

TEXTO PARA DISCUSSÃO

2734

**MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA
ATENÇÃO AMBULATORIAL: UMA
ANÁLISE COMPARADA**

FABIOLA SULPINO VIEIRA



**MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA
ATENÇÃO AMBULATORIAL: UMA
ANÁLISE COMPARADA**

FABIOLA SULPINO VIEIRA¹

1. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea. *E-mail*: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>.

Governo Federal

Ministério da Economia
Ministro Paulo Guedes

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
CARLOS VON DOELLINGER

Diretor de Desenvolvimento Institucional
MANOEL RODRIGUES JUNIOR

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**
FLÁVIA DE HOLANDA SCHMIDT

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
JOSÉ RONALDO DE CASTRO SOUZA JÚNIOR

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
NILO LUIZ SACCARO JÚNIOR

**Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de
Inovação e Infraestrutura**
ANDRÉ TORTATO RAUEN

Diretora de Estudos e Políticas Sociais
LENITA MARIA TURCHI

**Diretor de Estudos e Relações Econômicas e
Políticas Internacionais**
IVAN TIAGO MACHADO OLIVEIRA

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação
ANDRÉ REIS DINIZ

OUVIDORIA: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>
URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2022

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica
Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1. Brasil. 2. Aspectos Econômicos. 3. Aspectos Sociais.
I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).
Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

JEL: I1.

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2734>

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	7
3 MÉTODOS	15
4 RESULTADOS	29
5 DISCUSSÃO	55
REFERÊNCIAS.....	62

SINOPSE

O objetivo deste texto é identificar distintos modelos de organização da assistência farmacêutica (AF) na atenção ambulatorial e fatores que influenciam essa organização. Para tanto, realizou-se uma análise comparada das formas de organização adotadas por 25 países, partindo-se do modelo teórico proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) sobre os fatores que influenciam a sua organização. Para a caracterização dos modelos, elaborou-se um quadro que sumariza as relações entre as principais funções a serem executadas e as estruturas, as políticas e os processos comumente empregados pelos países. Dois fatores que influenciam os modelos foram examinados por serem considerados mais relevantes e pela disponibilidade de informações, a política de saúde e o financiamento. Analisou-se também a relação entre a celebração de acordo de cooperação com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a implementação de um modelo específico. Documentos e dados públicos foram utilizados para elaborar a descrição da organização da AF de cada país. Essas descrições foram processadas com o suporte do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq), possibilitando a identificação de três modelos distintos de organização da AF. Uma análise de regressão logística foi realizada com o uso do *software* RStudio, encontrando-se como variável preditora de um dos modelos a renda nacional *per capita* em dólares por paridade do poder de compra (PPC). Conclui-se que há semelhanças na execução pelos países de várias funções relacionadas à AF. Contudo, diferenças relacionadas ao financiamento dos medicamentos, à gestão do componente logístico da AF e à dispensação de medicamentos geram os três modelos identificados, sendo a renda do país um relevante fator de determinação da adoção de um ou outro modelo.

Palavras-chave: assistência farmacêutica; sistemas de saúde; modelos organizacionais; cooperação internacional.

ABSTRACT

The objective of this text is to identify different models of organization of pharmaceutical services (PS) in outpatient care and factors that influence this organization. A comparative analysis of the forms of PS organization in outpatient care adopted by 25 countries was carried out. To do so, the theoretical model proposed by the Pan American Health Organization (Paho) was based on the factors that influence its organization. For the characterization of the models, a table was elaborated that summarizes the relations between the main functions to be performed and the structures, policies and processes commonly used by the countries. Two factors that influence the models were investigated for being considered more relevant and for the availability of information, health policy and financing. The relationship between having a cooperation agreement with the World Health Organization (WHO) and the implementation of a specific model was also analyzed. Public documents and data were used to prepare the description of the PS organization in each country. These descriptions were processed with the support of the Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq) software, enabling the identification of three different models of PS organization. A logistic regression analysis was performed using the RStudio software, finding as a predictor variable of one of the models the national *per capita* income in dollars per purchasing power parity (PPP). It is concluded that there are similarities in the execution by countries of various functions related to PS. However, differences related to the financing of medicines, the management of the logistics and the dispensation of medicines generate the three identified models, with the country's income being a relevant factor in determining the adoption of one of them.

Keywords: pharmaceutical services; health systems; organizational models; international cooperation.

1 INTRODUÇÃO

A maioria das causas de desconforto, incapacidade e morte prematura pode ser prevenida, tratada ou aliviada com o uso de medicamentos essenciais,¹ custo-efetivos, o que faz com que esses produtos sejam globalmente reconhecidos como instrumentos que salvam vidas e que melhoram a saúde individual e coletiva (MSH, 2012). Isso posto, o acesso a medicamentos é considerado um componente basilar do direito de cada indivíduo de obter o mais alto nível de saúde possível e, portanto, um direito humano fundamental, cuja garantia traz importantes responsabilidades aos governos em todo o mundo (United Nations, 2009).

Para que o acesso da população a medicamentos se concretize e que seu uso seja racional,² faz-se necessária a realização de um conjunto de ações e de serviços no campo da saúde, que foi denominado assistência farmacêutica (AF) (OPS, 1990; Paho, 2011; Brasil, 2001; 2004). Considerando a experiência de países europeus (Panteli *et al.*, 2016) e a brasileira (Vieira, Marques e Jeremias, 2014), observam-se semelhanças e diferenças na implementação de ações e serviços nesta área em seus sistemas de serviços de saúde, especialmente na atenção ambulatorial. Ainda que as políticas farmacêuticas³ e os mecanismos existentes e implementados pelos governos para atuação nesse setor estejam descritos em manuais (Quick *et al.*, 1997; MSH, 2012), não se identificaram na literatura especializada estudos que comparem essas políticas e mecanismos e que proponham alguma sistematização desse conteúdo, visando à identificação de formas ou modelos de organização da AF.

De acordo com Paim (2008), no geral, quando nos referimos, no campo científico, a um modelo estamos tratando de uma representação simplificada da realidade, e buscamos descrever e destacar suas principais características. Para o autor, a partir da experiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se diferenciar dois tipos de modelo: o modelo assistencial, que diz respeito ao conteúdo do sistema de serviços, ou seja, às ações; e o modelo organizacional-gerencial de

1. Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de saúde da população e que são selecionados considerando sua relevância para a saúde pública e evidências sobre sua eficácia, segurança e custo-efetividade (WHO, 2003).

2. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o uso racional de medicamentos como aquele que “requer que os pacientes recebam o medicamento apropriado para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado, e ao menor custo para eles e sua comunidade” (WHO, 2002, p. 1, tradução nossa).

3. Políticas farmacêuticas constituem ações e medidas implementadas pelos governos que expressam e priorizam metas a médio e longo prazo para o setor farmacêutico, abrangendo tanto o setor público quanto o privado (WHO, 2001).

serviços de saúde, que está relacionado à estrutura desse sistema de serviços. Ele define os modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais como “combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas” (Paim, 2008, p. 554), mas não conceitua, detalhadamente, o modelo organizacional-gerencial. É possível, a partir de sua explanação, contudo, dizer que esse modelo trata de arranjos gerenciais e formas de organização dos serviços para o alcance dos objetivos do sistema de saúde.

Assim, como contribuição para uma compreensão mais ampla sobre como se organiza a AF em diferentes contextos nacionais, este texto tem por objetivo identificar distintos modelos de organização da AF na atenção ambulatorial e fatores que influenciam essa organização.

Este trabalho contempla, além desta introdução, na seção 2, a apresentação do referencial teórico que o embasa, com destaque para o conceito de AF e para os fundamentos teóricos dos estudos comparativos sobre a organização de serviços de saúde. Na terceira seção, consta o detalhamento dos métodos utilizados. Na seção 4, encontram-se os resultados, organizados em subseções a fim de se apresentar o tipo do sistema de serviços de saúde e algumas características socioeconômicas dos países analisados, as características gerais da AF desses países, os modelos de organização da AF na atenção ambulatorial identificados e alguns fatores associados a esses modelos. Optou-se por realizar a discussão dos achados em seção separada dos resultados, dada a densidade das informações produzidas. Assim, a realização da discussão, na quinta seção, permite estabelecer um diálogo mais claro sobre esses resultados e a literatura especializada sobre a AF.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 AF

Nos sistemas de saúde, um relevante conjunto de serviços se relaciona com a garantia de acesso dos pacientes a medicamentos, bem como ao uso racional desses produtos. No âmbito da discussão sobre Sistemas Locais de Saúde, promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em 1989, eles foram denominados serviços farmacêuticos, sendo definidos da seguinte forma:

os serviços farmacêuticos são parte integrante dos serviços e programas de saúde e representam um processo que inclui o fornecimento de medicamentos em cada uma das etapas constituintes; a manutenção e o controle de qualidade; a segurança e a efetividade terapêutica dos medicamentos; o seguimento e a avaliação da utilização; a obtenção e a divulgação de informação sobre os medicamentos; e a educação permanente dos demais membros da equipe de

saúde, do paciente e da comunidade para garantir o uso racional dos medicamentos (OPS, 1990, p. 30, tradução nossa).

No Brasil, os serviços farmacêuticos são designados pelo termo assistência farmacêutica, cuja primeira definição no âmbito do SUS foi apresentada na Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde (Brasil, 2001, p. 34):

grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.

Nota-se que essa definição de AF é basicamente a mesma para o termo serviços farmacêuticos, que foi aprovado em oficina realizada pela Opas quase dez anos antes da implantação da PNM. Ainda que ela seja muito abrangente, não foi bem aceita por alguns especialistas da área no país. A crítica principal era de que ela coloca o medicamento como foco da atenção dos serviços ao invés dos próprios usuários desses serviços. Por essa razão, em 2004, a definição foi revista e uma nova foi publicada com a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Brasil, 2004):

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

Embora nessa nova definição sejam mencionadas apenas ações, os serviços também estão incluídos. No campo da saúde, faz-se, geralmente, uma distinção entre ações e serviços. Estes últimos podem ser entendidos como produtos do trabalho realizado pelos profissionais que atuam nos estabelecimentos de saúde, ou em outras estruturas do sistema de saúde, para atendimento a uma demanda individual. Embora estejam voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde

da população como um todo, sua prestação é feita para cada usuário individualmente. São exemplos de serviços de saúde: a consulta médica ou de enfermagem, a vacinação, a dispensação de medicamentos e a realização de exames diversos. Já as ações de saúde são iniciativas mais abrangentes, que podem se dar em diversos campos de atuação do sistema de saúde, servindo de exemplos, neste caso, as ações de vigilância em saúde e de educação em saúde. O destinatário final é a população, não sendo possível individualizar o beneficiário.

