

## **AVALIAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL DO PERÍODO DE 2011 A 2017**

**Alexandra Patricia Albareda**  
alexandra.albareda@gmail.com

**Victor Hugo-Pereira**  
vhpbrazil@gmail.com

**Antonio Gonçalves de Oliveira**  
agoliveira@utfpr.edu.br

**Rogerio Alon Duenhas**  
rogerioduenhas@utfpr.edu.br

### **RESUMO**

O presente artigo intenciona realizar uma análise do orçamento disponibilizado ao Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), especificamente em sua vertente, o Programa Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP), buscando estabelecer um paralelo entre o valor repassado a cada Estado brasileiro e a população atendida. Por meio de pesquisa descritiva, utilizando a análise bibliográfica, documental e dados secundários, verificou-se que a distribuição orçamentária é compatível com as necessidades populacionais se for analisada a renda *per capita* média de cada estado, o valor alocado por estabelecimento e a redução no número de internações decorrentes das moléstias tratadas pelos medicamentos disponibilizados no ATPF, porém, não há como avaliar se o recurso destinado está de fato atendendo àqueles que mais precisam do programa.

**Palavras-chave:** Farmácia Popular do Brasil; Políticas Públicas de Saúde; Orçamentos; Medicamentos.

### **INTRODUÇÃO**

Uma das maiores conquistas sociais na história política do Brasil é, sem dúvida, a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), batizada como “Constituição cidadã”, por priorizar, em seu texto, diversos direitos sociais, sendo a saúde um deles, tornando-se, conforme aponta o art. 196 da Constituição, “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” (BRASIL, 1988).

Para garantir o acesso universal à saúde foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8080/1990, que afirma que o SUS se constitui no “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990). Inclusive, a lei esclarece que um dos escopos de atuação do SUS se refere à prestação de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, sendo dever do Estado a formulação da política de medicamentos (BRASIL, 1990).

Para cumprir com esses objetivos e buscando suprir as necessidades da população e garantir o acesso universal a esses insumos, o Brasil regulamentou a assistência farmacêutica em 2001 por meio da Política Nacional de Medicamentos (PNM), tendo posteriormente aprovado a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), publicada na Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004 (BRASIL, 2004a).

Nesse mesmo ano, de maneira a garantir o cumprimento das ações da PNAF, é instituído o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), por meio do Decreto nº 5.090, de 20 de maio (BRASIL, 2004b), programa este que foi expandido com a criação do Programa Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP), em 2006.

Hoje, reconhece-se no Programa Farmácia Popular um dos instrumentos mais importantes para garantir que os medicamentos necessários para o tratamento de diversas moléstias sejam disponibilizados a toda a população que deles necessitam, de maneira a evitar que aquelas famílias que mais imprescindem desses insumos sejam penalizadas pela sua falta nos postos de saúde (SILVA e CAETANO, 2015).

Inclusive, cabe ressaltar a importância do programa na economia familiar, já que dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2008-2009 mostraram que, das famílias que registraram gastos com medicamentos, aquelas pertencentes ao estrato mais pobre comprometeram 8,5% de sua renda na compra desses produtos, contra menos de 2% dos demais estratos (GARCIA, *et al.*, 2013). Portanto, quanto melhor distribuído e utilizado for o recurso orçamentário federal que sustenta o PFPB e sua vertente, o ATPF, melhor será o atendimento prestado à população.

Assim, o objetivo primordial deste trabalho é buscar verificar se o repasse orçamentário destinado ao Programa Farmácia Popular, em sua principal vertente, o Aqui Tem farmácia Popular atende, de fato, às necessidades populacionais de cada estado brasileiro. Ressalta-se que, apesar do programa ter sido iniciado em 2004, a partir de fevereiro de 2011 os medicamentos voltados ao tratamento de doenças consideradas crônicas, especificamente a hipertensão, o diabetes e a asma, começaram a ser distribuídos de forma gratuita à população

no ATFP, possivelmente onerando mais o erário (o que não faz parte do foco da pesquisa, sendo utilizado neste trabalho apenas como delimitador da *range* temporal), motivo pelo qual a pesquisa é delimitada entre os anos de 2011 e 2017.

O artigo está dividido em quatro seções, incluindo esta introdução. Na segunda seção são abordados conceitos e aspectos gerais sobre as Políticas Públicas relacionadas a medicamentos, com ênfase no Programa Farmácia Popular do Brasil. A quarta seção se destinará à apresentação de resultados e discussão sobre o orçamento destinado às regiões brasileiras para o programa em questão, buscando estabelecer um paralelo entre o valor alocado e a população atendida, apresentando indicadores qualitativos e quantitativos que subsidiem a discussão. A quarta e última seção apresenta as conclusões do trabalho.

## **POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS A MEDICAMENTOS**

Antes de entrar no assunto em pauta, faz-se necessário realizar um pequeno esclarecimento no que concerne ao termo “políticas públicas”. Partindo de uma visão geral, as políticas públicas compreendem praticamente tudo o que é feito no âmbito do governo. Pressupõe-se que a política pública deve atender a uma necessidade ou problema público, assim, ela deve ser uma resposta do governo a esse problema. Desta forma, pode englobar tanto aspectos imateriais, como uma nova lei ou decreto, quanto um bem ou serviço oferecido diretamente à população, como uma ação ou programa do governo. (DYE, 2011, p. 02; KRAFT e FURLONG, 2010, p. 03).

Para os países em desenvolvimento, onde as desigualdades sociais crescem cada vez mais, deixando muitas vezes uma grande parcela da população sem acesso a serviços públicos essenciais, como educação, emprego, moradia ou saúde, a formulação e gestão de políticas públicas se tornam fatores extremamente relevantes.

