medicamentos sempre foi tensionada pelos interesses do capital. Compreendemos, a partir das evidências que encontramos na revisão de literatura, mas também no trabalho de campo, que houve uma mudança de direção das forças do capital na medida em que as políticas farmacêuticas implantadas pelo Estado foram modificadas, sendo apropriadas pelo mercado. O PFPB parece ser um exemplo histórico.

Constatamos que desde a implantação do PFPB, houve crescimento exponencial de unidades credenciadas no *Aqui tem Farmácia Popular* e também do montante de municípios cobertos nessa modalidade (presente em 4.463 municípios brasileiros e 34.543 unidades credenciadas, em maio de 2017) sendo evidente a capilaridade possibilitada pela articulação com as farmácias privadas, com redução de barreiras para o acesso geográfico e econômico. Mas, há contradições.

Malgrado os resultados alcançados, o Programa não esteve isento de polêmicas, particularmente relacionadas à modalidade *Aqui tem Farmácia Popular*, que conforme apontamos, produziu posicionamentos conflitantes por parte das entidades farmacêuticas e sujeitos do movimento sanitário desde a sua implantação.

A despeito dos avanços relativos à ampliação do acesso aos medicamentos, o PFPB é pautado na lógica do consumo de medicamentos, no fomento ao ciclo econômico-produtivo da cadeia farmacêutica, fundamentalmente do setor privado.

Concordamos com Alencar (2016, p.334), que o modelo de rede própria do PFPB foi estruturado para permitir condições de desenvolver serviços farmacêuticos. Todavia, na modalidade conveniada houve prejuízo desse princípio/diretriz, tendo sido implantado e expandido numa lógica predominantemente capitalista – como vimos o mercado fármaco é oligopolizado, concorrido e complexo - que concebe o medicamento exclusivamente como mercadoria, indicando para um mercado que só tem a oferecer os menores preços de medicamentos, o que pode ser verificado até mesmo nos nomes de fantasia das farmácias (a exemplo de *Farmácia Menor Preço, Pague Menos, Ultra Popular, Maxi Popular, Varejão dos Medicamentos, Maxi Popular* etc.) existentes no país, e em Dourados particularmente, e credenciadas ao programa. Desse modo pode ser explicado o fato de que a dimensão sanitária ainda não compõe elemento relevante na análise do Programa, e que as ações e resultados ainda são centrados na perspectiva do acesso nas dimensões da disponibilidade e econômica dos medicamentos.

Santos Pinto et al (2018, p.12), enfatizam que as farmácias privadas aderem ao Programa como forma de fidelização do usuário. Tais autores demonstraram que 74,1% deles retornam sempre à mesma farmácia.

Ao delegar às farmácias privadas, que são primordialmente estabelecimentos comerciais que priorizam o lucro, a responsabilidade sobre a provisão de determinados medicamentos, não se pode assegurar que os usuários serão orientados corretamente. O nexos da integralidade do cuidado fica em risco, pois não há compasso e articulação entre o serviço de saúde que atende o paciente e o local onde o mesmo obtém seus medicamentos.

Em outras palavras, não se constata no PBPB ações de indução ao uso apropriado, acompanhamento farmacoterapêutico etc. Nesse contexto, pode-se asseverar que as dimensões importantes para a consolidação do acesso ficam comprometidas.

Para Bermudez et al (2018, p.1939) esse modelo representou um retorno ao caráter centralizador do Ministério da Saúde (MS) na provisão de medicamentos. Trouxe à tona discussões sobre sua interlocução com o modelo público no SUS, traz dúvidas sobre sua ação complementar ou concorrencial.

Urge, a elaboração de caminhos à reafirmação do caráter público das políticas de saúde. Visto como síntese de uma direção política, sua formulação abre mais um capítulo de lutas, como aponta Teodoro dos Santos (2018).

No Brasil, desde o golpe político-jurídico-midiático, políticas de cunho (neo)liberal (ou ultraneoliberalismo, no dizer de Rizzoto (2018) recentes remetem aos riscos de comprometimento ao funcionamento do SUS, como as medidas de congelamento dos gastos públicos, que certamente contrapõem a garantia do direito à saúde.