Considerando-se essas noções de ações e de serviços de saúde, fica mais clara a opção por utilizar apenas a palavra ações na definição de AF, uma vez que a maioria das atividades descritas não é realizada com o envolvimento direto dos usuários. Há certa contradição, contudo, em se defender maior centralidade das atividades de AF nos usuários e não abordar enfaticamente os serviços, mesmo após a difusão mundial do conceito de atenção farmacêutica, com base no trabalho de Hepler e Strand (1990, p. 539), que a definiram como

a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente, os quais envolvem a cura da doença, a eliminação ou redução dos sintomas, a interrupção ou o retardamento do processo da doença e a prevenção da doença ou dos sintomas.

Quanto às atividades mencionadas na definição de AF da PNAF, observe-se, a seguir, a descrição das principais e o encadeamento lógico do processo para que o medicamento chegue até o paciente. A seleção é o processo de escolha de medicamentos, tendo em vista a elaboração de uma relação de medicamentos essenciais. A programação consiste de um conjunto de atividades que têm por objetivo determinar as necessidades de medicamentos que foram selecionados no processo anterior, para garantir o acesso da população em quantidade e qualidade. Depois da definição do quanto é necessário para determinado período, a etapa de aquisição compreende as atividades de compra dos medicamentos. Após a entrega pelos fornecedores, os medicamentos são armazenados. A etapa de armazenamento diz respeito às operações necessárias para garantir a qualidade, protegendo os medicamentos contra os riscos de alterações físico-químicas e biológicas durante sua estocagem, que é feita em uma central de abastecimento farmacêutico. A atividade seguinte é a de distribuição, na qual os medicamentos são distribuídos para as farmácias que, por sua vez, realizam a dispensação aos pacientes após a apresentação da prescrição. A prescrição é feita pelos profissionais autorizados em cada país, geralmente por médicos e cirurgiões-dentistas (Quick *et al.*, 1997).

De uma perspectiva mais operacional, essas atividades são divididas em dois componentes básicos: o técnico-científico, que engloba a seleção e a utilização de medicamentos (prescrição e

dispensação); e o logístico, que inclui a programação, aquisição, armazenamento e distribuição (Brasil, 2006). Por serem atividades realizadas de forma sequencial, como visto anteriormente, e por produzirem informações que retroalimentam todas as etapas necessárias para que os medicamentos cheguem até os seus usuários e para que o seu uso seja racional, esse conjunto de operações foi designado ciclo da AF (Marin *et al.*, 2003).

Ainda em relação à seleção de medicamentos, nas últimas décadas, houve evolução na ideia que deu origem a esse processo. Com o avanço da pesquisa em saúde e do desenvolvimento de várias alternativas para diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças, surge o conceito de avaliação de tecnologias em saúde (ATS). A ATS consiste em um processo de sistematização das informações disponíveis a respeito dos benefícios, riscos, custos e impactos das tecnologias em saúde⁴ para a sociedade, dos pontos de vista da ética e da equidade. Ela é conduzida para subsidiar a tomada de decisão sobre a incorporação e a desincorporação de tecnologias no sistema do setor (Silva, Silva e Elias, 2010). Como se pode notar, ambos os termos, seleção e ATS, tratam do processo de escolha de produtos para disponibilização no sistema de saúde. A diferença se refere ao fato de que o termo seleção ficou muito vinculado aos medicamentos em si e o termo ATS está associado a diversas tecnologias da área, inclusive os próprios medicamentos.

Outro conceito que ganhou destaque também nas últimas décadas se relaciona com uma mudança na atuação dos farmacêuticos, a favor de maior exercício da prática clínica farmacêutica. Com a disseminação da atenção farmacêutica, já definida anteriormente, e a publicação de vários documentos discutindo o papel dos farmacêuticos na realização de ações e serviços de saúde, essa profissão ganhou certo destaque, abrindo-se a possibilidade de maior inserção dos serviços prestados por esses profissionais no sistema de saúde (Vieira, 2007). A esse respeito, mais recentemente, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) listou uma série de serviços prestados por farmacêuticos para atender às necessidades de saúde do paciente, da família e da comunidade, conforme a seguir descrito.

- 1) Rastreamento em saúde: “serviço que possibilita a identificação provável de doença ou condição de saúde, em pessoas assintomáticas ou sob risco de desenvolvê-las, pela realização de procedimentos, exames ou aplicação de instrumentos de entrevista validados, com subsequente orientação e encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde para diagnóstico e tratamento” (CFF, 2016, p. 77).

4. Tecnologias em saúde são medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais (Brasil, 2010).

TEXTO para DISCUSSÃO

- 2) Educação em saúde: “serviço que compreende diferentes estratégias educativas, as quais integram os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos” (CFF, 2016, p. 79).
- 3) Manejo de problemas de saúde autolimitados:⁵ “serviço pelo qual o farmacêutico acolhe uma demanda relativa a problema de saúde autolimitado, identifica a necessidade de saúde, prescreve e orienta quanto a medidas não farmacológicas, medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica, e, quando necessário, encaminha o paciente a outro profissional ou serviço de saúde” (CFF, 2016, p. 82).
- 4) Dispensação: “serviço proporcionado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, a entrega de medicamentos e de outros produtos para a saúde ao paciente ou ao cuidador, a orientação sobre seu uso adequado e seguro, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados” (CFF, 2016, p. 80).
- 5) Monitorização terapêutica de medicamentos: “serviço que compreende a mensuração e a interpretação dos níveis séricos de fármacos, com o objetivo de determinar as doses individualizadas necessárias para a obtenção de concentrações plasmáticas efetivas e seguras” (CFF, 2016, p. 83).
- 6) Conciliação de medicamentos: “serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração e frequência de uso, duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras” (CFF, 2016, p. 84).
- 7) Revisão da farmacoterapia: “serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recursos” (CFF, 2016, p. 85-86).
- 8) Gestão da condição de saúde: “serviço pelo qual se realiza o gerenciamento de determinada condição de saúde, já estabelecida, ou de fator de risco, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado” (CFF, 2016, p. 87).

5. O CFF adotou o termo problemas de saúde autolimitados como equivalente ao termo sintomas autorreconhecidos, utilizado pela OMS, que, como o próprio nome diz, envolve a identificação de sintomas pelas pessoas que os vivenciam (CFF, 2015).

- 9) Acompanhamento farmacoterapêutico: “serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia” (CFF, 2016, p. 88).

Esses serviços integram a AF e são considerados relevantes para a promoção do uso racional de medicamentos. Implicam maior atenção ao cuidado do paciente e, portanto, que o foco da AF não esteja concentrado no gerenciamento da disponibilidade dos medicamentos, ainda que a disponibilidade desses produtos seja elemento fundamental do cuidado à saúde. A esse respeito, em documento de 2011, a Opas reforçou a necessidade de reorientação da AF para foco nos usuários ao tratar dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde:

conjunto de ações no sistema de saúde que busca garantir uma atenção integral, integrada e contínua para atender às necessidades e problemas de saúde da população, tanto individual quanto coletiva, tendo os medicamentos como um dos elementos essenciais e contribuindo para o seu acesso equitativo e uso racional nas unidades de saúde (Paho, 2011, p. 25).

Sobre o uso do termo assistência farmacêutica no Brasil, outra questão importante a ser destacada é que, na discussão sobre o financiamento do SUS, ele é utilizado para designar um conjunto de despesas que, majoritariamente, são realizadas com medicamentos. A Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, do Ministério da Saúde, estabeleceu entre os Blocos de Financiamento do SUS o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, com três componentes: básico, estratégico e especializado.⁶ Os blocos de financiamento já não existem, mas os componentes da AF foram mantidos (Brasil, 2017). Assim, na discussão sobre financiamento, as despesas apresentadas como sendo em AF dizem respeito essencialmente a medicamentos (bens) e não a ações e serviços. Isso gera uma certa confusão na tradução dos termos da língua portuguesa para a inglesa, pois, no Brasil, os gastos em medicamentos (que são chamados em inglês de *pharmaceutical spending* ou *pharmaceutical expenditure*) são comumente chamados de gastos em assistência farmacêutica, sendo a assistência farmacêutica traduzida como *pharmaceutical services*.

Neste texto, o conceito de AF adotado é o constante da PNAF (Brasil, 2004), o qual está em consonância ao utilizado pela Opas, serviços farmacêuticos (OPS, 1990; Paho, 2011), ambos apresentados anteriormente. Em resumo, a AF abrange ações e serviços destinados a garantir o acesso da população a medicamentos e seu uso racional. Para tanto, diversas funções precisam ser

6. Para a definição de cada componente, ver Vieira (2018).

realizadas, tais como a regulação econômica do mercado, o financiamento dos medicamentos, a seleção/incorporação e a gestão do componente logístico da AF, o que envolve a programação, a aquisição, o armazenamento e a distribuição desses produtos. Essas funções, entre outras, constituem as categorias analíticas que embasam a análise dos modelos de organização da AF e são apresentadas detalhadamente na seção 3. Na subseção que segue, apresenta-se o referencial teórico relativo aos estudos sobre a organização de serviços de saúde.

2.2 Estudos comparados sobre a organização de serviços de saúde

Os estudos que comparam a organização de sistemas de serviços e de sistemas de saúde têm por objetivo compreender melhor as semelhanças, diferenças e relações entre fenômenos que caracterizam cada modelo (Conill *et al.*, 1991). Segundo Conill (2006), os sistemas de saúde são sistemas sociais abrangentes e resultantes de interação complexa de vários fatores e ações relativos aos ambientes cultural, social, político, econômico e tecnológico de cada país. Os sistemas de serviços de saúde, por sua vez, são menos abrangentes e se diferenciam pelo grau de cobertura, fontes de financiamento, grau de integração entre financiadores e prestadores, propriedade dos serviços e formas de remuneração e de regulação dos profissionais.

No campo da saúde, os estudos comparativos geralmente se referem aos sistemas de serviços de saúde e têm sido empregados como um meio importante para se conhecer a estrutura e a dinâmica dos distintos sistemas, sendo utilizados como elementos de análise a alocação dos recursos, a prestação dos serviços, o financiamento, a gestão, as condições socioeconômicas dos países e as características sociopolíticas desses sistemas (Roemer, 1980).