A saúde é uma condição imperativa para alcançar os objetivos traçados nas políticas sociais projetadas para atingir as metas nacionais de crescimento econômico e de bem-estar. Desta forma, na área da saúde, as políticas públicas são fundamentais para assegurar o desenvolvimento social.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2007), “as políticas de saúde são importantes porque afetam direta ou indiretamente todos os aspectos da vida quotidiana, as ações, os comportamentos e as decisões” (OPAS, 2007).

Historicamente, o início das políticas públicas para a saúde no Brasil se deu apenas na gestão de Getúlio Vargas (Era Vargas – 1930-1945), quando começou a haver uma

preocupação real com o direito das classes trabalhadoras. Foi em seu governo que muitos dos direitos ligados à seguridade social foram instituídos, assim como houve um aprimoramento das ações de Estado acerca da saúde pública (POLIGNANO, 2001).

Dando continuidade às ações em saúde, em 1953 é instituído o Ministério da Saúde por meio da Lei nº 1.920 de 25 de julho do mesmo ano, e somente 35 anos depois ocorre a criação do SUS por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2017c). Foi um longo caminho e ainda há muito a percorrer para obter um sistema de saúde de qualidade e que atinja toda a população que o necessita, mas é inegável que a criação do SUS alavancou a condição de direito fundamental da saúde pública, conforme explicitada na Carta Magna brasileira.

Com instruções acerca dos seus objetivos, princípios, diretrizes, organização e delegação das competências concernentes às ações e serviços em saúde, a Lei 8.080/90 inclui no campo de atuação do SUS a execução de ações “de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL, 1990), o que mostra a importância do SUS nas questões relacionadas à disponibilização de medicamentos à população.

De maneira a regulamentar essa parte específica do texto legal, em 2001 a assistência farmacêutica foi garantida por meio da Política Nacional de Medicamentos (PNM), com o propósito de “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 2001), apresentando entre suas diretrizes a necessidade da adoção de uma relação de medicamentos essenciais, ou seja, aqueles considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população.

Ainda, em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Resolução nº 338, de 06 de maio, aprovando a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), considerada como 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” e tendo o medicamento como insumo essencial para esse fim (BRASIL, 2004a). Dando continuidade às ações da PNAF e buscando assegurar o cumprimento dos preceitos legais e constitucionais no tocante à garantia da universalização do acesso universal da população a medicamentos básicos e essenciais, ampliando assim o acesso aos tratamentos necessários, foi promulgado o Decreto nº 5.090, de 20 de maio do mesmo ano, que instituiu o programa “Farmácia Popular do Brasil” (PFPB) (BRASIL, 2004b).

Cabe destacar que os medicamentos considerados básicos e indispensáveis e, portanto, cujo fornecimento deve ser garantido de maneira ininterrupta, devem ser definidos pelos gestores do SUS, por meio de análise baseada em critérios epidemiológicos, de maneira a

verificar quais são as reais necessidades da população, que podem variar conforme a região em que ela se concentra.

Conforme evidenciado pelo Ministério da Saúde, os medicamentos são a intervenção terapêutica mais utilizada em se tratando de saúde, sendo indispensável que o SUS garanta que os fármacos liberados para uso da sociedade atendam a critérios de inclusão rigorosos, de maneira que eles realmente sejam seguros, eficazes e não onerem sobremaneira a população (BRASIL, 2019).

## **Programa Farmácia Popular do Brasil**

A necessidade de cumprimento dos preceitos elencados na Política Nacional de Medicamentos e da consecução do objetivo especificado constitucionalmente relacionado à universalização à saúde e, consequentemente, ao acesso da população aos medicamentos considerados básicos e essenciais, resultou no lançamento, em 2004, do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB).

Inicialmente, a estratégia do programa foi permitir a ampliação do acesso a medicamentos por meio de um sistema de copagamento, em que os custos são divididos entre o usuário e o Governo Federal. A maioria dos medicamentos disponibilizados fazem parte da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), que é uma lista que deve ser atualizada constantemente pelo Ministério da Saúde, contendo os medicamentos básicos para atendimentos à maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2001).

Nessa parte inicial do programa, foi firmado um convênio com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) de maneira a possibilitar a abertura de uma rede estatal de farmácias geridas diretamente pela fundação. Essa fase, correspondente à vertente denominada de “Rede Própria”, prevaleceu até 2006, quando foi lançado o programa “Aqui Tem Farmácia Popular” (ATFP), que possibilitou a expansão do PFPB por meio de parcerias com farmácias privadas, permitindo o credenciamento destas para venda de medicamentos à população ainda pelo sistema de copagamento. EMMERICK *et al.* (2015) ressaltam que o ATPF foi responsável pela forte expansão e pelo aumento da cobertura do Programa. Inclusive, após o lançamento do ATPF, a rede própria deixou de ser ampliada.

A lista de medicamentos disponibilizados pelo programa ATPF é menos extensa que a da rede própria, tendo sido atualizada a última vez em maio de 2017, contendo atualmente 41 itens, incluindo insumos como fraldas geriátricas, métodos para a prevenção da gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (contraceptivos e preservativos) e medicamentos para

tratamento das seguintes moléstias: hipertensão, diabetes, asma, dislipidemia, rinite, doença de Parkinson, osteoporose e glaucoma (BRASIL, 2017a). A lista da rede própria, além de contar com os medicamentos disponibilizados pelo ATFP, vende/fornece medicamentos destinados ao tratamento de infecções virais, analgésicos, antitérmicos, anti-inflamatórios, antitrombóticos, antianêmicos, antiparasitários, antimicrobianos, antiespasmódico, antialérgicos, ansiolíticos, antifúngico, anticonvulsionante, imunossupressores, pediculose e escabiose, transtornos psicológicos e psiquiátricos, descongestionantes, entre outros.

