

CADERNOS DO DESENVOLVIMENTO FLUMINENSE

16 ANO 2019 | 1º semestre

- Especialização produtiva — reflexos sobre o desenvolvimento do estado do Rio de Janeiro;
- Relação entre renda petrolífera e melhoria na qualidade de vida por municípios confrontantes da Baía de Campos;
- Desafios à gestão, ao desenvolvimento sustentável em Miracema;
- Inovação e Desenvolvimento Regional — uma análise sobre a produção científica da Universidade Estadual do Norte Fluminense e sua potencial contribuição para a sociedade;
- Perfil socioeconômico de feirantes do mercado municipal de Campos dos Goytacazes;
- Casa popular própria — ilusão ou solução;
- Capilaridade territorial na provisão de medicamentos básicos no estado do Rio de Janeiro;
- NudgeRio um caso de aplicação de Ciência Comportamental às Políticas Públicas;
- Mulher, política e cidade — reflexões analíticas.

REVISTA **CADERNOS DO DESENVOLVIMENTO FLUMINENSE**

16

ANO 2019 | 1º semestre



FUNDAÇÃO CENTRO ESTADUAL DE ESTATÍSTICAS, PESQUISAS E FORMAÇÃO DE SERVIDORES PÚBLICOS DO RIO DE JANEIRO — CEPERJ

PRESIDÊNCIA

Pedro Castilho

ESCOLA DE GESTÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Homero de Araújo Torres

CENTRO DE ESTATÍSTICAS, ESTUDOS E PESQUISAS

Fabio Odilon Alves Gomes

DIRETORIA DE CONCURSOS E PROCESSOS SELETIVOS

Lisandro Junior

DIRETORIA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA E DES. INSTITUCIONAL

Tatiani Lisboa

DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Marcelo Serrano Peixoto

INSTITUTO PEREIRA PASSOS — IPP

DIRETOR-PRESIDENTE

Mauro Osorio

COORDENADOR TÉCNICO DE INFORMAÇÕES DA CIDADE

Carlos Krykhtyne

COORDENADORA TÉCNICA DE PROJETOS ESPECIAIS

Andrea Pulici

COORDENADOR DE COMUNICAÇÃO

Bruno Filippo

Editores

EDITORES CIENTÍFICOS

Jorge Britto • UFF
Lia Hasenclever • Instituto de Economia – UFRJ

EDITOR EXECUTIVO

Bruno Filippo • IPP

CONSELHO EDITORIAL

Bruno Leonardo Barth Sobral • Faculdade de Ciências Econômicas – UERJ
Carlos Antonio Brandão • Inst. de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional – UFRJ
Fabiano Guilherme Mendes Santos • Instituto de Estudos Sociais e Políticos – UERJ
Glaucio José Marafon • Instituto de Geografia – UERJ
Jorge Nogueira de Paiva Britto • Faculdade de Economia – UFRJ
José Luis Vianna da Cruz • Centro de Pesquisa Candido Mendes – UCM
Lia Hasenclever • Inst. de Economia – UFRJ / Universidade Cândido Mendes Campos – UCAM Campos
Luis Fernando Valverde Salandía • Instituto Pereira Passos
Luiz Martins de Melo • Instituto de Economia – UFRJ
Maria Alice Rezende de Carvalho • Depto. de Ciências Sociais – PUC RJ
Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna • Instituto de Economia – UFRJ
Maria Helena de Macedo Versiani • Instituto Brasileiro de Museus
Marieta de Moraes Ferreira • Fundação Getúlio Vargas
Mauro Osorio • Faculdade Nacional de Direito – UFRJ
wMiguel Antonio Pinho Bruno • Escola Nacional de Ciências Estatísticas - IBGE /Fac. de Ciências Econômicas – UERJ / Mackenzie Rio
Nelson de Castro Senra • Escola Nacional de Ciências Estatísticas – IBGE
Paulo Alcântara • Universidade Cândido Mendes – UCAM
Paulo Knauss Mendonça • Depto. de História – UFF
Pedro Abramo • Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano Regional – UFRJ
Renata Lèbre La Rovere • Instituto de Economia – UFRJ
Roberto de Andrade Medronho • Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – UFRJ
Rosélia Périssé Piquet • Centro de Pesquisa Candido Mendes – UCM
Sergio Ferraz Magalhães • Faculdade de Arquitetura e Urbanismo – UFRJ
Silvia Ramos • Centro de Estudos de Segurança e Cidadania – UCM

REVISTA CADERNOS DO DESENVOLVIMENTO FLUMINENSE

COORDENAÇÃO

Bruno Filippo

SECRETARIA EXECUTIVA

Ariana Falcão

REVISÃO

De responsabilidade dos autores

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Cláudio Novaes

R. São Francisco Xavier, 524/SI. 1050, Bloco FS - Maracanã
Rio de Janeiro • RJ - CEP 20550-013 • Telefone: (21) 2334-7313

revistacadernos.ceperj@gmail.com | www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/cdf

ISSN: 2317-6539

Editorial

Os Editores tem a satisfação de apresentar o conteúdo do 16º número da REVISTA CADERNOS DO DESENVOLVIMENTO FLUMINENSE, que reflete o compromisso com uma reflexão acadêmica multidisciplinar sistemática tanto sobre contexto sócio-econômico-territorial do estado do Rio de Janeiro (ERJ), como também sobre orientações e práticas relevantes no campo das políticas públicas, orientadas para os enfrentamentos de desafios colocados em função de transformações contemporâneas da sociedade fluminense em suas múltiplas dimensões. Seguindo essa tradição, o presente número contempla tanto artigos baseados em reflexões de natureza mais geral, como abordagens mais focalizadas, em termos tanto do objeto de reflexão como do campo associado das políticas públicas. Traz colaborações de várias instituições do ERJ e abordagens de distintos campos disciplinares.

Em primeiro lugar, cabe destacar artigos com foco mais amplo em termos do diagnóstico socioeconômico do Estado do Rio de Janeiro, seja através de abordagens que contemplam tanto a configuração geral da estrutura produtiva, seja através de análises territorialmente mais localizadas da dinâmica socioeconômica. O artigo **“Especialização produtiva: reflexos sobre o desenvolvimento do estado do Rio de Janeiro”**, de Henrique Cavalieri e Lia Hasenclever, analisa a evolução da estrutura produtiva do Estado do Rio de Janeiro, em comparação com a nacional. Ressalta-se a concentração em segmentos associados ao petróleo e mostra-se que essa especialização produtiva não tem se constituído em uma via de desenvolvimento virtuoso para o estado, pois tende a perpetuar e reproduzir heterogeneidades estruturais, refletidas em tendências de baixo crescimento econômico e vulnerabilidade externa.

No campo de um diagnóstico socioeconômico territorialmente mais localizado, o artigo **“Relação entre renda petrolífera e melhoria na qualidade de vida por municípios confrontantes da Bacia de Campos”**, de Roberto Meireles Acruche, Ítalo de Oliveira Matias, Milton Erthal Jr, Fabio Freitas da Silva e Aldo Shimoya, tem como foco os nove municípios fluminenses pertencentes à Bacia de Campos. Por meio de uma pesquisa que usa o método de análise multicritério e dados do Índice FIRJAN (Federação das Indústrias do Rio de Janeiro) de Desenvolvimento Municipal, classifica os municípios e compara esta ordenação ao montante de rendas petrolíferas recebidas. Aponta-se que maiores níveis de *royalties per capita* não estão associados a melhores condições de desenvolvimento humano e constata-se uma dependência financeira dos municípios em relação à transferência e *royalties* acima de 70%, com exceção da cidade de Macaé por concentrar a atividade petrolífera na região, sugerindo-se que a abundância de recursos naturais levou tanto a um afrouxamento fiscal e a uma tendência a negligenciar políticas públicas que estimulassem o desenvolvimento local.