Esses estudos podem ser agrupados nas seguintes categorias: i) análises da situação e monitoramento de tendências, nos quais se empregam indicadores, geralmente para produzir relatórios anuais; ii) estudos descritivos comparando reformas ou estratégias de organização de serviços; iii) pesquisas avaliativas sobre formas de financiamento, regulação, organização e prestação de serviços; iv) análises críticas sobre a influência de grupos de interesse nas reformas realizadas na América Latina, bem como sobre seu impacto para a equidade em saúde; e v) estudos destinados à informação de processos de conformação de blocos geopolíticos e econômicos (Conill, 2011).

Quanto aos estudos descritivos, que classificam e explicam os sistemas de serviços de saúde a partir de sua estrutura e funcionamento, a corrente teórica predominante é a funcionalista. De acordo com esta corrente, a conformação dos sistemas é explicada por fatores como a geografia, características demográficas, nível de desenvolvimento econômico, decisões políticas, história e cultura de cada país (Conill *et al.*, 1991).

A sociologia funcionalista se desenvolveu no século XIX, especialmente a partir das contribuições do sociólogo francês Émile Durkheim. Nessa corrente teórica, a sociedade é vista como um organismo vivo, que funciona a partir da execução de funções específicas pelas partes que a compõem. Para estudar a sociedade, seria preciso identificar essas partes, analisar as funções que exercem, bem como as causas dos distintos arranjos que assumem em termos de estrutura e função. A sociologia funcionalista foi e permanece bastante influente nos estudos organizacionais, mesmo com o surgimento de outras abordagens teóricas (Cabral, 2004).

Sob a perspectiva funcionalista, a teoria da contingência estrutural (TCE) é hegemônica nos estudos organizacionais recentes (Paula, 2015). A TCE estabelece que a estrutura mais efetiva de uma organização varia de acordo com determinados fatores, não havendo uma única estrutura ótima. A estrutura é compreendida como um conjunto recorrente de relacionamentos entre membros da organização, como relações de autoridade e de subordinação, comportamentos requeridos e padrões adotados na tomada de decisão. Quanto aos fatores, eles são ditos contingenciais, podendo ser internos e externos, e constituem reflexos da influência do ambiente em que a organização está inserida, sendo exemplos a estratégia, o tamanho da organização e a incerteza com relação às tarefas e à tecnologia (Donaldson, 1998).

Segundo a TCE, a estrutura organizacional é moldada para que a organização alcance funcionamento efetivo em determinada situação. Como a estrutura se ajusta ao que há de contingente, tem-se como resultado variações na estrutura organizacional. Para a identificação dos fatores contingenciais aos quais cada aspecto da estrutura precisa se adequar, faz-se necessária a construção de modelos teóricos de adequação entre fatores contingenciais e estruturais, bem como a realização de testes com o uso de dados empíricos para a comparação das diferentes organizações com seus fatores contingenciais e estruturais (Donaldson, 1998).

Ainda que se reconheça a incompletude cognitiva da abordagem funcionalista para o desenvolvimento do conhecimento no campo dos estudos organizacionais (Paula, 2015), e que se sinalize para a riqueza da adoção de distintas correntes teóricas, a exemplo do materialismo histórico, para que o foco não seja apenas na funcionalidade, mas também na determinação econômica nos estudos na área da saúde (Conill *et al.*, 1991), a perspectiva funcionalista, especificamente, por meio da contribuição da TCE, pode ser valiosa para a compreensão, de forma mais abrangente, da organização de um conjunto de serviços específicos no âmbito dos sistemas de serviços de saúde. Seu aporte teórico possibilita a elaboração de um quadro descritivo e explicativo mais amplo sobre as semelhanças e diferenças entre distintos modelos de organização das ações e serviços em áreas da saúde para as quais as análises são poucas ou inexistentes, como é o caso da AF, mesmo que esse quadro seja incompleto. Trata-se de uma aproximação à identificação de distintos modelos e à compreensão dos fatores que determinaram a sua

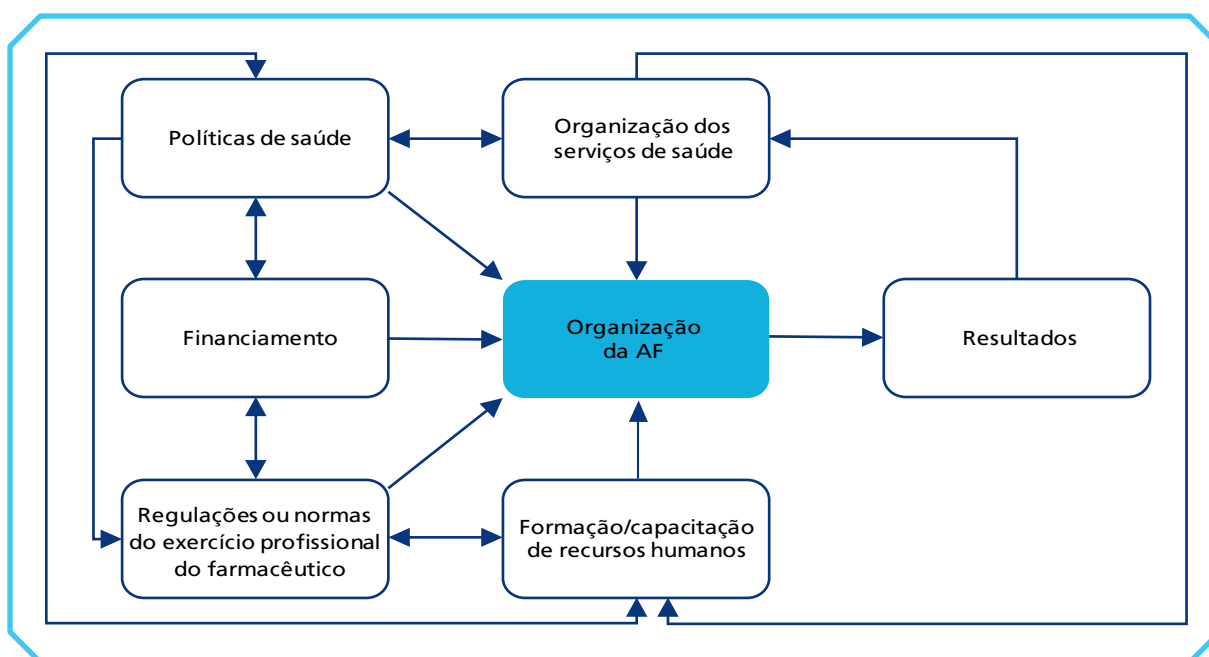
implementação, o que foi feito neste trabalho. Essa compreensão pode ser enriquecida futuramente com a realização de estudos que adotem outras abordagens teóricas.

3 MÉTODOS

Para a realização da análise comparada dos modelos de organização da AF na atenção ambulatorial adotados por países selecionados, partiu-se do modelo teórico proposto pela Opas sobre os fatores que influenciam essa organização (figura 1). Segundo a Opas, a organização dos serviços de saúde, as políticas de saúde, o financiamento, as regulações ou normas que regem o exercício profissional do farmacêutico, em geral e especialmente em nível institucional, assim como a formação e a capacitação dos recursos humanos, são fatores condicionantes que se inter-relacionam e atuam diretamente sobre a organização da AF (OPS, 1990).

FIGURA 1

Fatores que influenciam a organização da AF



Fonte: OPS (1990, p. 44).

Considerando-se os preceitos da TCE, pode-se assumir que os fatores explicitados na figura 1 são fatores contingenciais que explicam variações na organização da AF (na sua estrutura), produzindo modelos distintos de organização das ações e dos serviços que visam garantir o acesso da população coberta (total ou parcial) a medicamentos.

Outro fator que parece importante é a existência de acordos de cooperação entre a OMS e os países para temas relacionados à AF, pela capacidade dessa agência de induzir o modelo de organização da AF. Manuais sobre o assunto que contaram com o suporte da OMS prescrevem aos países uma forma de organização das ações e serviços nessa área que se caracteriza pela gestão estatal de praticamente todas as atividades (Quick *et al.*, 1997; MSH, 2012). Dessa forma, a cooperação com a OMS pode ser investigada para se avaliar se ela constitui também um fator contingencial para a organização da AF.

Assim, levando em consideração o modelo teórico proposto pela Opas, orientaram a análise as perguntas destacadas a seguir.

- Como os países organizam a AF em seus sistemas de serviços de saúde?
- É possível identificar modelos distintos de organização da AF?
- Há associação entre um tipo de sistema de serviços de saúde e um modelo específico de organização da AF?
- Que fatores explicariam a adoção de um determinado modelo de organização da AF?
- A disponibilidade de recursos (maior ou menor) para financiar o sistema de serviços de saúde e a oferta de medicamentos se associa a um modelo específico de organização da AF?

Estudos sobre a AF no Brasil que comparam os custos para o Estado da provisão de medicamentos à população dos modelos principais adotados no país, o do gerenciamento total pelo setor público e o do gerenciamento pelo setor privado no âmbito do programa Farmácia Popular do Brasil ajudam a levantar uma hipótese sobre a relação entre um dos fatores contingenciais, o financiamento do SUS, e, conseqüentemente, da oferta de medicamentos, e a organização da AF. A conclusão desses estudos é de que a provisão de medicamentos por meio do Farmácia Popular tem custo mais elevado que aquela realizada totalmente pelo setor público (Silva e Caetano, 2016; Garcia, Guerra Júnior e Acúrcio, 2017).

Com base nesses achados, uma hipótese que se levantou é a de que países de alta renda optam por um modelo de organização da AF em que parte das ações e serviços é terceirizada ao setor privado, e de que a disponibilidade mais limitada de recursos para financiamento do sistema de serviços de saúde e, conseqüentemente, da oferta de medicamentos estaria associada ao modelo de organização da AF gerenciado integralmente pelo Estado.

A estratégia de investigação utilizada neste texto foi a de estudo de caso (Yin, 2005), definindo-se como unidades de análise 25 países: África do Sul, Alemanha, Argentina, Austrália, Brasil, Canadá, Chile, China, Colômbia, Croácia, Eslovênia, Espanha, Estados Unidos, França, Grécia, Holanda, Hungria, Índia, Itália, Japão, México, Portugal, Reino Unido (Inglaterra), Rússia e Turquia. A definição dos casos incluídos na amostra foi por conveniência, buscando-se selecionar países com renda classificada como média a alta e para os quais houvesse acesso relativamente facilitado a documentos que descrevessem seus sistemas de serviços de saúde. Países de baixa renda não foram incluídos devido à escassez de documentos sobre a oferta de serviços de saúde em seus contextos. A baixa disponibilidade de medicamentos essenciais ou a falta de informação a esse respeito, como se constata em documento da OMS que trata do monitoramento das metas do terceiro Objetivo do Desenvolvimento Sustentável, saúde e bem-estar (WHO, 2020), são indícios de que a AF nesses países está organizada de forma ainda muito incipiente.