Em 2011, com o lançamento da campanha “Saúde Não Tem Preço” (incorporada ao PFPB), o copagamento foi dispensado para medicamentos destinados ao tratamento da hipertensão e do diabetes, ou seja, eles começaram a ser distribuídos gratuitamente. Pouco tempo depois, medicamentos para o tratamento da asma também foram incluídos na gratuidade. Os demais medicamentos ainda são vendidos pelo sistema de copagamento (SILVA e CAETANO, 2015).

Cabe ressaltar que, conforme apontam Santos-Pinto *et al.* (2011), o objetivo principal do Programa, quando criado, era atingir a parcela da população brasileira com uma renda familiar entre 4 e 10 salários mínimos e que, apesar de ser em grande parte usuária do sistema privado de saúde, não possuía recursos suficientes para gastar com esse tipo de insumo. O maior problema verificado nesse caso é que o PFPB não chegou a estabelecer barreiras criteriosas para apurar se a população atendida era realmente a visada. Ainda hoje basta apresentar a prescrição do medicamento, seja ela proveniente da rede pública ou privada.

Com relação ao programa, seu orçamento, características e gestão são definidos unicamente pelo Ministério da Saúde (SILVA e CAETANO, 2018). Assim, tanto a rede própria como o ATFP recebem recursos oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, que são alocados aos Estados por meio de repasse fundo a fundo, que são transferências que se caracterizam pelo repasse por meio de descentralização direta dos fundos federais para os estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Com base nessas informações, pretende-se elucidar se o orçamento repassado a cada unidade federativa é suficiente para atender às demandas populacionais e cumprir com o objetivo de disponibilização universal dos medicamentos básicos.

## METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos neste trabalho, adotou-se uma abordagem metodológica qualitativa, por meio de pesquisa descritiva, sendo que, para a coleta de dados, foram usadas a pesquisa bibliográfica e a documental. Realizou-se, também, a análise de dados secundários relevantes ao estudo.

Com relação à pesquisa documental, foram utilizados documentos públicos de organismos nacionais e internacionais de amplo reconhecimento, como a Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde, o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), além de leis e decretos pertinentes ao assunto abordado.

Para realizar a pesquisa bibliográfica foi feita uma revisão de literatura, no intuito de encontrar artigos que subsídiassem o tema abordado. Sendo assim, realizou-se uma busca no Portal de Periódicos da Capes, focada especialmente nas seguintes palavras-chave: “farmácia popular do Brasil”, “Aqui tem Farmácia Popular”, “orçamento”, individualmente (nos dois primeiros casos) e em suas combinações. A pesquisa foi delimitada para o período entre 2010 e 2018, sendo considerado apenas os artigos revisados por pares (quadro 1).

**Quadro 1 – Resultados da revisão bibliográfica**

Filtro	Resultados
“Farmácia Popular do Brasil”	36
“Aqui tem Farmácia Popular”	24
“Farmácia Popular do Brasil” “Aqui tem Farmácia Popular”	6
“Farmácia Popular do Brasil” “orçamento”	6
“Aqui tem Farmácia Popular” “orçamento”	4

Fonte: Elaboração própria (2018)

Os resultados da pesquisa permitem inferir a existência de vários estudos focados na caracterização do Programa Farmácia Popular do Brasil e seus benefícios na política de assistência farmacêutica universal brasileira, outros buscam comparar o Programa nacional com os programas estaduais de medicamentos e apenas um apresentou a evolução dos gastos com o programa ATPF no período de 2006 a 2014. No entanto, não foi possível localizar artigos que tratem da questão orçamentária do programa, especialmente relacionado à alocação e execução dos recursos, o que torna este trabalho importante para a identificação do adequado manejo orçamentário desse programa que possui tamanha relevância social.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O Brasil, com uma população aproximada de 209 milhões de habitantes, possui um total de 5.570 municípios divididos em 27 unidades federativas, sendo 26 Estados e um Distrito Federal.

Com relação ao número de estabelecimentos farmacêuticos, verificou-se que a rede credenciada por meio do programa “Aqui tem Farmácia Popular” contava com um total de 29.747 estabelecimentos no ano de 2017, sendo esse número obtido por meio das listas por ente federativo disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

É importante ressaltar que já aqui verifica-se uma divergência, pois dados oficiais do MS apontam para a existência de 34.583 farmácias cadastradas. Como esses estabelecimentos passam por constantes avaliações que podem levar ao seu descredenciamento, optou-se por confiar nos dados sintetizados por meio das listas disponíveis no site oficial do governo, o que possibilitou também realizar uma divisão considerando o número de municípios atendidos por estado. Todos esses dados estão sintetizados na tabela 1.