Em sequência, o artigo **“Desafios à gestão, ao desenvolvimento sustentável em Miracema (RJ)”**, de Paulo José de Mendonça Ribeiro, discute os impactos da criação de UC - Unidade de Conservação (UC) no município de Miracema, em 2010 como estratégia para promoção de um município “saudável e sustentável”. Foi feita uma pesquisa de campo sobre: problemas de saneamento básico (lixo, esgoto, água e drenagem) e ambientais (erosão, desmatamento, contaminação da água), de modo a verificar em que medida a problemática socioambiental incorpora as questões relativas a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos e coletividades. As evidências coletadas sugerem que há mais custos que benefícios, particularmente no que se refere à sustentabilidade socioambiental, que representa um grande desafio para as políticas públicas.

O artigo **“Inovação e Desenvolvimento Regional: uma análise sobre a produção científica da Universidade Estadual do Norte Fluminense e sua potencial contribuição para a sociedade”**, de Raquel Chaffin Cezario, Edson Terra Azevedo Filho e Henrique Rego Monteiro da Hora, pro-

cura discutir, com base na experiência da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, o papel da universidade na sociedade, por meio da produção de conhecimento e da capacidade de induzir o desenvolvimento regional via inovação. A metodologia contempla uma abordagem quali-quantitativa mediante pesquisa bibliométrica no Banco de Dados Scopus. Constatou-se que a UENF tem gerado conhecimento relevante, por meio de publicações de documentos, principalmente na área das Ciências Agrárias e Biológicas, apresentando um potencial inovador capaz de contribuir com o desenvolvimento da Região desde que haja engajamento entre ela, governo e empresa, numa Hélice Tríplice.

Considerando um foco mais microscópico na abordagem da problemática do desenvolvimento socioeconômico local, o artigo **“Perfil socioeconômico de feirantes do mercado municipal de Campos dos Goytacazes”** de Graciela Aparecida Profeta, Raquel Chaffin Cezario, Elen Cristina de Mattos Lima e Vanuza da Silva Pereira Ney, procura caracterizar o perfil socioeconômico de feirantes de hortifrutícolas do mercado municipal de Campos dos Goytacazes, considerando aspectos relacionados aos canais de comercialização e as características econômicas que diferenciam os feirantes. Os resultados obtidos apontam que a renda mensal oriunda da feira era de extrema importância na composição da renda total da família, e, portanto, na sobrevivência das mesmas. Constatou-se também que os feirantes não usavam os circuitos curtos de produção que garantiriam a comercialização da produção local e que isso, além de não lhes fornecer produtos diferenciados para a venda, ainda implicava em perda de receita, pois acabavam competindo em condições desiguais com os supermercados da cidade.

Na transição entre abordagens de cunho mais analítico e abordagens com foco mais direcionado para a avaliação de políticas, o artigo **“Casa popular própria: ilusão ou solução?”**, de Bianca Siqueira Gonçalves, Livia Maria de Souza Almeida Coura e José Luis Vianna da Cruz, é de natureza essencialmente conceitual, procurando discutir aspectos capazes de nortear a implementação de políticas habitacionais e urbanas, conectando a discussão do sonho de consumo da propriedade de um lugar para morar com as possibilidades de efetivação do direito à cidade, através de um revisão não sistemática da bibliografia sobre a origem da casa como mercadoria e objeto de desejo do trabalhador e sobre a questão da segregação sócio espacial à luz do Direito à Cidade. Ao mesmo tempo, procura-se articular essa discussão a aspectos importantes da estrutura e dinâmica da cidade, ressaltando-se o papel do planejamento urbano no sentido de mitigar a segregação socioespacial.

No campo mais operacional da avaliação de políticas, o artigo **“Capilaridade territorial na provisão de medicamentos básicos no estado do Rio de Janeiro”**, de Eduardo Manhães e Lia Hasenclever, analisa a Política Pública de Assistência Farmacêutica (AF) nas mesorregiões do estado do Rio de Janeiro por meio da distribuição territorial das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos estabelecimentos do Programa Farmácia Popular do Brasil. Aborda ainda a relação existente entre a instalação de unidades de AF com o volume populacional e a renda média per capita das mesorregiões no ano de 2018. A partir da construção de indicadores e da análise da correlação entre as variáveis, constata-se que, apesar de ter havido uma expansão da provisão de medicamentos, os estabelecimentos da rede credenciada são mais concentrados e os das UBS são mais dispersos no território, o que indica um melhor desempenho destas últimas em termos de distribuição territorial.

Ainda no campo da operacionalização de políticas públicas, o artigo **“NudgeRio: um caso de aplicação de Ciência Comportamental às Políticas Públicas”**, de Otávio Morato de Andrade, discute possíveis soluções para políticas públicas baseadas em *insights* e fundamentos teóricos da Economia Comportamental, mais conhecidos como *Nudges*, termo que sugere a associação de incentivos comportamentais para reverter falhas cognitivas e que podem inspirar a criação de novas estratégias de aderência às políticas públicas. Especificamente, procura-se discutir com exemplos práticos de aplicações de *Nudges* no âmbito da governança estatal, em especial, o caso da *NudgeRio*, unidade criada na Prefeitura da Cidade do Rio. Refere-se ao caso da implementação do Programa Líderes Cariocas (PLC), coordenado pelo Instituto Fundação João Goulart (IFJG), que procura selecionar servidores públicos com perfil de liderança positiva e capacitá-los para assumir posições proeminentes na administração pública municipal.

Por fim, no campo mais amplo da representação política, mas ainda com claros desdobramentos na definição de políticas públicas, o artigo **“Mulher, política e cidade: reflexões analíticas”**, de Aímée Seixas de Sousa e María Gabriela Scotto, discute as relações entre mulheres, cidade, feminismo e participação em espaços de representação política. O caso da pesquisa em foco é a presença feminina na Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Especificamente, a partir da implementação das cotas eleitorais para mulheres, busca-se discutir as relações entre a participação política e o direito à cidade sob a concepção de gênero. Argumenta-se que, numa perspectiva feminista, é possível pensar a mulher presente e atuante na política municipal como planejadora do espaço urbano e da vida das cidades, avaliando de maneira mais clara suas pretensões, interesses e demandas, apontando-se a necessidade de autonomia feminina no que diz respeito aos seus direitos como cidadãs e às escolhas sobre o acesso e a função do espaço público.

O conjunto de artigos presentes nesse número da REVISTA CADERNOS DO DESENVOLVIMENTO FLUMINENSE reflete o caráter multidisciplinar da discussão sobre o desenvolvimento fluminense e o compromisso em relação à avaliação de políticas públicas que norteiam a nossa linha editorial. Além disso, destacamos o compromisso do Conselho Editorial e das instituições de apoio no sentido de dar maior celeridade à avaliação das submissões e à atualização do processo de edição. É com base nessa perspectiva que reiteramos o convite à comunidade acadêmica para novas submissões que enriqueçam ainda mais a Revista.

Capilaridade territorial na provisão de medicamentos básicos no estado do Rio de Janeiro

Territorial capillarity in the provision of basic drugs in the state of Rio de Janeiro

Eduardo Manhaes¹,
Lia Hasenclever²

RESUMO

Esse artigo analisa a Política Pública de Assistência Farmacêutica (AF) nas mesorregiões do estado do Rio de Janeiro por meio da distribuição territorial das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos estabelecimentos do Programa Farmácia Popular do Brasil rede credenciada bem como a relação existente entre a instalação de unidades de AF com o volume populacional e a renda média per capita no ano de 2018. A metodologia emprega indicadores para mensurar a correlação linear entre as variáveis e constrói mapas contendo a localização das unidades de provisionamento de medicamentos básicos. Os resultados mostram que apesar de ter havido uma expansão da provisão de medicamentos, os estabelecimentos da rede credenciada são mais concentrados e os das UBS são mais dispersos no território, o que indica um melhor desempenho destas últimas em termos de distribuição territorial.

PALAVRA-CHAVE: Programa Farmácia Popular do Brasil, Unidade Básica de Saúde, Assistência Farmacêutica, Medicamentos Básicos

ABSTRACT

This article analyzes the Public Policy of Pharmaceutical Assistance (PA) in the mesoregions of the state of Rio de Janeiro through the territorial distribution of the Basic Health Units and the establishments of the Popular Pharmacy Program in Brazil accredited network, as well as the relationship between the installation of PA units with population volume and average per capita income in 2018. The methodology uses indicators to measure the linear correlation between the variables and builds maps containing the location of the units for the provision of basic drugs. The results show that although there has been an expansion of the drugs provision, the establishments of the accredited network are more concentrated and those of the Basic Health Units are more dispersed in the territory, which indicates a better performance of the latter in terms of territorial distribution.