Para a caracterização dos modelos de organização da AF, elaborou-se o quadro 1, que sumariza as relações entre as principais funções a serem executadas e as estruturas, políticas e processos comumente empregados, referidos em literatura especializada (Quick *et al.*, 1997; MSH, 2012).

QUADRO 1

Funções, estruturas, políticas e processos para a caracterização dos modelos de organização da AF na atenção ambulatorial dos países selecionados

Estruturas organizacionais responsáveis pela execução da função		Políticas/processos ¹	
Funções	Categorias	Denominação	Definição
Regulação econômica do mercado de medicamentos.	Ministério da Saúde ou órgão equivalente em âmbito nacional. Outro ministério ou órgão equivalente em âmbito nacional. Comissão constituída por um conjunto de órgãos de governo. Agência independente.	Controle dos preços do fabricante.	Restringe-se o preço dos medicamentos ao custo de produção acrescido de uma margem de lucro para definição de preços máximos. Reajustes periódicos são autorizados pelo agente regulador.
		Controle do lucro do fabricante.	Estabelece-se um limite para o lucro do fabricante, o qual pode definir o preço de seus medicamentos considerando que o lucro somente pode chegar até este limite.
		Preço de referência interno.	Estabelece-se um preço para um medicamento (por princípio ativo) que se torna referência (<i>benchmark</i>) para todos os medicamentos do mesmo grupo terapêutico, que tenham equivalente eficácia, segurança e resultado. O fabricante pode estabelecer preço mais alto, mas competirá no mercado com produtos vendidos a preços mais baixos.
		Avaliação farmacoeconômica.	Utilizam-se avaliações farmacoeconômicas para revisão dos preços dos medicamentos no mercado.
		Avaliação da eficácia/efetividade comparada.	Avalia-se a eficácia/efetividade do medicamento em comparação a outros medicamentos já disponíveis no mercado nacional para fins de revisão de seu preço de comercialização.
		Comparação internacional (preço de referência externo).	Limita-se o preço de um medicamento ao preço praticado do mesmo produto em uma lista de países definidos como de referência. Pode considerar a média dos preços ou o preço mais baixo para o estabelecimento do preço máximo.
		Eliminação de tarifas e impostos.	Estabelecem-se isenções de tarifas e impostos para reduzir os preços dos medicamentos.
		Margens fixas.	Define-se como margem uma porcentagem fixa sobre o preço-fábrica do medicamento.
Margens digressivas.	Define-se como margem uma porcentagem sobre o preço-fábrica que varia segundo o grupo de medicamentos. Medicamentos mais baratos podem ter uma margem proporcionalmente maior do que os medicamentos mais caros.		

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)		Políticas/processos ¹		
Funções	Estruturas organizacionais responsáveis pela execução da função	Categorias	Denominação	Definição
		Sem regulação econômica do mercado.	-	O governo não regula o mercado de medicamentos.
		Sem copagamento pelos usuários como regra geral do sistema de saúde.	Aquisição de medicamentos pela administração pública. Reembolso às farmácias de 100% do valor de venda dos medicamentos.	Os medicamentos são adquiridos diretamente das indústrias ou distribuidoras pelo sistema de saúde. Os usuários adquirem os medicamentos em farmácias públicas ou privadas, sem desembolso direto, e a unidade responsável do sistema de saúde reembolsa à farmácia o valor de venda do medicamento (reembolso às farmácias de 100% do valor de venda dos medicamentos).
Financiamento dos medicamentos ofertados no sistema de saúde.	Órgãos da administração pública nos âmbitos nacional, regional e/ou local. Unidade organizacional gestora do fundo de recursos no âmbito nacional do seguro social e/ou unidades gestoras dos diversos fundos de recursos do seguro social.	Com copagamento pelos usuários como regra geral do sistema de saúde.	Pagamento pelos usuários de porcentagem variável do preço de venda dos medicamentos. Pagamento pelos usuários de uma taxa de prescrição de medicamentos. Pagamento do preço de venda dos medicamentos, com posterior reembolso pelo sistema de saúde aos usuários de parte do valor pago.	A unidade responsável do sistema reembolsa às farmácias valor previamente estabelecido (geralmente correspondente a uma porcentagem que incide sobre um preço de referência, podendo ser de 100% do preço de referência). Diferenças entre o preço de venda do produto e o valor de reembolso são pagas pelos usuários. Podem existir isenções de pagamento para grupos específicos de pacientes ou de medicamentos, assim como cobertura total pelo sistema de saúde no caso em que o preço de venda coincide com o preço de referência. Contudo, como regra geral, os usuários coparticipam do financiamento dos medicamentos. Os usuários pagam às farmácias uma taxa, que pode ser por prescrição ou para cada medicamento constante na prescrição. Em alguns casos, o sistema de saúde exige apenas o pagamento dessa taxa para a disponibilização dos medicamentos. Contudo, o mais comum é que essa taxa seja somada ao valor relativo ao copagamento pelos usuários para a obtenção dos medicamentos.
				A unidade responsável do sistema de saúde reembolsa aos usuários valor relativo aos medicamentos por eles adquiridos (valor total dos produtos ou parcial).

(Continua)

(Continuação)		Políticas/processos ¹		
Funções	Estruturas organizacionais responsáveis pela execução da função	Categorias	Denominação	Definição
			Preço de referência para estabelecimento de valores de reembolso.	Estabelece-se um preço que se torna referência (<i>benchmark</i>) para todos os medicamentos do mesmo grupo terapêutico, que tenham equivalente eficácia e segurança. Reembolsa-se o preço de referência para a farmácia (total ou parcial) pela dispensação aos usuários. Se o paciente optar por um produto do mesmo grupo porém mais caro, ou se o valor de reembolso for menor que o preço de referência, ele terá de arcar com a diferença.
	Órgãos da administração pública nos âmbitos nacional, regional e/ou local.		Negociação de preços (desconto).	O sistema de saúde utiliza seu poder de compra para negociar os preços de medicamentos. Essa estratégia é geralmente adotada na aquisição de medicamentos ou definição de valor de reembolso de medicamentos protegidos por patentes.
Gestão dos gastos em medicamentos.	Órgão supervisor do sistema de seguro social. Unidade organizacional gestora do fundo de recursos no âmbito nacional do seguro social e/ou unidades gestoras dos diversos fundos de recursos do seguro social.		Comparação internacional (preço de referência externo). Preço máximo admissível para as aquisições públicas ou para reembolso. Avaliação farmacoeconômica.	Leva-se em consideração o preço do medicamento em outros países no estabelecimento de valores de reembolso. Estabelece-se um preço-teto para vendas de medicamentos para o sistema de saúde ou para reembolso pelo sistema. Utilizam-se avaliações farmacoeconômicas nas decisões sobre financiamento dos medicamentos (sobre o valor a ser reembolsado ou pago pelos medicamentos adquiridos).
			Avaliação da eficácia/efetividade comparada.	Avalia-se a eficácia/efetividade do medicamento em comparação a outros medicamentos já disponíveis no mercado nacional para fins de definição de valor de reembolso.
			Congelamento de preços.	Estabelece-se o congelamento de preços para fins de reembolso ou vendas ao sistema de saúde.

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

Estruturas organizacionais responsáveis pela execução da função		Políticas/processos ¹	
Funções	Categorias	Denominação	Definição
Gestão dos gastos em medicamentos.	Órgãos da administração pública nos âmbitos nacional, regional e/ou local.	Teto de gasto.	Estabelece-se teto de gasto com medicamentos para instituições ou profissionais vinculados ao sistema de saúde.
	Órgão supervisor do sistema de seguro social. Unidade organizacional gestora do fundo de recursos no âmbito nacional do seguro social e/ou unidades gestoras dos diversos fundos de recursos do seguro social.	Reembolso de desconto (rebate). Substituição por genéricos. Importação paralela. Controle da prescrição.	Define-se valor ou porcentagem de desconto obrigatório a ser dado pelos fabricantes, distribuidores e farmácias ao sistema de saúde. Neste caso, após a transação, o valor correspondente ao desconto é transferido ao sistema de saúde. Essa modalidade é comum nos países que operam políticas de reembolso de medicamentos dispensados em farmácias privadas. Após a dispensação, fabricantes, distribuidores e/ou farmácias devem transferir ao governo valor correspondente ao desconto estabelecido previamente. A substituição de medicamentos de marca por medicamentos genéricos é permitida ou é obrigatória. Autoriza-se a importação de medicamentos para serem vendidos a preços mais baixos que aqueles do mercado nacional. Estabelece-se mecanismos para limitar a prescrição de medicamentos pelos profissionais habilitados. Uma forma de se fazer isso é a definição de um limite de gasto ou de volume de prescrição por profissional.
Seleção/incorporação dos medicamentos para fins de financiamento pelo sistema de saúde.	Órgãos da administração pública nos âmbitos nacional, regional e/ou local.	Lista positiva.	Estabelece-se uma lista dos medicamentos que são adquiridos ou reembolsados pelo sistema de saúde (total ou parcialmente). Em alguns casos, esta lista pode ser a relação de medicamentos essenciais.
	Órgão supervisor do sistema de seguro social. Unidade organizacional gestora do fundo de recursos no âmbito nacional do seguro social e/ou unidades gestoras dos diversos fundos de recursos do seguro social. Unidades descentralizadas do sistema de saúde.	Lista negativa. Relação nacional de medicamentos essenciais.	Estabelece-se uma lista dos medicamentos que não são reembolsados pelo sistema de saúde. Estabelece-se uma relação de medicamentos essenciais para orientar a produção, a aquisição, a prescrição e a dispensação de medicamentos pelo sistema de saúde. Em alguns casos, a lista é inteiramente financiada pelo sistema e assume o caráter de lista positiva, não apenas de relação norteadora para as políticas farmacêuticas.