**Tabela 1** – Dados demográficos do país, farmácias credenciadas no ATFP e municípios atendidos

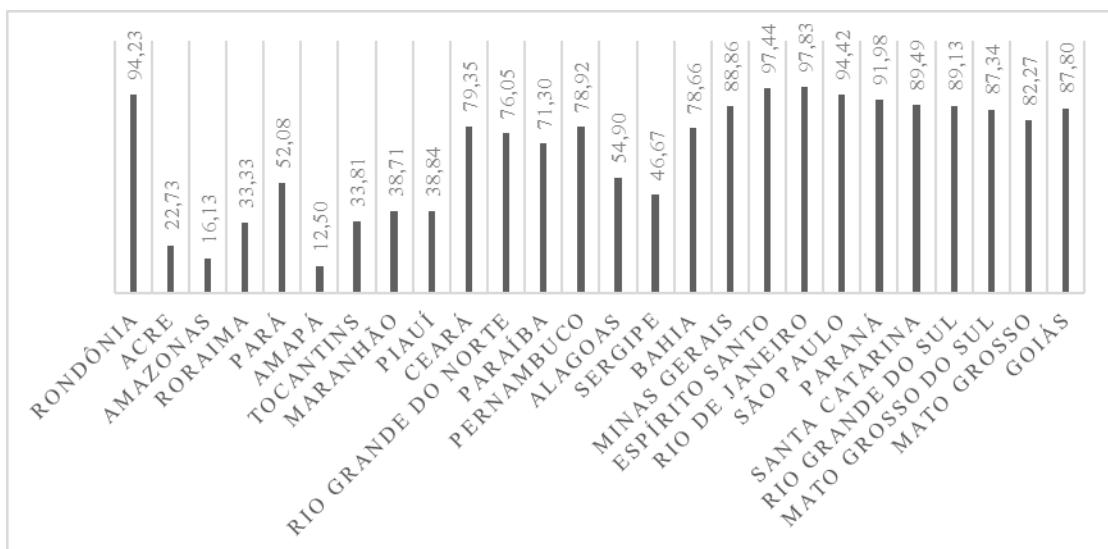
	<b>População estimada*</b>	<b>Nº de municípios</b>	<b>Nº de farmácias credenciadas</b>	<b>Nº de municípios atendidos</b>	<b>Percentual de municípios atendidos</b>
<b>Região Norte</b>	<b>18.182.253</b>	<b>450</b>	<b>843</b>	<b>193</b>	<b>42,89</b>
Rondônia	1.757.589	52	225	49	94,23
Acre	869.265	22	9	5	22,73
Amazonas	4.080.611	62	60	10	16,13
Roraima	576.568	15	46	5	33,33
Pará	8.513.497	144	353	75	52,08
Amapá	829.494	16	5	2	12,5
Tocantins	1.555.229	139	145	47	33,81
<b>Região Nordeste</b>	<b>56.760.780</b>	<b>1.794</b>	<b>3.973</b>	<b>1.168</b>	<b>65,11</b>
Maranhão	7.035.055	217	227	84	38,71
Piauí	3.264.531	224	223	87	38,84
Ceará	9.075.649	184	495	146	79,35
Rio Grande do Norte	3.479.010	167	513	127	76,05
Paraíba	3.996.496	223	524	159	71,30
Pernambuco	9.496.294	185	540	146	78,92
Alagoas	3.322.820	102	180	56	54,90
Sergipe	2.278.308	75	132	35	46,67
Bahia	14.812.617	417	1.139	328	78,66
<b>Região Sudeste</b>	<b>87.711.946</b>	<b>1.668</b>	<b>14.281</b>	<b>1.533</b>	<b>91,91</b>
Minas Gerais	21.040.662	853	5.183	758	88,86
Espírito Santo	3.972.388	78	841	76	97,44
Rio de Janeiro	17.159.960	92	2.001	90	97,83
São Paulo	45.538.936	645	6.256	609	94,42
<b>Região Sul</b>	<b>29.754.036</b>	<b>1.191</b>	<b>7.613</b>	<b>1.074</b>	<b>90,18</b>
Paraná	11.348.937	399	2.785	367	91,98
Santa Catarina	7.075.494	295	1.838	264	89,49
Rio Grande do Sul	11.329.605	497	2.990	443	89,13
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>16.085.885</b>	<b>466</b>	<b>3.037</b>	<b>402</b>	<b>86,27</b>
Mato Grosso do Sul	2.748.023	79	434	69	87,34
Mato Grosso	3.441.998	141	497	116	82,27
Goiás	6.921.161	246	1.669	216	87,80
Distrito Federal	2.974.703	1	437	1	-*

<b>TOTAL</b>	<b>208.494.900</b>	<b>5.570</b>	<b>29.747</b>	<b>4.370</b>
--------------	--------------------	--------------	---------------	--------------

Fonte: elaborada pelos autores com base nos dados do IBGE (2018), SAGE/SUS (2018) e do Ministério da Saúde (2018).

\*Data de referência: 1/07/2018. \*\*Considerando que o DF não se divide em municípios, não há como afirmar que a quantidade de farmácias credenciadas atenda adequadamente à população e nem mensurar isso em valores percentuais.

Assim, considerando os dados apresentados na tabela 1, denota-se que até o ano de 2017 o programa ATFP contava com uma abrangência significativa em relação ao número de municípios, atingindo 4.370 (78,46%) do total. No entanto, ao contabilizar o alcance por região brasileira, é possível notar que as regiões Norte e Nordeste possuem a menor cobertura do programa, sendo os valores por região de 42,89% na região Norte; 65,11% no Nordeste; 91,91% no Sudeste; 90,18% no Sul e 86,27% na região Centro-Oeste.



**Figura 1** – Percentual de municípios abrangidos pelo ATFP por Estado  
Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do Ministério da Saúde (2018).

Estratificando ainda mais esses números, corrobora-se a informação apurada na tabela 1, pois o percentual de municípios atendidos em cada estado em relação ao número total, apresenta, nas regiões Norte e Nordeste (com exceção do estado de Rondônia), números muito abaixo dos verificados nas demais regiões (figura 1), o que pode se tornar um fator preocupante ao considerar que se tratam das duas regiões brasileiras com o menor rendimento nominal mensal *per capita*.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE, apontam que, em 2017, a renda *per capita* média da região Norte era de R\$ 881, a do Nordeste era de R\$ 794, do Sudeste R\$ 1.397, Sul R\$ 1.568 e Centro-Oeste R\$ 1.591. Ainda, conforme

apontado por Garcia *et al.* (2017) em estudo relacionado ao gasto das famílias brasileiras com medicamentos, constatou-se que ele (medicamentos) é o principal componente do gasto com saúde, representando até 42,9% do total nos anos de 2008-2009. Sendo assim, destaca-se a importância de programas governamentais que alcancem sobremaneira essas localidades, de forma a atingir o objetivo da universalização de acesso à saúde sem causar prejuízos à população que mais precisa.

Com relação aos recursos orçamentários destinados ao programa durante o período de 2011 a 2017 (valor líquido), os valores absolutos revelam que quase 50% dos recursos totais do país foram destinados às regiões Norte e Nordeste (tabela 2).