Como nos diz Paim (2018), “o governo Temer deu continuidade e aprofundou a hegemonia contrária ao SUS, tornando-o ainda mais reduzido, com o risco de se tornar um simulacro.” Todavia, menciona o mesmo autor que “o SUS não vai acabar.” E complementa: “Cumpre incidir sobre a correlação de forças, altamente desfavorável no presente, e acumular novas energias para tempos mais propícios, sem desprezar a atuação aqui e agora, com novas formas organizativas. É esta prática política que requer o melhor da militância e convoca para a ação em defesa do direito à saúde e do SUS. Se o Estado sabota o SUS, resta à sociedade civil lutar pela RSB e por um sistema de saúde universal, público, de qualidade e efetivo, cabendo ao movimento sanitário contribuir para imprimir um caráter mais progressista à *revolução passiva* brasileira.” (PAIM, 2028, p.1728)

Estamos vivendo um período extremamente conturbado em que as materialidades que sustentam a ideia de um Estado de Bem-Estar Social, inauguradas pela Constituição de 1988, estão sendo rapidamente destruídas. O ajuste fiscal – sustentando ideologicamente no discurso de austeridade - transformou-se em uma ferramenta para justificar cortes seletivos, notadamente em educação e saúde.

A eficácia na gestão/operacionalização da assistência farmacêutica, no interior do SUS, pressupõe, além da disponibilidade orçamentária, a organização dos serviços e, de forma muito especial, pessoal capacitado para coordenar as ações por ela desenvolvidas. Nesse sentido o fechamento das unidades próprias do Farmácia Popular, em todo o

território nacional, no segundo semestre de 2017, por determinação do governo Temer, é demasiado preocupante.

Lamentavelmente, em Dourados constatamos o processo de fechamento da Unidade Própria foi antecipada, tendo sido efetivado em 2013. Assim, grandes áreas do território urbano (e também rural) douradense encontram-se praticamente desprovidas do acesso aos medicamentos – da rede conveniada - e, por consequência, da Assistência Farmacêutica.

Dados atuais da Vigilância Sanitária Municipal de Dourados (2018) indicam que o município possui 103 farmácias comerciais existentes, sendo: Comércio varejista de produtos farmacêuticos, com manipulação de fórmulas = 9; Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas = 94. Ou seja, de um montante de 94 existentes, 36 são conveniadas no “Aqui Tem Farmácia Popular”, representando, 38,29%, das farmácias existentes no município. Um número efetivamente elevado, evidenciando uma “apropriação dessa política pública pelo mercado farmacêutico”. Tal processo de apropriação é pautado na lógica do consumo de medicamentos e no fomento ao ciclo econômico-produtivo farmacêutico privado.

Ademais, constatamos em Dourados, no ano de 2018 estão em funcionamento 12 farmácias básicas o mesmo número que em 2010. Se considerarmos o fechamento da Unidade Própria do Programa, aliado a expressiva expansão do perímetro urbano da cidade, ocorrido em 2011, a realidade é ainda mais preocupante.

Talvez, seja possível asseverarmos que centro da cidade onde se localiza a maioria das farmácias credenciadas, estas tornam-se uma alternativa a possível baixa efetividade do sistema público de provisão de medicamentos em Dourados. Mas nos bairros mais distantes – e geralmente novos – nem essa alternativa esta presente.

Parece-nos que essa materialidade institucional distribuída espacialmente no território douradense é incapaz/insuficiente de atender as necessidades dos seus cidadãos/pacientes do ponto de vista da assistência farmacêutica.

Por fim, acreditamos que essa temática dada a sua complexidade, atualidade e importância – possui um conjunto de variáveis com potencial para outras pesquisas específicas. É o caso, por exemplo, da assistência farmacêutica nos distritos rurais do município de Dourados, assim como na Reserva Indígena, onde vivem cerca de 15 mil indígenas. Do mesmo modo, seria possível uma pesquisa relacionando a distribuição espacial dessas farmácias pelo território urbano da cidade (seus bairros) com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD/IBGE) com o escopo de relacionar a

especialidade do Programa – enquanto política pública – com indicadores de trabalho e renda das pessoas/famílias.