KEYWORDS: Popular Pharmacy Program in Brazil, Basic Health Units, Pharmaceutical Care, Basic Drugs

1. Introdução

A promulgação da Constituição Federal de 1988, pela Assembléia Nacional Constituinte, dispõe sobre a responsabilidade do Estado quanto à atenção para com o sistema de saúde, delegando ao mesmo o papel de promotor de ações voltadas a esse fim (STF, 2017), incluindo a provisão de medicamentos

1 Professor do Departamento de Ciências Econômicas da Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutor em Planejamento Regional e Gestão da Cidade pela Universidade Cândido Mendes - UCAM (2019). Mestre em Economia Empresarial pela Universidade Cândido Mendes - UCAM-RJ (2011). Pesquisa e atua nas áreas de Pensamento Econômico, Gestão Empresarial, Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional e Urbano e de Políticas Públicas

2 Professora Colaboradora Voluntária da Universidade Cândido Mendes/Campos Pesquisadora do GEI/IE da Universidade Federal do Rio de Janeiro Presidente da Associação Brasileira de Economia Industrial e Inovação (ABEIN)

básicos. Essa incumbência harmoniza-se com as proposições da Organização Mundial da Saúde – OMS (1946) que, segundo dados disponíveis, mostra que significativa parcela da população mundial não dispõe de acesso adequado a esses medicamentos para o combate de enfermidades (HOGERZEIL; MIRZA, 2011).

A partir daí o acesso à saúde do indivíduo, incluída a assistência farmacêutica, coloca-se como um direito constitucional e fundamental a todos os brasileiros. O Estado brasileiro historicamente tem implementado ações voltadas à atenção a saúde, sendo a de maior amplitude a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (1990), resultado de uma evolução de diversas ações sucessivas e complementares (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012), que configuram uma estrutura governamental de atenção a diversos aspectos relacionados à saúde (BOING, 2013).

Entretanto, dado o histórico das ações de saúde no Brasil³, entende-se, neste artigo, que o acesso equitativo a esse direito irá depender da complementaridade entre as ações públicas e privadas. Em princípio, o Estado deveria voltar-se a lugares afastados, com densidade populacional reduzida ou sem condições de renda, e os investimentos privados, que têm sua lógica voltada para o lucro, atuariam em regiões mais povoadas e com demanda efetiva⁴.

O Brasil possui dimensões territoriais de ordem continental e assim sendo, a alocação dos pontos para distribuição de medicamentos básicos demanda uma análise de aspectos do posicionamento geográfico relacionado ao nível populacional e de renda dos residentes de cada região. Ao contrário do que se poderia supor, a simples ampliação da oferta de pontos de fornecimento de medicamentos pode não atender às necessidades da população, principalmente das populações localizadas em territórios com baixa densidade populacional e de níveis de renda.

Em 2004, o então presidente Luís Ignácio Lula da Silva, cumprindo compromisso de campanha eleitoral (MARQUES, 2007), criou uma estrutura paralela à provisão pública de medicamentos básicos, realizada, através do SUS, nas Unidades Básicas de Saúde – UBS. Trata-se do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) que, inicialmente, funcionou com unidades próprias e geridas pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (PFPB/RP) e, posteriormente, em 2006, foi ampliado a partir do credenciamento de estabelecimentos privados e renomeado para “Aqui Tem Farmácia Popular”, doravante denominado PFPB/RC. O objetivo dessas ampliações foi expandir para a classe média, possuidora de planos de saúde privados, os serviços de Assistência Farmacêutica - AF para garantir os tratamentos que muitas vezes não são realizados por falta de condições financeiras (MS, 2004).

A AF no SUS contava, em 2018, com uma rede de atendimento com 37.690 UBS, distribuídas em todo território nacional, enquanto que a rede de estabelecimentos, criada em 2006, possuía 31.108 unidades (MS, 2018). Cabe salientar que, a vertente do PFPB/RP foi finalizada em 2017, permanecendo a vertente PFPB/RC através da qual se inaugurou a parceria público-privada na AF, como será mais bem desenvolvido no artigo.

Assim, nesse contexto, a presente pesquisa quer investigar como se apresenta a distribuição territorial das UBS e dos estabelecimentos do PFPB nas mesorregiões do estado do Rio de Janeiro - ERJ – e a relação desta distribuição com a densidade populacional e os níveis de renda.

A hipótese desse trabalho é de que a rede de UBS posiciona-se de forma mais espalhada nas mesorregiões do ERJ e que a rede de estabelecimentos do PFPB/RC apresenta-se concentrada em regiões com maior densidade populacional e renda média *per capita*. Esta seria a situação ideal de complementaridade entre as ações públicas e privadas.

Além dessa introdução, o artigo está estruturado em três seções. A primeira apresenta o referencial teórico e metodológico sobre Políticas Públicas e AF. Na segunda seção, as escalas territoriais da AF nas mesorregiões do ERJ e sua relação com o volume populacional e a renda serão apresentadas e, por fim, na quarta seção, serão feitas as considerações finais do trabalho.

3 Desde o início a saúde privada teve um papel relevante nas ações de saúde e com a criação do SUS ela passou a ter um papel de complementaridade nas ações.

4 O termo demanda efetiva corresponde à demanda associada à disponibilidade de renda.

1. Referencial Teórico e Metodológico

A metodologia adotada para esse artigo é uma avaliação aplicada à formulação da Política Pública de AF, uma política em constante evolução, voltada a dispensação de medicamentos básicos. Parte-se do entendimento de que o atual estágio da AF, no Brasil, decorre do aperfeiçoamento, no tempo, das ações que resultaram na criação do SUS e do PFPB, denotando que a Política Pública vigente é resultado de um processo histórico cumulativo promovido pelas instituições em cada momento.

Para o entendimento dessa Política foi realizada uma revisão bibliográfica pertinente às ações de Políticas Públicas de AF no Brasil. Essa pesquisa foi realizada nas bases de pesquisa do Scielo, dos Periódicos CAPES, dos repositórios virtuais de Universidades e do Google Acadêmico. Os seguintes termos de busca foram utilizados: “Sistema Único de Saúde”, “SUS”, “Assistência Farmacêutica”, “Programa Farmácia Popular do Brasil” e “Aqui Tem Farmácia Popular”.

Para avaliação da capilaridade dos Programas de AF nas mesorregiões do ERJ foram utilizados os seguintes procedimentos: a correlação, intensidade ou o grau de associação existente entre a variável “x”, dada pela (i) quantidade de UBS e (ii) estabelecimentos credenciados do PFPB, e a variável “y” dada pela (iii) população de uma região/área e (iv) renda média per capita.

O Índice de Correlação Linear (ICL) pode ser classificado como: (i) positivo: quando uma das variáveis aumenta numericamente e a outra variável, em média, também aumenta; (ii) negativo: quando uma das variáveis decresce numericamente e a outra, em média, também decresce e (iii) nulo: quando os pontos estiverem dispersos, sem definição de direção, sendo então, são ditas como não correlacionadas.

Os coeficientes obtidos foram interpretados quanto a sua intensidade conforme a Tabela 1:

TABELA 1 - Interpretação do Índice de Correlação

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

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

Os dados de georeferenciamento foram obtidos diretamente dos sítios eletrônicos de órgãos governamentais como: Ministério da Saúde (MS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Portal Brasileiro de Dados Abertos (PBDA) e o Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-sic), através da Lei de Acesso a Informação - LAI⁵.

A informação referente à renda média per capita das regiões do país foi obtida do IBGE (2010), Censo Demográfico, que considerou o rendimento nominal mensal das pessoas de 10 anos ou mais de idade. Já a renda média per capita dos municípios foi obtida do DATASUS (2010), que, com base nos dados do Censo Demográfico (2010), gerou as informações considerando como renda domiciliar *per capita* a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio, em reais, dividida pelo número de seus moradores (DATASUS, 2010). O período observado limitou-se ao exercício de 2018, sendo essa a mais recente delimitação geográfica disponibilizada nos órgãos de fomento de dados.