**Tabela 2 – Orçamento repassado ao Programa Farmácia Popular (2011 a 2017)**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Região Norte</b>	<b>8.920.000</b>	<b>8.080.000</b>	<b>8.580.000</b>	<b>8.137.500</b>	<b>11.262.500</b>	<b>10.287.500</b>	<b>6.525.000</b>	<b>61.792.500</b>
Rondônia	280.000	330.000	360.000	360.000	487.500	450.000	312.500	2.580.000
Acre	240.000	220.000	250.000	240.000	325.000	300.000	212.500	1.787.500
Amazonas	1.560.000	1.430.000	1.560.000	1.520.000	2.050.000	1.762.500	1.087.500	10.970.000
Roraima	120.000	110.000	120.000	120.000	162.500	150.000	112.500	895.000
Pará	6.000.000	5.330.000	5.580.000	5.277.500	7.425.000	6.875.000	4.275.000	40.762.500
Amapá	240.000	220.000	230.000	140.000	162.500	150.000	112.500	1.255.000
Tocantins	480.000	440.000	480.000	480.000	650.000	600.000	412.500	3.542.500
<b>Região Nordeste</b>	<b>21.730.000</b>	<b>19.380.000</b>	<b>19.730.000</b>	<b>18.450.000</b>	<b>24.925.000</b>	<b>19.025.000</b>	<b>11.450.000</b>	<b>134.690.000</b>
Maranhão	3.190.000	2.980.000	3.080.000	3.090.000	4.125.000	3.412.500	2.025.000	21.902.500
Piauí	1.200.000	470.000	350.000	360.000	450.000	300.00	187.500	3.317.500
Ceará	3.000.000	2.790.000	2.920.000	2.855.000	3.650.000	3.337.500	2.000.000	20.552.500
Rio Grande do Norte	1.200.000	910.000	310.000	120.000	287.500	162.500	100.000	3.090.000
Paraíba	2.520.000	2.250.000	2.280.000	2.100.000	2.912.500	2.625.000	1.700.000	16.387.500
Pernambuco	1.730.000	1.690.000	1.780.000	1.567.500	2.275.000	1.975.000	1.137.500	12.155.000
Alagoas	650.000	880.000	1.080.000	1.070.000	1.412.500	1.350.000	800.000	7.242.500
Sergipe	1.040.000	980.000	1.080.000	910.000	1.325.000	1.275.000	912.500	7.522.500
Bahia	7.200.000	6.430.000	6.850.000	6.377.500	8.487.500	4.587.500	2.587.500	42.520.000
<b>Região Sudeste</b>	<b>21.900.000</b>	<b>20.080.000</b>	<b>21.810.000</b>	<b>20.790.000</b>	<b>26.362.500</b>	<b>22.812.500</b>	<b>14.262.500</b>	<b>148.017.500</b>
Minas Gerais	5.940.000	5.470.000	5.690.000	5.402.500	6.812.500	5.762.500	3.887.500	38.965.000
Espírito Santo	1.080.000	960.000	1.050.000	890.000	1.062.500	762.500	450.000	6.255.000
Rio de Janeiro	4.240.000	4.010.000	4.390.000	4.030.000	5.212.500	4.487.500	2.850.000	29.220.000
São Paulo	10.640.000	9.640.000	10.680.000	10.467.500	13.275.000	11.800.000	7.075.000	73.577.500
<b>Região Sul</b>	<b>7.210.000</b>	<b>6.520.000</b>	<b>6.580.000</b>	<b>5.857.500</b>	<b>7.412.500</b>	<b>6.200.000</b>	<b>4.162.500</b>	<b>43.942.500</b>
Paraná	1.440.000	1.230.000	1.220.000	1.200.000	1.512.500	1.275.000	725.000	8.602.500
Santa Catarina	1.920.000	1.630.000	1.610.000	1.315.000	1.662.500	1.375.000	850.000	10.362.500
Rio Grande do Sul	3.850.000	3.660.000	3.750.000	3.342.500	4.237.500	3.550.000	2.587.500	24.977.500
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>3.670.000</b>	<b>3.430.000</b>	<b>3.530.000</b>	<b>3.600.000</b>	<b>4.975.000</b>	<b>4.437.500</b>	<b>3.037.500</b>	<b>26.680.000</b>
Mato Grosso do Sul	830.000	770.000	790.000	710.000	962.500	862.500	525.000	5.450.000
Mato Grosso	960.000	790.000	840.000	840.000	1.100.000	887.500	600.000	6.017.500
Goiás	1.880.000	1.870.000	1.900.000	2.050.000	2.912.500	2.687.500	1.912.500	15.212.500
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>63.430.000</b>	<b>57.490.000</b>	<b>60.230.000</b>	<b>56.835.000</b>	<b>74.937.500</b>	<b>62.762.500</b>	<b>39.437.500</b>	<b>415.122.500</b>

Fonte: elaborada pelos autores com base nos dados do Fundo Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (2018).

Esses valores se referem ao repasse anual fundo a fundo que sai do Fundo Nacional de Saúde para o programa Farmácia Popular do Brasil, o qual faz parte do bloco da assistência farmacêutica, e quando divididos pela população atendida, permitem verificar claramente que as regiões Norte e Nordeste recebem um valor *per capita* acima das demais regiões, com uma média de R\$ 0,33 por pessoa para as duas regiões, sendo esse valor de R\$ 0,24 na região Sudeste, R\$ 0,21 na região Sul e R\$ 0,28 na região Centro-Oeste. E não deveria ser diferente se for considerado o fator da renda média, conforme explicitado anteriormente neste trabalho.