Igualmente, a presença de grandes redes farmacêuticas na cidade de Dourados, acreditamos comporta uma pesquisa específica. Assim, como uma investigação junto aos estabelecimentos que, embora legalmente estejam sob a responsabilidade de um farmacêutico - alguns parecem não apresentar a estrutura mínima capaz de possibilitar a realização de serviços e ações de promoção do uso racional, no bojo da Assistência Farmacêutica.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, S. “Região da Grande Dourados (MS)”: Planejamento e (des)construção de uma região” In: **Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina** – 20 a 26 de março de 2005 – USP. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal10/Teoriaymetodo/Conceptuales/01.pdf> Acesso em 30.07.3018.

ALMEIDA, M. M. **A concepção de desenvolvimento regional construída no processo de criação e implantação da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)**. Dourados : UFGD, Dissertação em Geografia, 2012.

ALMEIDA, Silvia Rebouças Pereira. **Políticas Públicas para o Acesso aos Medicamentos no Brasil: O Caso da Farmácia Popular**. São Paulo: PUC/SP, Doutorado em Ciências Sociais, 2015.

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva. **A Reforma Sanitária Brasileira e a questão medicamentos/assistência farmacêutica**. Salvador, 2016. Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO MERCADO FARMACÊUTICO 2016**. Brasília: Anvisa, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. “**Registro de medicamentos genéricos faz 18 anos**” 04.07.2018. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/registro-de-medicamentos-genericos-faz-18-anos/219201?p Acesso em 05.07.2018.

ARAGÃO JUNIOR, G. A. **Avaliação Política do Programa Farmácia Popular do Brasil à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde**. UFMA: Dissertação (mestrado), Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2012.

BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos**. Washington, 2007.

BATISTA, N. B. **Avaliação do impacto do Programa Farmácia Popular em uma rede independente de drogarias**. Rio de Janeiro : FGV, Mestrado executivo em gestão empresarial, 2015.

BARROS, OSLOM C. E. P. **TRANSPORTE PÚBLICO COLETIVO EM DOURADOS: mudanças, permanências e relações com a Política Nacional de Mobilidade Urbana**. Dourados: UFGD, Dissertação Mestrado, 2016.

BELLUZZO, L.G. “**Os “mercados” e a política**” — publicado 12/06/2018. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/revista/1007/os-201cmercados201d-e-a-politica> Acesso em 31.07.2018

BRASIL DEBATE E FUNDAÇÃO FRIEDRICH EBERT. **Austeridade e retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil**. São Paulo, agosto de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. **RAG (2014) – Relatório Anual de Gestão**. Brasília : MS/Secretaria Executiva. Brasília, março de 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. **RAG 2015 – Relatório Anual de Gestão**. Brasília : MS/Secretaria Executiva. Brasília, março de 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. **RAG 2016 – Relatório Anual de Gestão**. Brasília : MS/Secretaria Executiva. Brasília, março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS. **Manual de Diretrizes para Aplicação das Peças Publicitárias**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/28/manual-F-Popular2016.pdf> acesso em 03.08.2018

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**: Texto Constitucional de 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais Nº1/92 a 62/09 e Emendas Constitucionais de Revisão Nº 1/94 a 6/94. Ed. Atual. Em dezembro de 2009. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2009.

BRASIL. **Lei Nº8.080, de 19 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. Brasília: Ministério da Saúde, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**, de 1998. 6ª Reimpressão. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Exposição de Motivos**. Nº 00097/GM/MS Brasília, 17 de novembro de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Exm/2003/EM00097-GM-MS-03.htm

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 5.090, de maio de 2004**. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 10.858**, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília, 13 de abril de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Abordagens espaciais na saúde pública**, Simone M.Santos e Christovam Barcellos, (Orgs.). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM nº 533**, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2012; 29 mar.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Farmácia Básica**: Programa 1997/98. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Portaria nº 2.587, de 06 de dezembro de 2004.** Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. In: Diário Oficial da União, Número 236 de 09/12/2004 Edição Número 236 de 09/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota técnica conjunta:** qualificação da assistência farmacêutica, de 20 de janeiro de 2008. Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro **Portaria nº 1.019, de 20 de maio de 2014** Altera a Portaria nº 2.587/GM/MS, de 6 de dezembro de 2004, que institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências.