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

Para a construção dos mapas com a localização dos estabelecimentos das UBS e do PFPB/RC foi utilizado o software QGIS⁶. As camadas, contendo informações de conteúdo analítico (ARCHELA; THÉRY, 2008) para construção dos mapas das mesorregiões do ERJ foram obtidas no site Forest-GIS (2018) e as coordenadas geográficas das UBS e dos estabelecimentos do PFPB/RC foram obtidas no PBDA (2018). O posicionamento dos estabelecimentos, que compõe esse estudo, no mapa deriva da informação referente às suas coordenadas geográficas⁷, composta pela Latitude⁸ e Longitude⁹, cuja combinação permite a localização exata em qualquer ponto no Globo Terrestre.

2. Políticas Públicas e Assistência Farmacêutica Brasileira

O conceito de Políticas Públicas é amplo e foi exposto por diversos autores, tais como: Easton (1953), Hecló (1972), Jenkins (1978), Wildavsky (1979) e Hill e Ham (1993). O entendimento básico é de que, se trata de uma área de estudo voltada a análise de situações e tomada de decisões por parte do Estado. Assim, sua operação ocorre através de um sistema que objetiva, por meio de ações corretivas, modificar uma realidade, inadequada ou indesejável, percebida na sociedade (DAGNINO, 2002; SARAIVA, 2007; RUA; ROMANINI, 2013; RODRIGUES; SANTOS, 2017).

O papel do Estado no capitalismo é controverso (RIBEIRO; RIBEIRO; SANTOS, 2017). Porém, a ausência das ações do Estado acaba por gerar outras falhas como distribuição de renda, desigualdades regionais e estagnação e a recessão em diversas economias que desencadeiam uma crise no estado de bem estar-social (VICENTE, 2009), daí a sua importância na sociedade capitalista. Por outro lado, a participação de grupos da sociedade, representados por suas instituições¹⁰, na construção de Políticas Públicas é também fundamental, pois esses manifestam seus interesses como forma de forçar a composição da uma agenda e a estruturação de arranjos institucionais. São os anseios desses grupos que permitem o atendimento de demandas sociais e econômicas (FIANI, 2011, *apud* SILIANSKY, HASENCLEVER e PEIXOTO, 2018). É a participação das instituições que possibilitam a redução das incertezas e fornecem os pilares de uma estrutura social estável que auxiliam no sucesso da implementação das Políticas Públicas (NORTH, 1991). A seguir apresentam-se os principais fatos históricos da AF brasileira que ajudarão a compreender a formulação atual da Política de AF.

2.1. Assistência Farmacêutica no Brasil

Inicialmente, cabe destacar que, a construção da AF, no Brasil, foi intensificada a partir de 1971, com a criação da Central de Medicamentos (Ceme), na gestão do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS e, posteriormente, com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, a partir de 1974, e, a partir de 1990, com as ações do SUS e do PFPB, em 2004¹¹.

No Brasil, pode-se pensar, efetivamente, a Política Pública de AF com a seguinte periodização (i) de 1971 até 1997, através da Ceme, (ii) a partir de 1990, por meio do SUS, através das UBS e

6 Sistema de Informação Geográfica (SIG) de Código Aberto, que permite a criação de mapas com várias camadas usando diferentes projeções de camadas (OSGF, 2018)

7 Cabe mencionar a constatação de inconsistências referente às coordenadas geográficas de diversos estabelecimentos do PFPB/RC. Para essas situações, foi realizada uma pesquisa no "Google Mapas" com o endereço cadastrado no arquivo e sendo esse endereço identificado, a informação da coordenada geográfica do estabelecimento foi corrigida.

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

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

10 Partidos Políticos, Movimentos Sociais, Sindicatos, Mídia, Políticos, Administração Pública, ONGs, Parlamento, Sindicatos, Organizações Políticas e Sociais, Presidente, Ministro, Governador, Prefeito, Empresas Privadas, Especialistas, etc. (DEUBEL, 2008).

11 Uma revisão histórica completa da AF brasileira pode ser acessada em Manhães (2019).

(iii) desde 2004 com o PFPB. A observação do atual momento da AF denota um caráter histórico cumulativo em relação ao pêndulo do papel do Estado e da iniciativa privada na operação dessas ações e dos distintos tipos, parcerias estratégicas e vínculos.

A AF tem como finalidade melhorar acesso e uso racional de medicamentos para uma determinada população (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014; SANTOS e SOARES, 2018) e estrutura-se de forma sequencial, podendo ser prejudicado por uma falha em uma das etapas, resultando em ruptura no seu ciclo de operação e, conseqüentemente, com interrupção na dispensação do medicamento à população (CONASS, 2007).

Sendo um sistema constituído de várias etapas¹² ele não se limita à logística de dispensação de medicamentos (PORTELA et al, 2010), é uma atividade multidisciplinar, que exige a articulação permanente entre as áreas técnicas, administrativas, financeiras, Conselhos de Saúde, entidades de classe, universidades e fornecedores, para sua execução. Envolve as três esferas de gestão do SUS (União, estados e municípios) que devem estabelecer e manter comunicação permanente com as demais instituições do sistema de saúde (MS, 2006).

As ações da AF, em seu nível básico de atenção, visam melhorar o acesso aos medicamentos básicos. Esse talvez seja o desafio mais complexo para os agentes dos setores público e privado, quando esses atuam complementarmente na AF, pois possui uma complexidade derivada do fato de que existem muitos fatores definidores do nível de acesso da população, como o financiamento, logística e acesso geográfico (OMS, 2004). Assis e Jesus (2012) mostram que a garantia desse acesso é complexa e depende de várias condições para que a ação surta resultados, além da existência da demanda e oferta de medicamentos.

Neste artigo irá se observar a capilaridade territorial dos estabelecimentos de dispensação de medicamentos básicos e a relação de localização com o nível populacional e a renda média. Outros fatores como a disponibilidade do medicamento e o seu preço, no caso da distribuição privada, bem como a sua aceitação não serão objeto deste artigo.

No âmbito do SUS, a AF foi inicialmente realizada através dos Postos de Saúde e posteriormente pelas Unidades Básicas de Saúde – UBS. Em 2004, sobre a gestão da Fiocruz, implementa-se o PFPB com unidades próprias. Essa vertente do PFPB foi mantida até 2017¹³. A partir de 2006, já sob a administração direta do MS, programa-se a vertente do PFPB que delega à iniciativa privada parte da estrutura de dispensação de medicamentos, utilizando o credenciamento de farmácias da rede de varejo.

2.1.1. Assistência Farmacêutica no SUS

A instituição da Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF¹⁴ (2004) visava induzir ações para o adequado acesso a medicamentos, inovação, evolução industrial e aperfeiçoamento dos recursos humanos, assegurando que as ações do SUS de acesso aos medicamentos garantissem uma cobertura populacional e equidade na AF (OPAS, 2005; MS, 2018).

A PNAF possui vários eixos de ação priorizando: (i) a intersetorialidade, estimulando o desenvolvimento capacitacional humano, científico e tecnológico com parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia, (ii) a integralidade, no sentido de garantir o acesso de qualidade para população às ações de AF, (iii) a promoção do uso racional de medicamentos, através da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como instrumento de orientação de prescrição médica e (iv) a descentralização das ações, na observação das prioridades regionais (PASQUETTI; JUNGES, 2011).

12 Seleção de medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação.

13 Extinta através da portaria nº 1.630/17 do MS.

14 Resolução MS nº 338/04.

O SUS é gerenciado pelo MS e compõem a sua estrutura governamental com secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde. Essas compõem conselhos e comissões de saúde, com funções participativas e deliberativas, nos quais são definidas questões pertinentes às Políticas Públicas de saúde.

No contexto do SUS, a AF deverá ser prestada pelos três entes federados com atribuições e responsabilidades específicas. Luiza *et al* (2018) apresentam, na Tabela 2, as esferas responsáveis pela execução do ciclo aplicado ao componente básico da AF, bem como suas atribuições. Pode-se observar que a maior parte das atribuições cabe aos municípios.

TABELA 2 - Responsabilidades Federativas pela Execução do Componente Básico da AF.