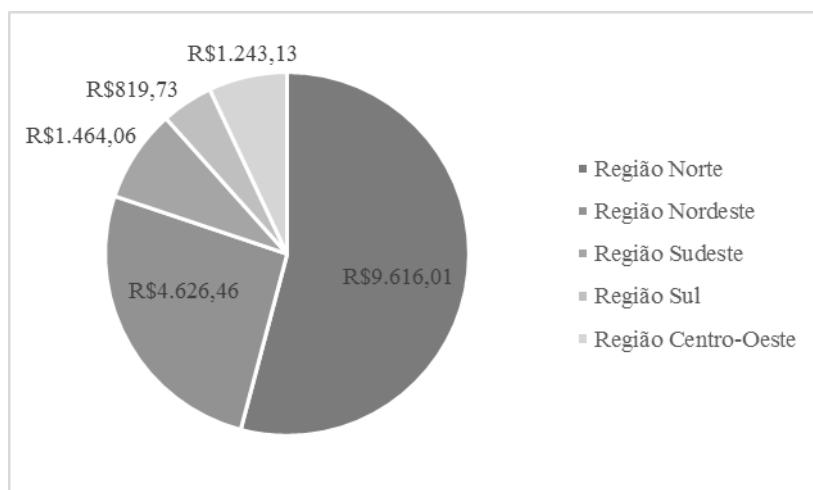
É claro que não é 100% da população que recorre ao programa ou dele necessita, no entanto, não foram localizados dados pontuais sobre o quantitativo da população atendida por região ou estado de maneira a subsidiar uma possível conclusão relacionada aos valores destinados. Tampouco foram localizados dados que mostrem qual é o montante do orçamento destinado à rede própria e ao ATFP, sendo todo o valor englobado dentro do PFPB. Publicação do MS do ano de 2016 informava apenas que o programa “Aqui tem Farmácia Popular” já atingia cerca de 38 milhões de brasileiros, o que equivalia a aproximadamente 20% da população total (BRASIL, 2016a). Pode-se apenas presumir que as regiões onde a renda *per capita* é conhecidamente menor sejam (ou deveriam ser) as maiores beneficiárias do programa.

**Tabela 3** – Valor *per capita* por estado (2011 - 2017)

Estado	Valor (R\$)
Rondônia	0,21
Acre	0,29
Amazonas	0,38
Roraima	0,22
Pará	0,68
Amapá	0,22
Tocantins	0,33
Maranhão	0,44
Piauí	0,15
Ceará	0,32
Rio Grande do Norte	0,13
Paraíba	0,59
Pernambuco	0,18
Alagoas	0,31
Sergipe	0,47
Bahia	0,41
Minas Gerais	0,26
Espírito Santo	0,22
Rio de Janeiro	0,24
São Paulo	0,23
Paraná	0,11
Santa Catarina	0,21
Rio Grande do Sul	0,31
Mato Grosso do Sul	0,28
Mato Grosso	0,25

Goiás 0,31  
Fonte: elaborada pelos autores com base nos dados do Fundo Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (2018).

Outra análise viável diz respeito à divisão do valor alocado pelo número total de farmácias da rede própria e credenciadas no programa ATFP em cada região (figura 2), o que permite concluir que as regiões Norte e Nordeste recebem a maior parcela do orçamento por estabelecimento (média anual), talvez porque devido ao número menor de locais para atendimento à população eles acabem dispendendo mais medicamentos que as demais. Enfatizando que os dados disponíveis não permitem verificar quanto foi de fato alocado para cada vertente do programa.



**Figura 2** – Valor médio destinado a cada estabelecimento entre 2011 e 2017.  
Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do Ministério da Saúde (2018).

O Programa ATFP, por possuir um escopo mais limitado que a rede própria da FPB, no que concerne à quantidade de medicamentos que fazem parte do programa, torna a sua análise mais viável. Assim, como uma forma de buscar avaliar se o orçamento destinado às regiões está resultando em uma melhoria visível da saúde da população, especificamente nas doenças atendidas pelo programa, verificou-se o número de internações causadas por essas moléstias no período analisado neste trabalho. Claro que este tipo de análise apresenta limitações, pois não há como garantir que o aumento ou a diminuição de internações sejam decorrentes unicamente das ações relacionadas à assistência farmacêutica. No entanto, permitem traçar um panorama de cada região para futuras pesquisas na área.

Os medicamentos disponibilizados pelo ATFP são indicados para: hipertensão, diabetes, asma, dislipidemia, rinite, anticoncepção, doença de Parkinson, osteoporose e glaucoma. Para fins da análise proposta, excetuar-se-ão os medicamentos indicados para a

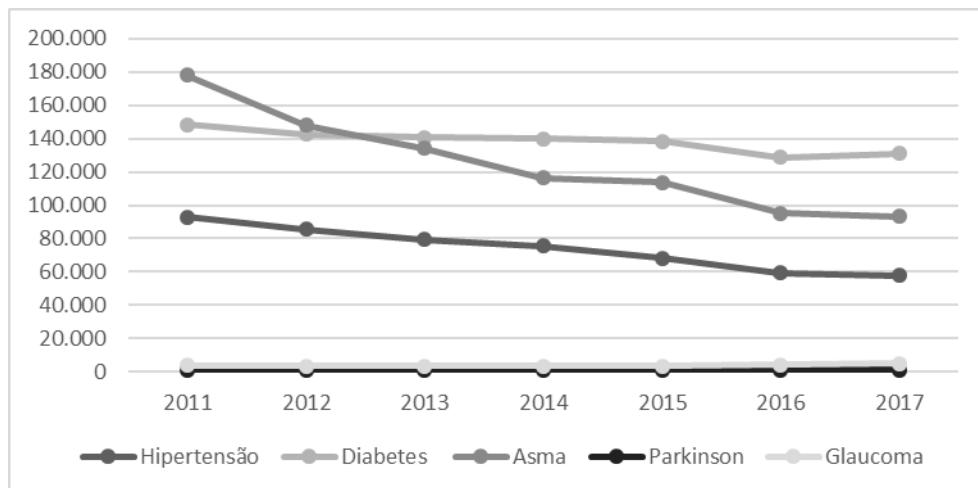
anticoncepção, pois a ocorrência de gravidez não pode ser considerada como doença, e os destinados ao tratamento da dislipidemia (colesterol alto), da rinite e da osteoporose, pois o Ministério da Saúde não mensura o número de internações para esses casos, apesar de todas conterem uma classificação própria dentro do código CID (Classificação Internacional de Doenças).