BRASIL. **Portaria nº 937, de 07 de abril de 2017.** Altera a Portaria nº 111/GM/MS, de 28 de janeiro de 2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), para ampliar a cobertura de fraldas geriátricas às pessoas com deficiência. Diário Oficial da União. Nº 69, segunda-feira, 10 de abril de 2017, p.27.

BERMUDEZ, J.A.Z.; et al. “Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade” In: **Ciência & Saúde Coletiva** (23)6, p. 1937-1951, 2018.

BERNARDES, A. G. “Saúde indígena e políticas públicas: alteridade e estado de exceção” **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v.15, n.36, p.153-64, jan./mar. 2011.

CAMPOS, B.F. Fundamentos e dinâmica da produção espacial: aspectos da ampliação do perímetro urbano de Dourados, em 2011. Dourados : UFGD, Dissertação em Geografia, 2014.

CAMPOS. G. W. S. “Réplica: o SUS, todavia, existe!” In: **Ciência & Saúde Coletiva** (26), 3, (2018, p.1721-1722.

CARRARO, W. B. W. H. **Desenvolvimento econômico do Brasil e o PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR: limitantes e potencialidades.** Porto Alegre: UFRGS, Tese em Economia, 2014.

CELLARD, A. “Análise documental” In: POPART, J.; DESLAURIERS, J.; GROULX, L. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Trad.Ana Cristina Nasser. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

CHEPTULIN, A. "A contradição. A lei da unidade e da luta dos contrários" In: _____. **A dialética materialista: categorias e leis da dialética.** Trad. Leda R. C.Ferraz. São Paulo: Alfa–Omega, 1982.

COHN, Amélia. “Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século” In: SANTOS, N.R. e AMARANTE, P.D.C. (Orgs). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.272/3

COSENDEY, M. A. E. **Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, Tese em Saúde Coletiva, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Nota técnica nº 15/2014**. Apresentação das dificuldades enfrentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde na aquisição de medicamentos. Brasília: CONASS, 2014.

DANTAS, D.S. **Ações e desdobramentos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) na cidade de Dourados**. Dourados: UFGD, Dissertação de Mestrado, 2011.

DARDOT, P.; LAVAL, C. Neoliberalismo e subjetivação capitalista. **Revista O Olho da História**. São Paulo, Nº 22, abril de 2016. Artigo publicado em *Revue Cités*, nº 41, 2010. Tradução de Eleutério F. S. Prado. 2016.

DE LAVOR; DOMINGUEZ e MACHADO. “Acesso e Uso - O Sistema Único de Saúde que não se vê, Sistema faz parte do dia a dia de todos os brasileiros, mas não é reconhecido em suas diversas dimensões” In: **Radis - Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, abr. 2011, p.9-17.

DINIZ, B.C.; et al. “**Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico**” In: IPEA, 01.06.2007, p.143-166. Disponível em: https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=GASTO+DAS+FAM%C3%8DLIAS+COM+SA%C3%9ADE+NO+BRASIL:+EVOLU%C3%87%C3%83O+E+DEBATE+SOBRE+GASTO+CATASTR%C3%93FICO

DOCUMENTO FINAL DA I CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, EFETIVADA EM OTAWA, Canadá: 1986.

DOMINGUES, E.P.; et al. “Uma análise dos impactos econômicos e setoriais do Programa Farmácia Popular do Brasil” In: **Pesquisa e Planejamento Econômico**. PPE. V.45 nº 3, dez, 2015, p.459-204.

DOMINGUES, J.M. “Crise da república e possibilidades de futuro” IN **Ciência e Saúde Coletiva 2(6)**, p.1747-1748, 2017.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. ISBN 978-85-7541-361-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

FLEURY, S. M., “Cidadania, Direitos Sociais e Estado” In: **Revista de Administração Pública**, out/dez. de 1986.