Componente	União	Estados	Municípios
Financiamento	•	•	•
Seleção	•		•
Aquisição			•
Prescrição	•	•	•
Programação			•
Armazenamento			•
Distribuição			•
Dispensação			•

Fonte: Elaboração própria com base em Luiza *et al* (2018).

Somente o financiamento e a prescrição cabem aos três níveis da federação. A União participa da seleção definindo os protocolos de tratamento, mas é o município que irá ou não selecionar o medicamento de acordo com as necessidades de saúde locais.

A AF ambulatorial prevista no SUS é realizada nas UBS. Em cada uma delas deveria haver uma farmácia para atendimento ao público no que tange a dispensação de medicamentos com atendimento integral ao paciente. Porém, a instalação de uma farmácia na UBS dependerá se no município esse serviço não seja realizado de forma centralizada (LEITE *et al*, 2017).

2.1.2. Assistência Farmacêutica no Programa Farmácia Popular do Brasil

O público alvo do PFPB é a população com faixa de renda entre quatro e dez salários mínimos que utilizam prestadores de serviços privados e planos coletivos de saúde. Estão incluídos no programa, portanto, os cidadãos detentores de renda, porém, que não conseguiam adquirir os medicamentos através da rede privada de farmácias e drogarias (COSTA; SOUZA, 2010).

No PFPB todos os pacientes que apresentem receitas oriundas da rede pública devem, obrigatoriamente, ser informados sobre o direito a gratuidade do medicamento na rede de UBS, e somente depois de informados sobre essa opção e havendo a opção pelo PFPB, se efetivaria a dispensação (MS, 2004).

Conforme já mencionado, o PFPB foi, inicialmente, implementado através de uma vertente pública, essa gerenciada pela Fiocruz, com unidades próprias e inaugurando o formato de co-pagamento, com abastecimento, *a priori*, realizado através de laboratórios públicos e, quando necessário, por laboratórios privados. Sendo a Fiocruz responsável por adquirir, estocar e distribuir os medicamentos,

O intuito do PFPB/RP era de formatar um modelo de AF que oferecesse serviços que fossem além da simples dispensação de medicamentos e estando funcionando adequadamente, esse formato seria disseminado, através de convênios, para estados, municípios e instituições

filantrópicas, sendo a administração passada para essas instituições (MENEUCCI, 2011). Essa vertente do PFPB foi extinta em 2017, tendo apresentado reduzida capilaridade territorial e volume de dispensação.

Em 2006 foi instituído o PFPB/RC, caracterizado pela parceria com setor varejista farmacêutico privado gerenciado diretamente pelo MS. Este, através do cumprimento de trâmites e exigências por parte dos estabelecimentos privados interessados, concedia o credenciamento para o provisionamento de medicamentos básicos a população (SILVA; CAETANO, 2015).

Essa vertente, resultado de uma parceria-público-privado, na qual foi mantido o formato de copagamento, proporcionou maior capilaridade territorial devido à dimensão de sua rede de atendimento. Um aspecto problemático dessa vertente é que por não possuir limitação ou teto orçamentário, *a priori*, por ocorrer por cobertura da demanda dos medicamentos dispensados aos usuários, o planejamento orçamentário por parte do MS é fragilizado.

A implementação do PFPB/RC deve-se a vários fatores, podendo-se destacar: (i) o fato do PFPB/RC ter observado dificuldades na expansão da rede nas regiões do país *vis-à-vis* aos elevados custos de implantação e manutenção; (ii) a observância de que a rede privada possui maior capilaridade; (iii) a condição de que os custos fixos e operacionais já estariam cobertos pela receita oriunda da atividade comercial de venda de medicamentos e outros produtos existentes na rede de farmácias privadas e (iv) a *expertise* logística da rede privada (FRENKEL, 2008).

O arranjo de provisionamento do PFPB opera com a modalidade de copagamento como mecanismo de financiamento. Essa forma de fomento, conceitualmente, é um instrumento através do qual o usuário arca com parcela do valor do medicamento e o Estado subsidia a maior parte (VIANNA; PIOLA; REIS, 1998; MS, 2006).

O copagamento é um mecanismo de financiamento com a participação do usuário e tem diversas finalidades dependendo do propósito que a Política Pública almeje atingir. Pode ser, por exemplo, utilizado como minimizador de uso não racional do consumo de medicamentos, na medida em que ao demandar desembolso do usuário, esse não estará propenso a fazê-lo desnecessariamente mediante gasto próprio; outra finalidade pode ser amenizar o desembolso de recursos públicos para o financiamento da AF (SANTOS-PINTO, 2014). A partir de 2011, o governo cria o Programa Saúde não Tem Preço que introduz gratuidade para medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos no PFPB.

3. Escala Territorial e Renda na provisão de medicamentos básicos nas mesorregiões do estado do Rio de Janeiro.

A capilaridade territorial que compõe as redes de dispensação de medicamentos básicos no SUS via UBS, e no PFPB/RC, que é percebida pela abrangência territorial que cada um desses arranjos de provisionamento possui em determinada região, pois esse aspecto define o alcance da população e o foco da dispensação.

A dispersão territorial de uma Política Pública, no caso de AF, em um país ou região é importante, pois quanto maior essa for maior será a população atendida. O ERJ é composto por 92 municípios, agrupados em seis mesorregiões, com uma população total estimada de 16.720 mil (IBGE, 2017), distribuídos em 43.780 mil km², significando uma densidade demográfica de 365,2 hab/km², seu território detém a segunda renda média *per capita* do país, sendo essa de R\$ 1.396,88 (IBGE, 2010). É um estado de significativa heterogeneidade populacional e de renda *per capita* entre seus municípios. A região possui uma rede de provisionamento de medicamentos básicos com 1.825 UBS e 1.897 estabelecimentos credenciados pelo PFPB/RC.

A presença das UBS, nas mesorregiões do ERJ, em relação à população residente e a renda média *per capita* podem ser verificadas na Tabela 3.

TABELA 3 - Relação População e UBS por mesorregião do estado do Rio de Janeiro

Mesorregião	Municípios com UBS		Unidades (2018)		% Pop	Renda Média per capita (R\$)
	Municípios	%	UBS	% Total		
Baixadas	10	10,9%	139	7,6%	4,9%	625,55
Centro	16	17,4%	166	9,1%	2,9%	567,02
Metropolitana	30	32,6%	939	51,5%	78,0%	643,62
Noroeste	13	14,1%	125	6,8%	1,9%	546,61
Norte	9	9,8%	182	10,0%	5,5%	550,28
Sul	14	15,2%	274	15,0%	6,7%	636,04
Total	92	100,0%	1.825	100,0%	100,0%	-

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IBGE (população e municípios/2017), DATASUS (renda/2010) e MS (PFPB/UBS/2018).

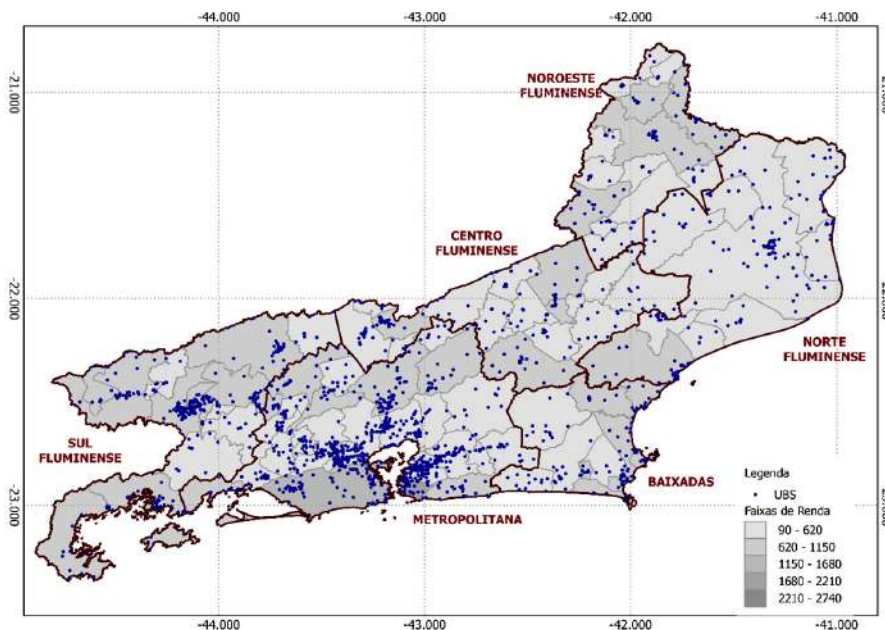
Todos os municípios que compõem as mesorregiões do ERJ possuem UBS, sendo a maior proporção de unidades se encontra na mesorregião Metropolitana com 939 estabelecimentos (51,5%), atendendo a 78,0% da população do ERJ. Essa mesorregião é a que possui a renda média per capita mais elevada no ERJ. Em seguida percebe-se a mesorregião Sul, com 274 UBS (15,0%), assistindo a 6,7% da população do ERJ. As outras quatro mesorregiões absorvem 612 UBS (33,5%), voltadas para a atenção de 15,3% dos residentes do ERJ.