**Tabela 4 – Número de internações por região entre 2011 e 2017**

<b>Indicação</b>	<b>Região</b>	<b>Ano</b>						<b>Total</b>
		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	
Hipertensão	Norte	10.597	10.809	10.002	9.377	7.797	6.408	6.262 <b>61.252</b>
	Nordeste	33.180	30.181	29.066	29.017	28.217	22.846	22.141 <b>194.648</b>
	Sudeste	31.946	29.467	26.488	24.451	21.606	20.061	18.999 <b>173.018</b>
	Sul	8.363	7.671	6.851	6.776	5.973	6.007	6.182 <b>47.823</b>
	Centro-Oeste	8.693	7.518	6.849	5.798	4.465	4.177	4.063 <b>41.563</b>
Diabetes	Norte	12.126	12.492	12.967	13.245	12.394	12.050	12.466 <b>87.740</b>
	Nordeste	48.407	45.088	44.713	45.421	47.074	41.452	42.090 <b>314.245</b>
	Sudeste	50.822	49.035	48.500	47.472	47.303	45.136	46.699 <b>334.967</b>
	Sul	24.473	24.309	23.238	22.844	21.760	20.860	20.767 <b>158.251</b>
	Centro-Oeste	12.683	11.753	11.455	10.837	9.904	9.084	9.234 <b>74.950</b>
Asma	Norte	20.255	17.267	16.767	13.371	11.363	10.787	10.387 <b>100.197</b>
	Nordeste	85.014	65.149	57.746	51.583	48.559	39.007	38.659 <b>385.717</b>
	Sudeste	37.049	33.925	30.684	26.200	28.492	23.658	23.131 <b>203.139</b>
	Sul	23.469	21.314	19.280	17.584	18.171	15.599	14.621 <b>130.038</b>
	Centro-Oeste	12.435	10.547	9.845	7.661	7.145	5.967	6.356 <b>59.956</b>
Doença de Parkinson	Norte	28	22	35	39	37	33	26 <b>220</b>
	Nordeste	163	175	237	279	290	179	126 <b>1.449</b>
	Sudeste	356	321	314	444	465	571	462 <b>2.933</b>
	Sul	228	155	197	327	284	301	247 <b>1.766</b>
	Centro-Oeste	28	40	35	55	62	70	51 <b>341</b>
Glaucoma	Norte	21	51	18	8	10	37	46 <b>191</b>
	Nordeste	819	858	916	1.019	905	971	1.110 <b>6.598</b>
	Sudeste	2.068	1.839	1.658	1.485	1.697	1.677	2.261 <b>12.685</b>
	Sul	382	352	413	579	588	779	986 <b>4.079</b>
	Centro-Oeste	321	294	229	197	340	634	418 <b>2.163</b>

Fonte: elaborada pelos autores com base nos dados do TABNET/DATASUS (2018).

Com base nos dados apresentados, constata-se que, com exceção do glaucoma e de algumas variações esporádicas, em todos os casos e em todas as regiões houve um visível decréscimo no número de internações no decorrer do período analisado, o que pode ser melhor visualizado por meio da figura 3.



**Figura 3 – Número de internações entre 2011 e 2017**

Fonte: os autores (2019).

Considerando que houve um aumento populacional em todas as regiões brasileiras nesse mesmo interstício, sendo que o número de habitantes do país passou de 192.379.287 em 2011 para quase 208 milhões em 2017 (IBGE, 2018), esses números são animadores, conquanto, não há como afirmar que eles decorram unicamente das políticas assistenciais relacionadas aos medicamentos.

Apesar da importância e abrangência do programa, a análise dos dados apresentados faz surgir questionamentos que só podem ser dirimidos por meio de outros estudos, consoante à delimitação deste; e da disponibilização de dados que permitam, de fato, avaliar se os recursos orçamentários destinados ao programa são suficientes para atender à demanda populacional e ao princípio máximo da universalização do acesso à saúde, especificamente aos medicamentos.

## CONCLUSÃO

Políticas públicas voltadas à universalização ao acesso à saúde são essenciais para países que desejam uma população saudável e apta a atingir pleno desenvolvimento socioeconômico. Atualmente os medicamentos são insumos essenciais para a concretização dos objetivos de prevenção, manutenção e melhoria da saúde da população. Assim, políticas destinadas à consecução desses objetivos devem ser vistas como prioritárias e tratadas como políticas de Estado, e não de governo.

O Programa Farmácia Popular do Brasil, tanto em sua vertente inicial (rede própria) quanto no programa Aqui Tem Farmácia Popular, mostrou ser uma das políticas de maior sucesso nos últimos anos, garantindo o acesso da população mais carente a medicamentos básicos e essenciais por meio da compra por um preço muito abaixo do praticado no mercado

(copagamento) ou mesmo pela obtenção gratuita, desonerando, assim, boa parte da população desses gastos que, conforme destacado alhures, são os maiores em se tratando de despesas com saúde.

Este trabalho permitiu mostrar que, apesar do número significativamente menor de estabelecimentos nas regiões Norte e Nordeste, a alocação orçamentária para essas regiões é muito maior do que a verificada nas demais, talvez até como uma forma de equilibrar a balança em relação ao número de farmácias e o menor valor da renda *per capita*. Isso mostrou-se um aspecto positivo ao considerar que essas duas regiões são, atualmente, as que possuem a menor renda média *per capita* do país, o que permite inferir que são, consequentemente, as que mais necessitam desse tipo de políticas de universalização do acesso a medicamentos.