GIOVANELLA e FLEURY. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.) **Política de Saúde: O público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p.177-198.

GUERRA, A.; et al. **Brasil 2016: recessão e golpe**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo: 2017.

HARTMAN, C.E. “Atencion a la Salud y Poder Ciudadano: Elementos Clave em la Articulación Público/Privada” In: EIBENSCHUTZ, C. (org.) **Política de Saúde: O público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p.255-266

HOGERZEIL, H. V. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. **BMJ**, v. 329, p. 1169-1172, 2004.

HOST, J.; GIOVANELLA, L. e ANDRADE, G.C.L. “Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos” In: **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 213-226, dez. 2016.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2003-2004**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <<http://goo.gl/F5MyHl>>.

IPEA. “**Políticas Sociais: acompanhamento e análise**” In: **BPS- Boletim de Política Social**. nº 23, 2015.

JUNGES, F. **Levantamento do processo de implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil**. Brasília: UnB, Monografia (Curso de Especialização em Gestão Pública da Assistência Farmacêutica), 2006.

MACHADO, A.D.C.V.; MESQUITA, J.M.C. “Estudo sobre imagem dos medicamentos de referência, dos medicamentos similares e dos medicamentos genéricos na visão dos consumidores finais” In: **Marketing & Tourism Review**. Belo Horizonte: NEECIM TUR/UFMG, v. 1, n. 1, 2016.

MARIN, N.; LUIZA, V.L; CASTRO, C.G.S.O; SANTOS S. S. M. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Brasília: Opas/OMS; 2003. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/af_gerentes_municipais.pdf. Acesso em 18 de julho de 2018.

MARTINS, C.P. e LUZIO, C.A. “Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço” In: **INTERFACE**. Comunicação, saúde, educação. Botucatu, 2017, 21 (60), p.13-22.

MARTINS, M. A. “Relações Estado-sociedade e políticas de saúde” In: **Revista Saúde e Sociedade**. (5)1, 1999, p.55-79.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria do Estado de Saúde (SES), Coordenação de Assistência farmacêutica, RESME – Relação Estadual de Medicamentos Essenciais.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. “Qualidade de vida e saúde: um debate necessário” In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000.

MIRANDA, V.I.A. “**Utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: estudo de base populacional em idosos do município de Pelotas (RS)**”. Pelotas: UFPel, Mestrado, 2014.

OLIVEIRA, T. B. **O Golpe de 2016: Breve ensaio de História Imediata sobre democracia e autoritarismo.** *Historiæ*, Rio Grande, 7 (2): 191-231, 2016.

OLIVEIRA, L.C.F.; ASSIS, M.M.A.; BARBONI. “Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde” In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (supl. 3), 3561-3567, 2010.

PAIM (2007, p. 97)

PAIM, J.S. “Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas” In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, EPSJV, 2008, p.91-122.

PAIM, J. S. “Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos” In: **Ciência & Saúde Coletiva** (23)6, p.1723-1728, 2018.

PASSOS, N. “O complexo fármaco-político” In: BERRÓN, G. & GONZÁLES, L. (Orgs). **A privatização da democracia – um catálogo da captura corporativa no Brasil.** Disponível em: www.vigencia.org Acesso em 12 de out. 2017

PEITER, P.C. et al. “Espaço geográfico e epidemiologia” In: BRASIL. **Abordagens espaciais em políticas públicas.** Brasília: Ministério da Saúde/Fiocruz, p.11-42, 2006.

POCHMANN, M. “Políticas públicas e situação social na primeira década do século XXI” In: SADER, E. (org.) **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma.** São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil 2013, p.145-156.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo.** 4.ed Trad. Rita Lima. São Paulo/Rio de Janeiro: Graal/Paz e Terra, 2000.

PREVELATO, I. B. **O Programa Farmácia Popular do Brasil nas redes farmacêuticas e drogarias da cidade de Dourados (MS): uma leitura.** Dourados (MS): UFGD, monografia de curso, 2012.