A mesorregião Metropolitana apresenta a maior relação de disponibilidade de UBS por habitante no ERJ, com 13.881 hab/UBS, seguida pela mesorregião das Baixadas com 5.904 hab/UBS, sendo a mesorregião Noroeste a que possui a melhor relação habitante por UBS com 2.606 hab/UBS. A dispersão das UBS nas mesorregiões do ERJ pode ser observada no Mapa 1.

A partir do Mapa 1, pode-se perceber regiões de concentração de UBS no território das mesorregiões do ERJ. No Noroeste do ERJ a concentração ocorre nas cidades de Itaperuna (21), Santo Antônio de Pádua (21) e Bom Jesus do Itabapoana (19). No Norte Fluminense essa está em Campos dos Goytacazes (69), Macaé (37) e São Francisco de Itabapoana (19).

No Centro Fluminense, com menos intensidade, a centralização ocorre nas cidades de Três Rios (22) e Nova Friburgo (18), nas Baixadas em Cabo Frio (32), São Pedro da Aldeia (22) e Araruama (16). Na mesorregião Metropolitana no Rio de Janeiro (179), São Gonçalo (129 UBS) e Duque de Caxias (83). Já na mesorregião Sul Fluminense a concentração ocorre em Volta Redonda (48), Barra Mansa (43) e Angra dos Reis (43).

MAPA 1 - Distribuição das UBS nas mesorregiões do estado do Rio de Janeiro



Fonte: Elaboração própria base nos dados do IBGE (2017), PBDA (2018) e Forest-Gis (2018).

Uma explicação para a concentração nessas cidades pauta-se no fato de que a instalação de uma UBS depende dos interesses dos agentes políticos municipais, que são os responsáveis por sua implementação e visam o ganho político, tendendo assim, a promover a instalação nos locais onde houver maior população.

A Tabela 4 apresenta o ICL relacionando as UBS nas mesorregiões do ERJ com: (i) população e (ii) renda média *per capita*.

TABELA 4 - Índice de Correlação Linear das UBS por mesorregiões do estado do Rio de Janeiro

Correlação N° Unidades		População		Renda Média <i>per capita</i>
Baixadas	0,8017	Positiva Forte	-0,0088	Negativa Ínfima
Centro Fluminense	0,6325	Positiva Moderada	0,5315	Positiva Moderada
Metropolitana	0,8422	Positiva Forte	0,4077	Positiva Fraca
Noroeste Fluminense	0,8068	Positiva Forte	0,6309	Positiva Moderada
Norte Fluminense	0,9874	Positiva Forte	0,4774	Positiva Fraca
Sul Fluminense	0,9712	Positiva Forte	0,6965	Positiva Moderada

Fonte: Elaboração própria com dados do IBGE (população/2017), DATASUS (renda/2010) e MS (UBS/2018).

Nas seis mesorregiões percebe-se uma significativa correlação entre o número de UBS com a população residente, excetuando-se o Centro Fluminense. Quanto à relação entre número de UBS e renda média *per capita*, as mesorregiões posicionam-se como tendo uma correlação ínfima, fraca e moderada.

A Tabela 5 apresenta a capilaridade territorial da rede de dispensação de medicamentos básicos nos estabelecimentos credenciados do PFPB/RC nas mesorregiões do ERJ.

TABELA 5 - Relação População e PFPB/RC por mesorregião do estado do Rio de Janeiro

Mesorregião	Municípios			Farmácias (2018)		% Pop.	Renda Média <i>per capita</i> (R\$)		
	Sem PFPB/RC	Com PFPB/RC	Total	Unid.	% Total				
Baixadas	0	0,0%	10	11,1%	10	95	5,0	4,9	625,55
Centro	0	0,0%	16	17,8%	16	85	4,5	2,9	567,02
Metropolitana	1	50,0%	29	32,2%	30	1.373	72,4	78,0	643,62
Noroeste	0	0,0%	13	14,4%	13	117	6,2	1,9	546,61
Norte	0	0,0%	9	10,0%	9	99	5,2	5,5	550,28
Sul	1	50,0%	13	14,4%	14	128	6,7	6,7	636,04
Total	2	100,0%	90	100,0%	92	1.897	100,0	100,0	-

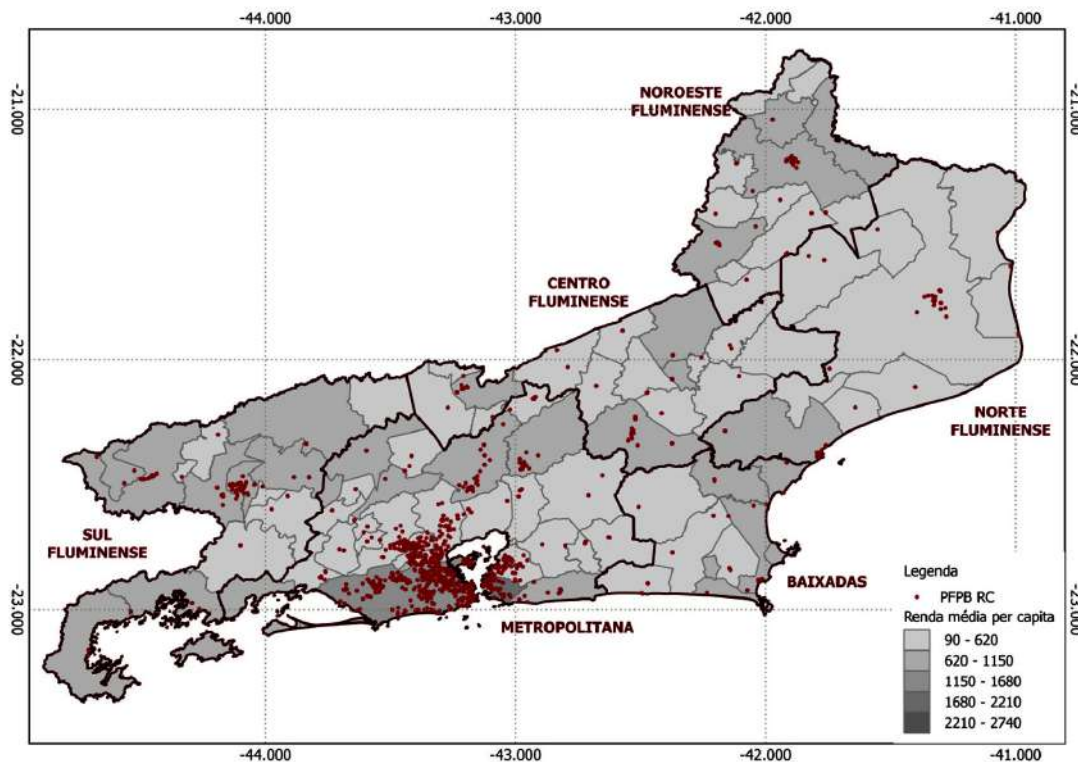
Fonte: Elaboração própria com dados do IBGE (população e municípios/2017), DATASUS (renda/2010) e MS (PFPB/2018).