(Continua)

(Continuação)		Políticas/processos ¹		
Funções	Estruturas organizacionais responsáveis pela execução da função	Categorias	Denominação	Definição
Gestão do componente logístico da AF (programação, aquisição, armazenamento e distribuição).	Próprias do sistema de saúde (por exemplo, centrais de abastecimento farmacêutico, agências autônomas de abastecimento, sistema de entrega direta e farmácias próprias).	-	-	<p>Unidades organizacionais específicas para a realização da programação e/ou da aquisição de medicamentos.</p> <p>Centrais de abastecimento farmacêutico: unidades responsáveis pelo armazenamento e o controle do estoque de medicamentos. Podem eventualmente realizar a programação e a aquisição de medicamentos.</p> <p>Farmácias próprias: adquirem e gerenciam estoques de medicamentos.</p> <p>Agências autônomas de abastecimento: os medicamentos são adquiridos e distribuídos por uma agência autônoma de abastecimento, que fica sob a supervisão do Ministério da Saúde ou é totalmente independente, para dispensação em farmácias do próprio sistema de saúde.</p> <p>Sistema de entrega direta: trata-se de sistema descentralizado no qual os medicamentos são entregues diretamente pelos fornecedores aos distritos e principais estabelecimentos de saúde. A área responsável pelas compras do sistema de saúde celebra os contratos, mas o sistema não estoca nem distribui os medicamentos.</p>
	Terceirizadas parcialmente (por exemplo, o armazenamento e a distribuição são feitos por empresa especializada).	-	-	<p>Sistema de distribuidor primário (vendedor principal): a área de compras do sistema de saúde firma um contrato com um ou mais distribuidores primários. Os distribuidores primários recebem medicamentos dos grandes fornecedores, estocam e os distribuem aos distritos e principais estabelecimentos de saúde.</p>
	Terceirizadas integralmente (a programação, a aquisição, o armazenamento e a distribuição ficam a cargo de empresas especializadas, por exemplo, distribuidoras e farmácias privadas).	-	-	<p>Distribuidoras e farmácias privadas: as farmácias privadas adquirem os medicamentos de indústrias e distribuidoras e fazem a dispensação aos pacientes.</p>

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

Funções	Estruturas organizacionais responsáveis pela execução da função		Políticas/processos ¹	
	Categorias	Denominação	Definição	
Dispensação de medicamentos.	Farmácias próprias.		Farmácias que integram a estrutura do sistema de saúde dispensam os medicamentos. Geralmente são farmácias públicas.	
	Farmácias privadas.	-	A dispensação dos medicamentos é feita por farmácias privadas, não vinculadas diretamente à estrutura do sistema de saúde. São credenciadas/conveniadas a fim de dispensarem medicamentos aos beneficiários/usuários do sistema de saúde.	
	Farmácias próprias e privadas.		O sistema de saúde conta tanto com as farmácias próprias quanto com as privadas para realizar a dispensação dos medicamentos.	

Elaboração da autora.

Nota: ¹ A descrição das políticas ou processos foi baseada em MSH (2012).

Documentos que descrevem o funcionamento dos sistemas de serviços de saúde foram utilizados como fontes de informação sobre as estruturas, as políticas e os processos relativos à AF, especialmente as revisões da série *Health Systems in Transition*⁷ e uma publicação que trata dos sistemas de serviços de saúde da América do Sul (ISAGS, 2012). Um breve texto padronizado foi elaborado para cada país contendo as características da AF, conforme as categorias de estrutura e políticas/processos para as funções apresentadas no quadro 1.

Os textos foram formulados contendo registros sobre as funções de financiamento dos medicamentos, gestão dos gastos, seleção/incorporação dos medicamentos, gestão do componente logístico da AF e dispensação de medicamentos para a identificação das semelhanças entre os casos. A função de regulação econômica do mercado não foi incluída na análise dos modelos porque se mostrou pouco sensível para a diferenciação dos países. Como se verá mais adiante, no geral, eles adotam várias medidas para controle dos gastos com medicamentos que podem ter incidência direta ou indireta sobre o mercado farmacêutico. Mantiveram-se os registros sobre a execução dessa função porque são importantes para a descrição dos casos, inclusive para evidenciar essa questão aqui apontada. Após a coleta de dados, cada caso foi comparado, categorizando-se os países com base nas semelhanças das estruturas, políticas e processos, o que possibilitou a identificação de distintos meios para a execução das funções, os quais se traduzem em diferentes modelos de organização da AF.

O agrupamento dos países, segundo as semelhanças na realização das funções mencionadas, foi feito com o suporte do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq), versão 0.7 Alpha 2. Trata-se de um *software* livre, baseado em linguagem Python, que utiliza a plataforma estatística do *software* R para realizar análises textuais em graus diversos de complexidade (Camargo e Justo, 2013; Salviati, 2017). O Iramuteq vem sendo amplamente empregado na realização de pesquisas qualitativas na área da saúde. São apontadas como suas vantagens o rigor científico no processo do conteúdo textual, a facilidade de uso e a possibilidade de realizar diferentes análises com suporte gráfico (Souza *et al.*, 2018; Salvador *et al.*, 2018; Vieira, 2019).

Neste trabalho, o *corpus* processado pelo Iramuteq foi constituído por um conjunto de 25 textos, um para cada país da amostra, contemplando informações sobre as seguintes variáveis: tipo de sistema de saúde, categoria de renda do país e existência de cooperação com a OMS. Algumas palavras dos registros que descrevem a AF foram unificadas por subtração para que os termos correspondentes funcionassem como marcadores para a identificação dos distintos modelos de organização, por exemplo: com_copagamento, sem_copagamento,

7. São publicadas revisões sobre o sistema de serviços de saúde de vários países. Os relatórios estão disponíveis em: <<https://bit.ly/3fHxeS1>>. Acesso em: 19 nov. 2020.

farmácias_próprias, farmácias_privadas, lista_positiva, lista_negativa, entre outras. Dessa forma, essas palavras foram tratadas pelo *software* como se fossem uma só.

As análises realizadas com o suporte do Iramuteq são descritas a seguir.

- 1) Análise fatorial de correspondências (AFC), que consiste em uma representação gráfica da relação entre classes e palavras, observando-se as oposições entre classes ou formas.
- 2) Classificação hierárquica descendente (CHD), que consiste na classificação de palavras constantes nos textos pelo método de Reinert, agrupando-as em classes temáticas.⁸ Nessa análise, o Iramuteq realiza o teste do qui-quadrado (χ^2) para medir a associação entre as palavras e sua respectiva classe. A associação é confirmada quando o valor do qui-quadrado é superior a 3,84 e o p -valor, que mede a probabilidade de o teste resultar no valor apresentado em sendo a hipótese nula verdadeira, é inferior a 5% ($p < 0,05$) (Souza *et al.*, 2018).
- 3) Análise de especificidades, que associa os textos às variáveis utilizadas, a partir do cálculo de suas frequências e do valor do teste do qui-quadrado de cada palavra do *corpus* textual, apresentando os resultados em uma representação gráfica.

A partir dos resultados da CHD, foi possível identificar três modelos de organização da AF, sendo que dois deles, por compartilharem maiores semelhanças, foram reagrupados para a obtenção de duas categorias de países: i) a dos que adotam o modelo 1; e ii) a dos que adotam ou o modelo 2 ou o modelo 3.

Para a análise da influência de fatores contingenciais sobre esses modelos, estabeleceram-se dimensões, categorias e indicadores (quadro 2). Dos cinco fatores contingenciais apresentados na figura 1, dois foram investigados por serem considerados mais relevantes e pela disponibilidade de informações: i) a política de saúde, considerando-se o tipo do sistema de serviços de saúde e o compartilhamento dos custos dos medicamentos com os usuários do sistema; e ii) o financiamento, considerando-se a renda, como medida da capacidade de alocação de recursos ao sistema de saúde, e o gasto público em saúde. Adicionalmente, analisou-se a relação entre a celebração de acordo de cooperação com a OMS, por meio de seus escritórios regionais, e a implementação de um modelo específico de organização da AF.

8. Os parâmetros utilizados para a realização da CHD foram: i) classificação simples sobre textos; e ii) número de classes terminais na fase 1 igual a 5. Os demais parâmetros foram mantidos, conforme padrão do *software*. O número de classes terminais determina a quantidade de classes da primeira parte da classificação (Salviati, 2017).

QUADRO 2

Dimensões e categorias para análise da influência dos fatores contingenciais sobre a organização da AF dos países selecionados

Fatores contingenciais		Dimensões e categorias		Informações/indicadores	
Dimensões		Categorias			
	Nome	Definição	Descrição	Fontes	
Política de saúde.	Serviço nacional de saúde.	Financiado por tributos gerais pagos pela população; organização pelo Estado, em nível central ou local; acesso universal pela condição de cidadania ou moradia; e provisão dos serviços exclusivamente pública ou por um <i>mix</i> público-privado.			
	Tipo de sistema de serviços de saúde.	Financiado por contribuição obrigatória dos empregadores e empregados; organização pública ou mista, por meio de fundo único ou múltiplos fundos; o benefício é concedido aos contribuintes do fundo (mas em países ricos a cobertura geralmente é universal); e a provisão dos serviços pode ser pública ou por um <i>mix</i> público-privado.	Documentos que descrevem o sistema de saúde.	Kuschmir, Chorny e Lira (2014), para a tipologia dos sistemas de saúde. Relatórios <i>Health Systems in Transition</i> . Disponível em: < https://bit.ly/3fHxeS1 >.	
	Seguro privado voluntário.	Pagamento direto ao provedor pelo usuário ou financiado por meio de seguro privado voluntário; há diferentes arranjos de seguros privados; acesso depende da capacidade de pagamento; e provisão privada dos serviços.		ISAGS (2012), entre outros documentos.	
	Proteção social na saúde.	Governo ou seguro social de saúde.	Inclui a oferta de bens e serviços de saúde sob a responsabilidade de programas públicos, independentemente das fontes de financiamento.	Porcentagem do total da população coberta pelo governo ou seguro social.	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Disponível em: < https://stats.oecd.org/ >.

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

Fatores contingenciais	Dimensões e categorias		Informações/indicadores	
	Dimensões	Nome	Categorias	Definição
Política de saúde.	Proteção social na saúde.	Seguro privado de saúde.	Compreende os esquemas de seguro de saúde financiados por meio de prêmios privados. No geral, é voluntário. Em alguns casos, contudo, pode ser compulsório (empregados que são obrigados a tê-lo como parte de suas condições de trabalho).	Porcentagem do total da população coberta por seguro privado de saúde. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Disponível em: < https://stats.oecd.org/ >.
	Compartilhamento dos custos dos medicamentos com os usuários.	Com copagamento. Sem copagamento.	Os usuários pagam uma porcentagem do preço dos medicamentos ou um valor fixo na dispensação de medicamentos. Não há desembolso dos usuários para acesso a medicamentos.	Relatórios <i>Health Systems in Transition</i> . Disponível em: < https://bit.ly/3fHxe11 >. ISAGS (2012), entre outros documentos.
Financiamento.	Renda do país.	Baixa renda.	Renda nacional bruta (RNB) <i>per capita</i> menor ou igual a US\$ 995 (valores para 2017).	Categorias de renda em dólares e renda nacional <i>per capita</i> em paridade do poder de compra (PPC) do ano para o qual há informações sobre o gasto em saúde. Banco Mundial. Disponível em: < https://bit.ly/32YX1wg >.
		Baixa-média renda.	RNB <i>per capita</i> entre US\$ 996 e US\$ 3.895 (valores para 2017).	
		Média-alta renda.	RNB <i>per capita</i> entre US\$ 3.896 e US\$ 12.055 (valores para 2017).	
		Alta renda.	RNB <i>per capita</i> igual ou maior que US\$ 12.055 (valores para 2017).	