No entanto, sugere-se uma revisão da abrangência de atendimento desses estabelecimentos e a necessidade de avaliar se não seria ideal retornar à primeira vertente do programa, levando a rede própria a localidades onde estabelecimentos privados (que obviamente visam ao lucro), não possuem interesse em iniciar novos negócios.

Cabe observar também que, como o programa não faz distinção entre aqueles que procuram os estabelecimentos provenientes do SUS ou da rede privada, bastando unicamente apresentar a receita médica, os dados obtidos neste trabalho não permitiram demonstrar que o PFPB, em sua principal vertente, o ATFP, realmente atendam à população que mais necessita.

Assim, são necessários novos estudos que busquem determinar se o valor destinado ao programa está sendo adequadamente utilizado em cada unidade federativa e se isso de fato se reflete na melhoria da saúde da população e redução dos gastos públicos com procedimentos hospitalares.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf)>. Acesso em: 03/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)>. Acesso em: 03/01/2019.

BRASIL. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm)>. Acesso em: 03/01/2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 05/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lista de medicamentos disponibilizados pelo “Aqui tem Farmácia Popular”. Brasília, 2017a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/17/Lista-de-Medicamentos.pdf>>. Acesso em: 12/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Farmácia Popular do Brasil. Disponível em: <[http://sage.saude.gov.br/paineis/farmaciaPopular/lista\\_municipio.php?output=html&ufs=&ibges=&cg=&tc=&re\\_giao=&rm=&qs=&ufcidade=Brasil&qt=5570%20munic%C3%ADpios&pp=207660929&cor=005984&nonono=html&title=&codPainel=38&codPainel=38](http://sage.saude.gov.br/paineis/farmaciaPopular/lista_municipio.php?output=html&ufs=&ibges=&cg=&tc=&re_giao=&rm=&qs=&ufcidade=Brasil&qt=5570%20munic%C3%ADpios&pp=207660929&cor=005984&nonono=html&title=&codPainel=38&codPainel=38)>. Acesso em: 18/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Um em cada cinco brasileiros buscou medicamentos no Aqui Tem Farmácia Popular. Brasília, 2016a. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/22609-um-em-cada-cinco-brasileiros-buscou-medicamentos-no-aqui-tem-farmacia-popular>>. Acesso em: 12/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo a Fundo. Brasília, 2016b. Disponível em: <<http://portalfns.saude.gov.br/fundo-a-fundo>>. Acesso em: 28/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil: Proposta de Reformulação. Brasília, 2017b. Disponível em: <[http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/30/CIT/2.%20b%20-%20CIT\\_30.03.2017\\_final.pdf](http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/30/CIT/2.%20b%20-%20CIT_30.03.2017_final.pdf)>. Acesso em: 16/01/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Clique na UF e conheça quais farmácias e drogarias são credenciadas no Programa Aqui Tem Farmácia Popular. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41867-veja-tambem-os-enderecos-das-farmacias-e-drogarias-que-integram-o-programa-aqui-tem-farmacia-popular>>. Acesso em: 07/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. História do Ministério. Brasília, 2017c. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/historia-do-ministerio>>. Acesso em: 25/01/2019.

DYE, Thomas R. Understanding public policy. 13 ed. USA: Pearson Education, 2011. p 01-27.

EMMERICK, I. C. M.; NASCIMENTO, J. M.; PEREIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; ROS-DEGNAN, D. Farmácia Popular Program: changes in geographic accessibility of medicines during ten years of a medicine subsidy policy in Brazil. Journal of Pharmaceutical Policy and Practice, v. 8, n. 1, 10, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25926990>>. Acesso em: 17/01/2019.

GARCIA *et al.* Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1278/1/TD\\_1839.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1278/1/TD_1839.pdf)>. Acesso em: 06/01/2019.

IBGE. Estimativas da população. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>>. Acesso em: 05/01/2019.

KRAFT, Michael E.; FURLONG, Scott R. Public Policy: politics, analysis and alternatives. 3. ed. USA: CQ Press, 2010. p. 02-29.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). As políticas públicas e os sistemas e serviços de saúde. In: \_\_\_\_\_. (Org.). Saúde nas Américas. Organização Pan-Americana de Saúde. Volume I. Washington, D.C.: OPAS, 2007. p. 314-405. Disponível em: <<https://www.paho.org/hia2007/archivosvol1/volregionalpor/SNA07%20Regional%20POR%20Cap%204.pdf>>. Acesso em: 25/01/2019.

PALUDO, Augustinho Vicente. Orçamento público, administração financeira e orçamentária e LRF I. .7. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2017.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 27/01/2019.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage; COSTA, Nilson do Rosário; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 16(6):2963-2973, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/34.pdf>>. Acesso em: 08/01/2019.

SILVA, Rondineli Mendes da; CAETANO, Rosangela. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 20(10):2943-2956, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-2943.pdf>>. Acesso em: 07/01/2019.

## ABSTRACT

The following article intends to perform an analysis of the budget assigned to the *Programa Farmácia Popular do Brasil* (PFPB), specifically in its aspect, the *Programa Aqui Tem Farmácia Popular* (ATFP), aiming at establishing an equivalency between the amount assigned to each Brazilian State and the population being served. Through descriptive research and by utilizing bibliographic and documental analysis, along with secondary data, it was verified that the budget distribution is compatible with the needs of the target population if the average income per capita by State is taken into account along with the amount allocated by healthcare site and the reduction in the number of hospitalizations due to the diseases treated by the medicines available in the ATPF program. However, there are no means to assess whether the amounts being assigned are in fact responding to the needs of those that need the program the most.

**Keywords:** Farmácia Popular do Brasil; Healthcare Public Policies; Budgets; Medicines.