Com exceção de dois municípios¹⁵, que compõem as mesorregiões do ERJ, todas as demais localidades possuem estabelecimentos credenciados do PFPB/RC, que se distribuem com 1.897 farmácias em 90 municípios, sendo a maior quantidade percebida na mesorregião Metropolitana com 1.373 estabelecimentos (72,4%), seguida da mesorregião Sul, com 128 unidades do PFPB/RC (6,7%). As outras quatro mesorregiões totalizam 396 estabelecimentos do PFPB/RC (20,9).

A dispersão das unidades do PFPB/RC nas mesorregiões do ERJ pode ser observada no Mapa 2.

15 Mangaratiba e Santa Maria Madalena.

MAPA 2 - Distribuição das unidades do PFPB/RC nas Mesorregiões do estado do Rio de Janeiro



Fonte: IBGE (2017), PBDA (2018) e Forest-Gis (2018) – Elaboração Própria.

O PFPB/RC se estrutura com um elevado nível de concentração dos estabelecimentos em algumas cidades das mesorregiões do ERJ. Na mesorregião do Noroeste a concentração ocorre nas cidades de Itaperuna (43), Miracema (14) e Bom Jesus do Itabapoana e Santo Antônio de Pádua (11). No Norte Fluminense essa está em Campos dos Goytacazes (49), Macaé (16) e São Fidélis (14).

No Centro Fluminense, com menos intensidade, a centralização ocorre na cidade de Nova Friburgo (23). Na mesorregião Metropolitana nas cidades do Rio de Janeiro (710), Niterói (100) e São Gonçalo (88). Já na mesorregião Sul Fluminense a concentração ocorre em Volta Redonda (46), Barra Mansa (18) e Resende (15).

Comparando os Mapa 1 e Mapa 2, percebe-se que as UBS apresentam um espraiamento territorial mais significativo nas mesorregiões do ERJ, enquanto que, essa distribuição é mínima e mais concentrada no que se refere os estabelecimentos do PFPB/RC. A semelhança entre a localização dos dois tipos de estabelecimento é uma maior concentração em algumas cidades mais populosas, que no caso das farmácias, diferente das UBS, se justifica pela obtenção de um maior volume de vendas nessas cidades.

Esse cenário de distribuição das UBS e farmácias do PFPB/RC não é complementar, visto que, percebe-se, em determinadas cidades das mesorregiões do ERJ, a sobreposição de unidades de cada rede de atendimento voltado ao provisãoamento de medicamentos básicos.

Quanto à correlação entre quantidade de estabelecimentos do PFPB/RC x população x renda média *per capita* das mesorregiões do ERJ, verifica-se que todas as correlações são positivas. A Tabela 6 apresenta o ICL relacionando os estabelecimentos do PFPB/RC nas mesorregiões do ERJ com: (i) a população e (ii) a renda média *per capita*.

TABELA 6 - Índice de Correlação Linear do PFPB/RC por mesorregiões do estado do Rio de Janeiro

Correlação N° Unidades		População		Renda Média <i>per capita</i>
Baixadas	0,8515	Positiva Forte	0,2429	Positiva Fraca
Centro Fluminense	0,9347	Positiva Forte	0,8983	Positiva Forte
Metropolitana	0,9949	Positiva Forte	0,5446	Positiva Moderada
Noroeste Fluminense	0,9765	Positiva Forte	0,4949	Positiva Fraca
Norte Fluminense	0,9543	Positiva Forte	0,3407	Positiva Fraca
Sul Fluminense	0,8763	Positiva Forte	0,7956	Positiva Moderada

Fonte: Elaboração própria com dados do IBGE (população/2017), DATASUS (renda/2010) e MS (PFPB/2018).

Todas as regiões possuem uma correlação entre o número de estabelecimentos credenciados e população positiva e maior que 0,8515, o que as classifica como tendo forte relação entre as variáveis. A correlação apresentada entre o número de PFPB/RC e renda média *per capita*, é positiva e, maior que 0,2429, possuindo uma correlação fraca entre os fatores, para as regiões Baixadas, Noroeste Fluminense e Sul Fluminense.

Quanto à correlação entre número de estabelecimentos credenciados e a renda nas mesorregiões do ERJ ela é também positiva, mas somente positiva forte para a região Centro Fluminense, positiva moderada para as regiões Metropolitana e Sul Fluminense e positiva fraca para Baixadas, Noroeste Fluminense e Norte Fluminense.

Considerações finais

A construção da política de AF no Brasil decorreu de um processo evolutivo histórico, com diferentes focos de preocupação e populações a serem atendidas. O olhar deste artigo foi para o ano de 2004, quando é criado o PFPB. Como visto, esse Programa se propôs à ampliação da distribuição de medicamentos por meio de um canal paralelo ao SUS e, em 2006, por intermédio da iniciativa privada para uma parcela da população de renda média, que apesar de ter plano de saúde, não dispunha de recursos para financiar os tratamentos. O PFPB/RP buscou organizar por meio de um novo arranjo a AF e reforçar seu caráter público sem extinguir a AF praticada no SUS. Entretanto, essa iniciativa foi enfraquecida com a implementação do PFPB/RC (2006), quando a AF passa a ser um arranjo de parceria público-privada. Este resultado foi também observado por Bahia (2017), quando a autora afirma que o aumento da cobertura para medicamentos foi feito com certa independência do SUS e fragmentou a rede assistencial em termos de populações alvo.

Desta forma, a dispensação de medicamentos básicos, em 2018, estava estruturada em dois arranjos institucionais: um alicerçado na estrutura pública, através do provisionamento realizado pelo SUS, via UBS e outro arranjo estruturado pela rede privada de farmácias, com copagamento, exceto para os medicamentos de diabetes, hipertensão e doenças respiratórias, pautado na lógica privada de atuação e de busca de resultados.

A principal contribuição do artigo, ainda que limitada em seu escopo, foi revelar se a atuação do Estado, por meio da formulação do PFPB, esta tendo um desempenho adequado de AF nas mesorregiões do ERJ. Para tanto foram analisados os parâmetros da distribuição territorial dos dois arranjos de AF para provisão de medicamentos básicos e a sua correlação com o nível de população e a renda média nessas regiões.

Assim, quanto à distribuição territorial das UBS e dos estabelecimentos do PFPB/RC, a análise permitiu perceber que as UBS possuem uma dispersão territorial maior (Mapa 1) do que a distribuição dos estabelecimentos do PFPB/RC (Mapa 2) nas mesorregiões do ERJ. Neste sentido, a distribuição das UBS cumpre melhor o papel de cobertura da assistência farmacêutica. Entretanto, em ambos os arranjos observou-se uma maior concentração de unidades nas cidades mais populosas, o que pode estar indicando uma sobreposição indesejada da localização das unidades de dispensação,

mostrando a ausência de complementaridade entre os dois arranjos. Este resultado foi também observado por Luiza *et al.* (2018) ao afirmarem que os dois arranjos não têm uma articulação definida entre eles e uma grande superposição de usuários.

A correlação existente entre a instalação de uma UBS ou credenciamento de um estabelecimento farmacêutico privado com a densidade populacional ou com a renda média *per capita* dessa população se mostrou: (i) previsível no caso das UBS no âmbito das mesorregiões do ERJ, possuindo uma forte correlação com a densidade populacional, e (ii) com forte, fraca ou moderada correlação, no credenciamento dos estabelecimentos do PFPB/RC em relação a variável renda média per capita, sendo esse um resultado não esperado, considerando a lógica do setor privado.

Assim a hipótese formulada inicialmente para esse artigo, de que a rede de UBS posiciona-se de forma mais espalhada nas mesorregiões do ERJ e que a rede do PFPB/RC apresenta-se concentrada, essa se confirma em parte. Se a lógica de implementação pública, voltada à atenção social foi confirmada, a lógica privada voltada a obtenção de retornos de capital mostrou-se menos evidente. De fato, observa-se a maior presença dos pontos de dispensação na mesorregião Metropolitana, que possui a maior renda média *per capita* do ERJ, sendo essa presença mais marcante na rede de estabelecimentos privados do PFPB/RC nas mesorregiões do ERJ. Já nas demais mesorregiões percebe-se uma maior presença de UBS (886 unidades) em relação aos estabelecimentos do PFPB/RC (524 unidades). Essa diferença representa uma vantagem de 169,1% a favor das UBS, fortalecendo a confirmação da primeira parte da hipótese.