(Continua)

Fatores contingenciais		Dimensões e categorias			Informações/indicadores	
		Dimensões	Nome	Definição	Descrição	Fontes
Financiamento.	Gasto em saúde.	Governo e seguro social (esquemas compulsórios).	Inclui todos os esquemas que se destinam a assegurar acesso a cuidados de saúde para toda a população, uma grande parte dela ou para pelo menos alguns grupos de indivíduos vulneráveis.	Gasto <i>per capita</i> do governo e dos esquemas compulsórios em dólares por PPC.	OCDE. Disponível em: < https://stats.oecd.org/ >. OMS. Disponível em: < https://apps.who.int/nha/database/ >.	
	Cooperação com a OMS em AF.	Cooperação estabelecida. Ausência de cooperação.	Estabelecimento de cooperação formal com qualquer escritório regional da OMS para a realização de atividades relacionadas à AF (em anos recentes). Inexistência de cooperação formal com qualquer escritório regional da OMS para a realização de atividades relacionadas à AF (em anos recentes).	Documentos sobre a cooperação (Country Cooperation Strategy – CCS).	OMS. Disponível em: < https://bit.ly/33XP94w >; e < https://bit.ly/3qlbxr0 >.	

Elaboração da autora.

O modelo 1 de organização da AF foi considerado como desfecho de interesse para a investigação de variáveis preditoras de sua adoção em uma análise de regressão logística (Dancey, Reidy e Rowe, 2017; Bottle, 2020), sendo consideradas as seguintes variáveis: população do país, renda nacional *per capita* em dólares PPC, categoria da renda nacional *per capita* em dólares PPC acima e abaixo ou igual à mediana, gasto *per capita* em saúde em dólares PPC e existência de cooperação do país com a OMS para as atividades de AF.

Como a renda pode estar correlacionada ao gasto e ao tamanho da população, calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson entre essas variáveis. Também se investigou a associação entre a renda e a cooperação com a OMS, realizando-se o teste do qui-quadrado. Nesse caso, a renda nacional *per capita* em dólares PPC foi convertida em variável categórica, contendo dois grupos: i) o dos países com renda maior que a mediana do conjunto de 25 países; e ii) o daqueles com renda igual ou menor que essa mediana. As análises estatísticas foram realizadas com o suporte do *software* RStudio versão 1.2.1335.

4 RESULTADOS

Os resultados são apresentados nesta seção de acordo com os seguintes subitens: i) tipo de sistema de saúde e algumas características socioeconômicas dos países; ii) características gerais da AF dos países selecionados; iii) modelos de organização da AF identificados; e iv) modelos de organização da AF e variáveis preditoras.

4.1 Tipo de sistema de saúde e algumas características socioeconômicas dos países selecionados

A tabela 1 apresenta características dos 25 países analisados, considerando indicadores a respeito do tipo de sistema de saúde, população, cobertura populacional em saúde, gasto *per capita* do governo e de seguros compulsórios de saúde em dólares PPC, classes de renda e renda nacional *per capita* em dólares PPC.

TABELA 1
Caracterização dos países analisados por tipo de sistema, proteção social, gasto em saúde e renda nacional

Países	Fontes de informação sobre o sistema de saúde e a AF	Tipo de sistema de saúde	População (1 mil habitantes) (2016)	População coberta pelo governo ou seguro social em saúde (%) (2017)	População coberta por seguro privado de saúde (%) (2017)	Gasto per capita do governo e seguros compulsórios de saúde (US\$ PPC) (2017)	Classes de renda em dólares (2017)	Renda nacional per capita (US\$ PPC) (2017)
África do Sul ¹	Boulaugh (2013), WHO (2015; 2016a); Suleman e Gray (2017) e Persaud <i>et al.</i> (2019).	Serviço nacional de saúde (em implantação).	56.015	n.d.	15,7	458,80	Média-alta	12.322,44
Alemanha	Busse e Blümel (2014), Schickert, Thiermann e Pawlak (2014) e WHO (2018a).	Seguro social.	81.915	89,4	34,3	5.080,23	Alta	54.368,29
Argentina	Paho (2012), ISAGS <i>et al.</i> (2012), OPS (2012a), Boslaugh (2013), Vargas-Pelaez <i>et al.</i> (2017), OPS (2017) e Persaud <i>et al.</i> (2019).	Seguro social (com oferta de serviços públicos financiados por tributos gerais).	43.847	n.d.	n.d.	1.390,00	Alta	22.962,35
Austrália	Healy, Sharman e Lokuge (2006), Boslaugh (2013), Paris e Belloni (2014a) e WHO (2015).	Serviço nacional de saúde.	24.126	100,0	54,9	3.131,55	Alta	47.575,82
Brasil	Opas (2007), Paho (2012), Vieira e Zucchi (2013), Vieira, Marques e Jeremias (2014), Luiza <i>et al.</i> (2017), WHO (2018b), Dias, Santos e Pinto (2019) e Persaud <i>et al.</i> (2019).	Serviço nacional de saúde.	207.653	100,0	n.d.	562,22	Média-alta	14.248,31

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)	Fontes de informação sobre o sistema de saúde e a AF	Tipo de sistema de saúde	População (1 mil habitantes) (2016)	População coberta pelo governo ou seguro social em saúde (%) (2017)	População coberta por seguro privado de saúde (%) (2017)	Gasto per capita do governo e seguros compulsórios de saúde (US\$ PPC) (2017)	Classes de renda em dólares (2017)	Renda nacional per capita (US\$ PPC) (2017)
Países	Paris e Docteur (2006), Marchildon (2013), Paris e Belloni (2014b), WHO (2015) e Patented Medicine Prices Review Board (2021). ²	Serviço nacional de saúde.	36.290	100,0	68,0	3.612,97	Alta	48.068,86
Canadá	Paho (2012), ISAGS <i>et al.</i> (2012), Boulaugh (2013), Persaud <i>et al.</i> (2019) e Fonasa (2022). ³	Seguro social.	17.910	75,6	n.d.	1.220,91	Alta	22.685,23
Chile	Boslaugh (2013), WHO (2015, 2016b), Fang (2017), Darvenne (2018) e Persaud <i>et al.</i> (2019).	Seguro social (Seguro Médico Básico do Trabalhador, Seguro Médico Básico de Residente Urbano e Novo Regime Cooperativo Médico Rural).	1.411.415	n.d.	n.d.	475,00	Média-alta	14.333,13
China	Paho (2012), ISAGS <i>et al.</i> (2012), OPS (2012b), Boslaugh (2013), WHO (2015), Mendoza-Ruiz (2017) e Persaud <i>et al.</i> (2019).	Seguro social (regimes contributivo, subsidiado e especiais).	48.653	94,9	8,2	885,40	Média-alta	14.054,88
Colômbia	Džakula <i>et al.</i> (2014), WHO (2015; 2018a) e Persaud <i>et al.</i> (2019).	Seguro social.	4.213	100,0	n.d.	1.464,00	Alta	26.204,52
Croácia								

(Continua)

(Continuação)	Fontes de informação sobre o sistema de saúde e a AF	Tipo de sistema de saúde	População (1 mil habitantes) (2016)	População coberta pelo governo ou seguro social em saúde (%) (2017)	População coberta por seguro privado de saúde (%) (2017)	Gasto per capita do governo e seguros compulsórios de saúde (US\$ PPC) (2017)	Classes de renda em dólares (2017)	Renda nacional per capita (US\$ PPC) (2017)
Eslovênia	WHO (2015; 2018a), Albrecht <i>et al.</i> (2016) e Persaud <i>et al.</i> (2019).	Seguro social.	2.078	100,0	85,7	2.060,01	Alta	35.987,71
Espanha	Dolmans (2014), Bernal Delgado <i>et al.</i> (2018) e WHO (2018a).	Serviço nacional de saúde.	46.348	99,0	16,5	2.347,34	Alta	39.566,37
Estados Unidos	Rice <i>et al.</i> (2013), United States (2021) e New York State (2021). ⁴	Seguros privados de saúde (com dois importantes programas públicos: Medicaid e Medicare).	322.180	35,9	62,9	8.620,04	Alta	61.018,95
França	Salmela e Bernhard (2014), WHO (2015) e Chevreul <i>et al.</i> (2015).	Seguro social.	64.721	99,9	n.d.	4.210,76	Alta	45.850,93
Grécia	WHO (2015; 2018a) e Economou <i>et al.</i> (2017).	Seguro social/serviço nacional de saúde.	11.184	100,0	12,2	1.353,36	Alta	29.145,56
Holanda	Van den Bos e Franken (2014), WHO (2015; 2018a) e Kroneman <i>et al.</i> (2016).	Seguro social.	16.987	99,9	84,1	4.297,98	Alta	55.765,19
Hungria	Gaál <i>et al.</i> (2011) e WHO (2015; 2018a).	Seguro social.	9.753	94,0	n.d.	1.403,09	Alta	28.344,31

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)	Fontes de informação sobre o sistema de saúde e a AF	Tipo de sistema de saúde	População (1 mil habitantes) (2016)	População coberta pelo governo ou seguro social em saúde (%) (2017)	População coberta por seguro privado de saúde (%) (2017)	Gasto per capita do governo e seguros compulsórios de saúde (US\$ PPC) (2017)	Classes de renda em dólares (2017)	Renda nacional per capita (US\$ PPC) (2017)
Índia	WHO (2012; 2018c; 2019), Boslaugh (2013), Persaud <i>et al.</i> (2019), Columbia University (2021) ⁵ e Sarma (2021).	Seguro social serviço nacional de saúde.	1.324.171	n.d.	n.d.	70,00	Baixa-média	6.119,13
Itália	D'Ecclesijs e Fruscalzo (2014), Ferré <i>et al.</i> (2014) e WHO (2018a).	Serviço nacional de saúde.	59.430	100,0	n.d.	2.506,41	Alta	42.013,20
Japão	Tatara e Okamoto (2009), Nakagawa e Kume (2017), Fukuda (2018), Kamae <i>et al.</i> (2020) e Tikkanen <i>et al.</i> (2020).	Seguro social.	127.749	100,0	n.d.	3.699,47	Alta	42.315,34
México	Paho (2012), Boslaugh (2013), Castro (2014), OPS (2015), OECD (2016), Krasniak <i>et al.</i> (2019) e Rodríguez (2020).	Seguro social (com oferta de um seguro público: Seguro Popular).	127.540	89,3	9,6	576,41	Média-alta	19.300,21
Portugal	Portugal e WHO (2014), WHO (2015; 2018a), Simões <i>et al.</i> (2017) e Persaud <i>et al.</i> (2019).	Serviço nacional de saúde.	10.372	100,0	26,6	1.785,78	Alta	32.309,45
Reino Unido (Inglaterra)	Boyle (2011), Brasted <i>et al.</i> (2014) e WHO (2015; 2018a).	Serviço nacional de saúde.	65.789	100,0	10,4	3.247,18	Alta	45.426,74