PRONER, C. et. al. **A RESISTÊNCIA AO GOLPE de 2016.** 1ª Edição. Bauru/SP: CANAL 6 ed, 2016.

QUEIROZ, S. e GONZÁLES, A. J. V. “Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica” In: NEGRI, B. e GIOVANNI, G., (org.), **Radiografia da saúde.** Campinas: Unicamp, Instituto de Economia, 2001.

RIBEIRO, L.H.L. **TERRITÓRIO E MACROSSISTEMA DE SAÚDE: Os programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS).** Campinas: Unicamp, Tese em Geografia, 2015.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.

RIZZOTTO. “A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de ultraneoliberalismo” In: **Ciência e Saúde Coletiva** 23(6), p.1717-1718, 2018.

RODRIGUES, P.S.; CRUZ, M.S. e TAVARES, N.U.L. “Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS” In: **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v.41. n° especial. Mar 2017, p.192-208.

ROCHA, Rogério Lannes , Coordenador do RADIS

SÁ, F.S.V. e BENEVIDES, R.P.S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Nota técnica n° 28. Brasília: IPEA, set. 2016.

SADER, E. “Brasil, de Getúlio a Lula” In: SADER, E. e GARCIA, M. A. (orgs). **Brasil, entre o passado e o futuro**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Boitempo, 2010.

SALERNO, M.S.; MATSUMOTO, C. e FERRAZ, I. **Biofármacos no Brasil: características, importância e delineamento de políticas públicas para seu desenvolvimento**. Brasília: Rio de Janeiro, IPEA, (TD 2398), julho de 2018.

SANTOS, N.R. “A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos” In: **Saúde em debate**. Rio de Janeiro: v.33, n.81, jan./abr. 2009, p.13-26.

SANTOS-PINTO, C.B.; COSTA, N.R.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S. “Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos” In: **Ciências e saúde coletiva**. v.16 n°.6 Rio de Janeiro, Jun. 2011, p.2963/74.

SANTOS PINTO, C.B. **O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura e utilização frente à Política Nacional de Medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, dissertação de mestrado em Saúde Pública, 2008.

SANTOS PINTO; et al. “A provisão de medicamentos pelo “Saúde Não Tem Preço” em municípios prioritários para o Plano Brasil Sem Miséria em Mato Grosso do Sul” In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(1), 2018.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. “Programa “Farmácia Popular do Brasil” caracterização e evolução entre 2004-2012” **Ciências da saúde coletiva**, v.20, n. 10, p.2943-2956, out. 2015.

SOUZA, N. Z. **Assistência Farmacêutica no Programa Aqui Tem Farmácia Popular no município de Bauru**. Bauru: Universidade Sagrado Coração, Dissertação, Mestrado em Saúde Coletiva (Odontologia), 2012.

TEMPORÃO, J.G. “Entrevista com o ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão” Entrevistado por Inês Costal e Patrícia Conceição. **Ciência & Saúde Coletiva**. 23(6), p.2061-2066, 2018.

TEODORO DOS SANTOS, R. “SUS: um novo capítulo de lutas” In: **Ciência & Saúde Coletiva** (23)6, p.1719-1720, 2018.

VARRICHIO, P. C. “SUS: o maior comparador de medicamentos do país” In: **Radar** nº52, ago. 2017, p.19-22.

VASCONCELOS, D.M.M. et al. “Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação” In: **Ciência e Saúde Coletiva**. 22(8), 2017, p. 2609-2614.

VIEIRA, F.S. “Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil” **Rev Panam Salud Publica**. 2010;27(2), p.149–56.

YAMAUTI, S.M.; et al. “Essencialidade e racionalidade da relação nacional de medicamentos essenciais do Brasil” In: **Ciência & saúde coletiva**. 22(3), 2017, p.975-986.

YOCELEVSKY, R.A. “Ideologia y Sistemas de Salud” In: In: EIBENSCHUTZ, C. (org.) **Política de Saúde: O público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p. 241-254.

WAG, R.; LABATE R. C. “Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência” In: **Revista Latino-Americano de Enfermagem**. 2005; 13(6), p.1027-1034.