Como pesquisa futura, no contexto do Programa de AF analisado, propõe-se discutir formas de definir previamente o credenciamento de atividades privadas, que venham a firmar parceria com a ação pública, de modo a se evitar ou amenizar contextos de sobreposição de unidades. Seria também importante a avaliação qualitativa do atendimento fornecido nas UBS e nas farmácias privadas em termos dos serviços de assistência farmacêutica e satisfação dos usuários.

Referências Bibliográficas

- ARCHELA, Rosely Sampaio; THÉRY, Hervé. Orientação metodológica para construção e leitura de mapas temáticos. *Confins*, França, p.2-21, 23 jun. 2008.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo de; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de Saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p.2865-2875, 2012.
- BAHIA, Lígia. A saúde nos governos petistas: políticas públicas antagônicas. *In: Maringoni, G. e Medeiros, J (orgs). Cinco Mil dias de Lulismo: o Brasil na era do lulismo*. São Paulo: Boitempo/Fundação Lauro Campos, 2017, pp. 221-228.
- BARBETTA, P. Estatísticas Aplicadas às Ciências Sociais. 7. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2007. 315 p.
- BOING, Alexandra Crispim *et al.* Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p.691-701, abr. 2013.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Brasília: Congresso Nacional.
- CONASS (Org.). Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: Conass, 2007. 186 p. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS.
- COSTA, Iris do Céu Clara; SOUZA, Georgia Costa de Araújo. Saúde Soc. são paulo. O Sus nos Seus 20 Anos: Reflexões Num Contexto de Mudanças, São Paulo, v. 19, n. 3, p.509-517, 2010.
- DAGNINO, Renato. Metodologia de análise de políticas Públicas. Campinas: Unicamp, 2002. Disponível em: <<http://www.oei.es/salactsi/rdagnino1.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

- DATASUS. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2018.
- DEUBEL, André-noel Roth. Perspectivas teóricas para el análisis de las Políticas Públicas: ¿de la razón científica al arte re. *Estudios Políticos*, Medellín, v. 33, p.67-91, 2008. Semestral.
- FOREST GIS. Forest Gis. Disponível em: <<http://www.forest-gis.com/>>. Acesso em: 18 jun. 2018.
- FRENKEL, Jacob. Programas de acesso aos medicamentos: ações diretas do governo e/ou mecanismos de mercado. In: GADELHA, Carlos Augusto *et al.* Saúde e indústria farmacêutica em debate. São Paulo: Cubzac, 2008. p. 123-141. FEBRAFARMA - Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica..
- GOOGLE (Org.). Google Mapas: Disponível em: <<https://maps.google.com.br/maps?hl=pt-PT>>. Acesso em: 20 set. 2018.
- HOGERZEIL, Hans V.; MIRZA, Zafar. The world medicines situation 2011: access to essential medicines as part of the right to health. World Health Organization, Geneva, p.1-14, dez. 2011. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js18772en/>>. Acesso em: 15 mar. 2018.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Comp.). Censo demográfico: 2010. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 13 fev. 2018.
- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2016. 2016. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada 2017. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/panorama>>. Acesso em: 15 mar. 2018.
- LEITE, Silvana Nair *et al.* Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. *Revista de Saúde Pública*, Florianópolis, v. 2, n. 51, p.364-373, 17 jan. 2017.
- LUIZA, Vera Lucia *et al.* Fortalezas e Desafios dos modelos de provisão e financiamento de medicamentos. In: HASENCLEVER, Lia *et al* (Org.). Vulnerabilidades do Complexo Industrial da Saúde. Rio de Janeiro: E-papers, 2018. Cap. 7. p. 213-252.
- MARQUES, José Elias Domingos Costa. Na busca dos novos líderes: compreendendo o surgimento de candidatos à disputa política pela ótica do neo-institucionalismo da escolha racional. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais: CSOn-line*, Santa Catarina, v. 1, n. 1, p.130-151, fev. 2007. Mensal.
- MENECUCCI, Telma Maria Gonçalves. A Política de saúde no governo Lula. *Saude e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p.522-532, abr. 2011. Trimestral.
- MS. Manual Farmácia Popular do Brasil - Rede própria. Brasília: MS, 2004. 76p.
- MS. Programa Aqui Tem Farmácia Popular. 2006. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular/sobre-o-programa>>. Acesso em: 09 fev. 2018.
- MS. Assistência Farmacêutica. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/470-sctie-ra>>. Acesso em: 29 set. 2018.
- MS. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/component/tags/tag/daf>>. Acesso em: 25 abr. 2018.
- NORTH, D.C. Institutions. *Journal of Economic Perspectives*, Pittsburgh (USA), 1991, v. 5, n. 1, p. 97-112.
- OMS. Equitable Access to essential medicines: a framework for collective action: 2004. Un, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 12 mar. 2018.
- OPAS. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: Opas, 2005. 260 p.

- OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa et al (Org.). *Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 469 p.
- OSGF - Open Source Geospatial Foundation. QGIS - Quantum Sistema de Informação Geográfica. 2018. Disponível em: <https://www.qgis.org/pt_BR/site>. Acesso em: 05 jun. 2018.
- PASQUETTI, Carolina Vedana; JUNGES, Fernanda. *O Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil: evolução da legislação e o seu contexto histórico*. 2011. 20 f. Monografia (Especialização) - Curso de Farmácia, Coordenação de Pós-graduação *Lato Sensu* - Cpgls, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2011.
- PBDA. Portal Brasileiro de dados abertos. 2018. Disponível em: <<http://dados.gov.br/dataset/unidades-basicas-de-saude-ubs>>. Acesso em: 15 mar. 2018.
- PORTELA *et al.* Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, Campinas Grande, v. 1, n. 31, p.9-14, 24 abr. 2010.
- REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. *Unasus-unifesp*, São Paulo, v. 0, n. 0, p.1-18, fev. 2012.
- RIBEIRO, Elizabeth Matos; RIBEIRO, Monica Matos; SANTOS, Reginaldo Souza. *Administração pública contemporânea e as singularidades brasileiras*. 2. ed. Salvador: Ufb, 2017. 85 p.
- RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares (Org.). *Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências*. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. 224 p.
- RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. *Para aprender Políticas Públicas*. Brasília: Instituto de Gestão, Economia e Políticas Públicas, 2013.
- SANTOS, Rosana Isabel dos; SOARES, Luciano (Org.). *Saúde e Cidadania*. In: Rosana Isabel dos Santos et al (Florianópolis) (Org.). *Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica*. Florianópolis: UFSC, 2018. Cap. 2. p. 59-112.
- SANTOS-PINTO, C., Copagamento como Ampliação do Acesso a Medicamentos: Programa Farmácia Popular do Brasil. In: Osório-de-castro, Claudia Garcia Serpa *et al.* *Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Cap. 24. p. 355-362.
- SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Org.). *Políticas públicas*. Brasília: Enap, 2007. p. 21-42.
- SILIANSKY, Maria de Fátima; HASENCLEVER, Lia; PEIXOTO, André Luis Almeida. Arranjos institucionais em serviços dependentes de equipamentos para diagnóstico e terapêutica de doenças cardiovasculares: um estudo sobre as regiões Norte e Noroeste do estado do Rio de Janeiro. In: HASENCLEVER, Lia *et al.* *Vulnerabilidades do Complexo Industrial da Saúde*. Rio de Janeiro: E-papers, 2018. p. 253-276.
- SILVA, Rondineli Mendes; CAETANO, Rosângela. Programa: caracterização e evolução entre 2004-2012. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 20, n. 10, p.2943-2956, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO).
- STF. *Constituição da República Federativa do Brasil 1988*. Brasília, Df: Supremo Tribunal Federal, 2017. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.
- VIANNA, Solon Magalhães; PIOLA, Sérgio Francisco; REIS, Carlos Octávio Ocké. *Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do copagamento*. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, v. 1, n. 17, p.106-171, 1998.
- VICENTE, Maximiliano Martin (Org.). *A crise do Estado de bem-estar social e a globalização: um balanço*. São Paulo: Editora Unesp, 2009.