(Continua)

(Continuação)	Fontes de informação sobre o sistema de saúde e a AF	Tipo de sistema de saúde	População (1 mil habitantes) (2016)	População coberta pelo governo ou seguro social em saúde (%) (2017)	População coberta por seguro privado de saúde (%) (2017)	Gasto per capita do governo e seguros compulsórios de saúde (US\$ PPC) (2017)	Classes de renda em dólares (2017)	Renda nacional per capita (US\$ PPC) (2017)
Países								
Rússia	Popovich <i>et al.</i> (2011), Gulyaeva e Sedykh (2014), WHO (2014; 2015; 2018a), Khabriev <i>et al.</i> (2017) e Persaud <i>et al.</i> (2019).	Seguro de saúde estatal (com programa estatal de garantias a tratamento médico gratuito que estebece os grupos de cidadãos cobertos, além das intervenções em saúde incluídas).	143.965	99,7	7,5	872,76	Média-alta	25.311,23
Turquia	Tatar <i>et al.</i> (2011) e WHO (2015; 2018a).	Seguro social.	79.512	99,2	6,7	922,83	Média-alta	27.570,78

Fonte: OECD, disponível em: <<https://stats.oecd.org/>>; World Bank (2021); WHO (2021a; 2021b); IBGE (2019).

Elaboração da autora.

Notas:¹ O indicador de população coberta se refere a 2016.

² Disponível em: <<http://pmprb-cepmb.gc.ca/home>>.

³ Disponível em: <<https://bit.ly/3rTEPmr>>.

⁴ Disponível em: <<https://on.ny.gov/3fBVYdV>>.

⁵ Disponível em: <<https://bit.ly/3oBHfny>>.

Obs.: n.d. – não disponível.

TEXTO para DISCUSSÃO

Em relação ao tipo de sistema de saúde, nota-se que o conjunto de países analisados é constituído por: oito países (32%) com serviço nacional de saúde unicamente (África do Sul, Austrália, Brasil, Canadá, Espanha, Itália, Portugal e Reino Unido); treze países (52%) com seguro social (Alemanha, Argentina, Chile, China, Colômbia, Croácia, Eslovênia, França, Holanda, Hungria, Japão, México e Turquia); dois países (8%) com sistema misto, serviço nacional de saúde e seguro social (Grécia e Índia); um país (4%) com seguros voluntários de saúde (Estados Unidos); e um país (4%) com seguro estatal de saúde (Rússia).

O sistema russo difere do tipo seguro social porque seu seguro estatal não está atrelado à realização de contribuições pelos beneficiários. O seguro é ofertado para grupos populacionais específicos, independentemente de contribuição ao sistema, e as garantias estão limitadas a algumas intervenções em saúde. É interessante notar nesse caso que, embora por essa descrição a cobertura da população pareça não ser elevada, o indicador informado pelo país de cobertura pelo governo foi de 99,7% em 2017. Para os demais países, as menores coberturas populacionais pelo governo ou seguro social são dos Estados Unidos (35,9%), Chile (75,6%), México (89,3%) e Alemanha (89,4%). Nos Estados Unidos, essa cobertura se refere basicamente à população que acessa dois programas públicos de garantia de oferta de serviços de saúde: o Medicaid, destinado à população de baixa renda, e o Medicare, voltado aos idosos com 65 anos ou mais.

Quanto à população, observa-se grande variedade de tamanho entre os países. O de menor população é a Eslovênia, com um pouco mais de 2 milhões de habitantes, e o de maior população é a China, com mais de 1,4 bilhão de habitantes. A mediana da população dos 25 países é de 56 milhões de habitantes.

O gasto *per capita* do governo e de seguros compulsórios de saúde em dólares PPC também varia bastante. A Índia tem o menor valor alocado, US\$ 70 PPC, e os Estados Unidos, o maior gasto, US\$ 8.620 PPC. A mediana do gasto dos 25 países é de US\$ 1.464 PPC. Os países que tiveram gasto abaixo desse valor em 2017, além da Índia, foram: África do Sul (US\$ 459 PPC), Argentina (US\$ 1.390 PPC), Brasil (US\$ 562 PPC), Chile (US\$ 1.221 PPC), China (US\$ 475 PPC), Colômbia (US\$ 885 PPC), Grécia (US\$ 1.353 PPC), Hungria (US\$ 1.403 PPC), México (US\$ 576 PPC), Rússia (US\$ 873 PPC) e Turquia (US\$ 923 PPC).

Em relação às categorias de renda, que são criadas a partir do indicador da renda em dólares *per capita*, dezessete países foram classificados pelo Banco Mundial como de renda alta em 2017 (68%), sete como de renda média-alta (28%) e um como de baixa-média renda (4%). A mediana da renda nacional *per capita* para os 25 países foi de US\$ 29.146 PPC no mesmo ano. Os países que apresentaram valores abaixo da mediana foram: África do Sul (US\$ 12.322 PPC), Argentina (US\$ 22.962 PPC), Brasil (US\$ 14.248 PPC), Chile (US\$ 22.685 PPC), China (US\$ 14.333 PPC), Colômbia (US\$ 14.054 PPC), Croácia (US\$ 26.204 PPC), Hungria (US\$ 28.344 PPC), Índia (US\$ 6.119 PPC), México (US\$ 19.300 PPC), Rússia (US\$ 25.311 PPC) e Turquia (US\$ 27.571 PPC).

4.2 Características gerais da AF dos países selecionados

As características relacionadas às funções de regulação do mercado farmacêutico, financiamento dos medicamentos, controle dos gastos e seleção/avaliação da incorporação, além da cooperação com a OMS em AF, são apresentadas no quadro 3.

QUADRO 3

Caracterização dos países analisados quanto às funções de regulação do mercado de medicamentos, financiamento dos medicamentos, controle dos gastos e seleção/avaliação da incorporação de tecnologias, quanto à cooperação com a OMS em AF

Países ¹	Regulação econômica do mercado de medicamentos/políticas implementadas	Pagamento por medicamentos pelos usuários do sistema de saúde (regra geral)	Controle dos gastos em medicamentos ²	Seleção/avaliação de tecnologias em saúde e políticas implementadas	Cooperação com a OMS em AF
África do Sul	Sim Controle dos preços do fabricante Margens fixas	Sem copagamento Aquisição de medicamentos pela administração pública	Substituição por genéricos	Sem processo de ATS instituído A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é a lista positiva	Sim
Alemanha	Não	Com copagamento Medicamentos de venda livre e para o estilo de vida não são reembolsáveis Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos	Avaliação da eficácia/efetividade comparada Controle da prescrição Importação paralela Preço de referência para a definição de valores de reembolso Reembolso de desconto (rebate) Teto de gastos	Com processo de ATS instituído Lista negativa	Não
Argentina (Remediar)	Não	Sem copagamento Aquisição de medicamentos pela administração pública	Negociação de preços Substituição por genéricos	Sem processo de ATS instituído Rename é a lista positiva	Sim
Austrália	Não	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos Pagamento pelos usuários de uma taxa de prescrição de medicamentos	Avaliação farmacoeconômica Negociação de preços Preço de referência para a definição de valores de reembolso Substituição por genéricos	Com processo de ATS instituído Lista positiva	Não

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

Países ¹	Regulação econômica do mercado de medicamentos/políticas implementadas	Pagamento por medicamentos pelos usuários do sistema de saúde (regra geral)	Controle dos gastos em medicamentos ²	Seleção/avaliação de tecnologias em saúde e políticas implementadas	Cooperação com a OMS em AF
Brasil	Sim Controle dos preços do fabricante Comparação internacional (preço de referência externo)	Sem copagamento Aquisição de medicamentos pela administração pública No Programa Farmácia Popular, há copagamento para alguns medicamentos dispensados por farmácias privadas, mas, como regra geral do sistema, não há copagamento	Negociação de preços Preço máximo admissível para aquisições públicas ou reembolso Substituição por genéricos	Com processo de ATS instituído Rename é a lista positiva	Sim
Canadá	Sim Avaliação da eficácia/efetividade comparada. Avaliação farmacoeconômica	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos	Avaliação farmacoeconômica Preço de referência para a definição de valores de reembolso Substituição por genéricos	Com processo de ATS instituído Lista positiva	Não
Chile (Fonasa)	Não	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos Limitado às garantias explícitas em saúde Há o Fundo de Farmácia (Fondo de Farmacia – Fofar), que financia medicamentos gratuitos para tratamento da diabetes, hipertensão, além de insu- mos para tratamento das feridas do pé diabético No geral, não há cobertura para medicamentos A Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast) é uma instituição vinculada ao ministério da saúde chileno, que realiza a aquisição, o armazenamento e a distribuição de medicamentos para prestadores vinculados ao Fonasa	Negociação de preços O Fonasa realiza licitações para o credenciamento de farmácias privadas, sendo credenciados os estabelecimentos farmacêuticos que concederem descontos maiores nos preços dos medicamentos para os beneficiários do seguro de saúde público	Sem processo de ATS instituído Lista positiva e Rename	Não

(Continua)

(Continuação)

Países ¹	Regulação econômica do mercado de medicamentos/políticas implementadas	Pagamento por medicamentos pelos usuários do sistema de saúde (regra geral)	Controle dos gastos em medicamentos ²	Seleção/avaliação de tecnologias em saúde e políticas implementadas	Cooperação com a OMS em AF
China	Não	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos As farmácias hospitalares concentram cerca de 80% das vendas de medicamentos diretamente aos pacientes e os usuários arcam com cerca de 30% de todas as despesas médicas	Negociação de preços Preço máximo admissível para aquisições públicas ou reembolso	Sem processo de ATS Rename	Sim
Colômbia	Sim Controle dos preços do fabricante Comparação internacional (preço de referência externo)	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos As empresas promotoras de saúde (EPS) gerenciam a oferta dos medicamentos aos pacientes e compram os medicamentos de distribuidoras Há compra centralizada de medicamentos para tratamento da malária, leishmaniose, doença de Chagas e tuberculose	Importação paralela Negociação de preços Preço máximo admissível para aquisições públicas ou reembolso Substituição por genéricos	Com processo de ATS instituído Lista positiva e Rename	Sim

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

Países ¹	Regulação econômica do mercado de medicamentos/políticas implementadas	Pagamento por medicamentos pelos usuários do sistema de saúde (regra geral)	Controle dos gastos em medicamentos ²	Seleção/avaliação de tecnologias em saúde e políticas implementadas	Cooperação com a OMS em AF
Croácia	Não	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos Pagamento pelos usuários de uma taxa de prescrição de medicamentos Há uma lista básica de medicamentos essenciais que são cobertos integralmente pelo seguro e uma lista suplementar de medicamentos parcialmente cobertos (exigem copagamento pelos usuários)	Avaliação farmacoeconômica. Comparação internacional Preço de referência para a definição de valores de reembolso Substituição por genéricos	Com processo de ATS instituído Lista positiva e Rename	Não
Eslovênia	Não	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos Os gastos com medicamentos prescritos por médicos não vinculados ao seguro saúde devem ser integralmente cobertos pelos pacientes	Comparação internacional Preço de referência para a definição de valores de reembolso Preço máximo admissível para aquisições públicas ou reembolso Substituição por genéricos	Sem processo de ATS instituído Lista negativa, lista positiva e Rename	Não
Espanha	Não	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos	Avaliação da eficácia/efetividade comparada Avaliação farmacoeconômica Preço de referência para a definição de valores de reembolso Substituição por genéricos	Com processo de ATS instituído Lista positiva	Não

(Continua)

(Continuação)

Países ¹	Regulação econômica do mercado de medicamentos/políticas implementadas	Pagamento por medicamentos pelos usuários do sistema de saúde (regra geral)	Controle dos gastos em medicamentos ²	Seleção/avaliação de tecnologias em saúde e políticas implementadas	Cooperação com a OMS em AF
Estados Unidos (Medicaid e Medicare)	Não	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos Pagamento pelos usuários de uma taxa de prescrição No Medicaid as coberturas podem variar entre os estados As listas dos medicamentos cobertos variam também entre os programas Medicaid e Medicare	Reembolso de desconto (rebate)	Sem processo de ATS instituído Lista positiva	Não
França	Sim Margens fixas Para entrar no mercado francês, as empresas devem optar por um dos segmentos: produtos reembolsáveis pelo sistema de saúde ou não reembolsáveis O mercado dos reembolsáveis é regulado, enquanto o dos não reembolsáveis tem preço livre	Com copagamento Pagamento do preço de venda dos medicamentos, com posterior reembolso pelo sistema de saúde aos usuários de parte do valor Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda Pagamento pelos usuários de uma taxa de prescrição de medicamentos O sistema de saúde paga diretamente à farmácia se o paciente optar pelo medicamento genérico Caso escolha outro produto, terá de pagar para a farmácia e solicitar o reembolso pelo seguro social posteriormente Somente medicamentos sujeitos à prescrição são reembolsáveis	Negociação de preços Preço de referência para a definição de valores de reembolso Substituição por genéricos	Com processo de ATS instituído Lista positiva	Não

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

Países ¹	Regulação econômica do mercado de medicamentos/políticas implementadas	Pagamento por medicamentos pelos usuários do sistema de saúde (regra geral)	Controle dos gastos em medicamentos ²	Seleção/avaliação de tecnologias em saúde e políticas implementadas	Cooperação com a OMS em AF
Grécia	Não	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos Pagamento pelos usuários de uma taxa de prescrição de medicamentos	Preço de referência para a definição de valores de reembolso Substituição por genéricos	Sem processo de ATS instituído Lista negativa e lista positiva	Não
Holanda	Sim Comparação internacional (preço de referência externo)	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos	Preço de referência para a definição de valores de reembolso Preço máximo admissível para aquisições públicas ou reembolso Substituição por genéricos O país adota ainda uma política de preferência As seguradoras que operam no sistema de seguro social devem apontar ao menos um produto entre os disponíveis com o mesmo fármaco constante da lista elaborada pelo Ministério da Saúde	Com processo de ATS instituído Lista positiva	Não
Hungria	Sim Margens fixas Os produtos não reembolsáveis têm preços determinados livremente pelos fabricantes Contudo, são estabelecidas margens de lucro para distribuidores e farmácias	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos	Comparação internacional Negociação de preços Preço de referência para a definição de valores de reembolso Reembolso de desconto (rebate) Substituição por genéricos	Com processo de ATS instituído Lista positiva	Não

(Continua)

(Continuação)

Países ¹	Regulação econômica do mercado de medicamentos/políticas implementadas	Pagamento por medicamentos pelos usuários do sistema de saúde (regra geral)	Controle dos gastos em medicamentos ²	Seleção/avaliação de tecnologias em saúde e políticas implementadas	Cooperação com a OMS em AF
Índia	Sim Controle dos preços do fabricante Margens fixas	Sem copagamento Aquisição de medicamentos pela administração pública Aquisição pelo governo central e pelos estados Os serviços de saúde são financiados e gerenciados pelos estados Diferenças importantes de cobertura existem entre eles	Substituição por genéricos	Sem processo de ATS instituído Rename	Sim
Itália	Não	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos Pagamento pelos usuários de uma taxa de prescrição de medicamentos A taxa de prescrição varia entre as regiões	Avaliação farmacoeconômica. Importação paralela Preço de referência para a definição de valores de reembolso Reembolso de desconto (rebate) Substituição por genéricos	Com processo de ATS instituído Lista positiva	Não
Japão	Não	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos Médicos continuam vendendo e dispensando medicamentos aos pacientes O governo implementou uma série de medidas em anos recentes para separar as atividades de prescrição e de dispensação de medicamentos	Avaliação da eficácia/efetividade comparada Avaliação farmacoeconômica Negociação de preços Substituição por genéricos	Com processo de ATS instituído Lista positiva	Não

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

Países ¹	Regulação econômica do mercado de medicamentos/políticas implementadas	Pagamento por medicamentos pelos usuários do sistema de saúde (regra geral)	Controle dos gastos em medicamentos ²	Seleção/avaliação de tecnologias em saúde e políticas implementadas	Cooperação com a OMS em AF
México (Seguro Popular)	Não	Sem copagamento Aquisição de medicamentos pela administração pública Sistema de saúde caracterizado por heterogeneidade e desigualdades Para trabalhadores formais, o seguro social tem cobertura maior Em 2003, foi criado o Seguro Popular, que oferece um pacote de intervenções em saúde, incluindo medicamentos, mas somente 20% dos beneficiários estão isentos de pagamento de contribuição ao seguro	Negociação de preços	Sem processo de ATS instituído Lista positiva e Rename	Sim
Portugal	Sim Controle dos preços do fabricante Comparação internacional (preço de referência externo)	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos	Avaliação da eficácia/efetividade comparada Negociação de preços Preço de referência para a definição de valores de reembolso Substituição por genéricos	Com processo de ATS instituído Lista positiva e Rename	Sim
Reino Unido (Inglaterra)	Sim Controle do lucro do fabricante	Com copagamento Pagamento pelos usuários de uma taxa de prescrição de medicamentos	Avaliação farmacoeconômica Preço máximo admissível para aquisições públicas ou reembolso Reembolso de desconto (rebate)	Com processo de ATS instituído Lista positiva e lista negativa	Não

(Continua)

(Continuação)

Países ¹	Regulação econômica do mercado de medicamentos/políticas implementadas	Pagamento por medicamentos pelos usuários do sistema de saúde (regra geral)	Controle dos gastos em medicamentos ²	Seleção/avaliação de tecnologias em saúde e políticas implementadas	Cooperação com a OMS em AF
Rússia	Sim Controle dos preços do fabricante Margens fixas Os medicamentos regulados são os incluídos na Rename	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos Em alguns programas, os medicamentos são dispensados gratuitamente	Preço de referência para a definição de valores de reembolso Substituição por genéricos	Sem processo de ATS instituído Lista positiva e Rename	Sim
Turquia	Sim Controle dos preços do fabricante Margens fixas Comparação internacional (preço de referência externo)	Com copagamento Pagamento pelos usuários de percentual variável do preço de venda dos medicamentos Pagamento pelos usuários de uma taxa de prescrição de medicamentos	Avaliação farmacoeconômica Preço de referência para a definição de valores de reembolso Substituição por genéricos	Sem processo de ATS instituído Lista positiva	Não

Elaboração da autora.

Notas: ¹ Para alguns países, a análise foi feita para um segmento do sistema de saúde ou para programas que estão sob a responsabilidade da administração pública. São os casos do programa Remediar, da Argentina, do seguro público Fonasa, do Chile, dos programas Medicaid e Medicare, dos Estados Unidos, e do seguro público Seguro Popular, do México.

² Em países com copagamento para acesso a medicamentos, a substituição por genéricos é uma importante estratégia para controle dos gastos do sistema de saúde. Naqueles em que não há copagamento, a substituição por genéricos funciona como um mecanismo de redução do desembolso direto das famílias quando da aquisição de medicamentos fora do sistema de saúde.

Obs.: 1. Para conhecimento dos documentos que serviram de fonte de informação para cada país, verificar tabela 1 deste trabalho.

2. Fonasa – Fondo Nacional de Salud (Fundo Nacional de Saúde).

Começando pela existência de cooperação com a OMS, dos 25 países estudados, pelo menos na última década, nove (36%) firmaram acordos de cooperação com escritórios regionais dessa organização para a realização de atividades relacionadas à AF. Não foi possível verificar se foram estabelecidas parcerias em anos mais remotos, porque o documento que reporta cooperação mais antiga refere-se a um acordo que teve início em 2008. Não se sabe se somente após esse ano os documentos passaram a ser disponibilizados na internet ou se a organização buscou disponibilizar todos os documentos de acordos já celebrados. A hipótese mais plausível é a primeira, haja vista o fato de o Brasil ter celebrado termos de cooperação com a OMS nessa área, pelo menos desde o início dos anos 2000, e não terem sido encontrados documentos relacionados a esses anos no sítio eletrônico dessa organização.

TEXTO para DISCUSSÃO

Em relação à ATS, onze países (44%) ainda não dispõem de processo formal instituído em seus sistemas de saúde. Ainda que todos eles trabalhem com uma relação de medicamentos para fins de financiamento público, a realização da ATS, não apenas para medicamentos, mas para outras tecnologias em saúde, ainda não é uma realidade em todos os países. Para os que não possuem processo de ATS instituído, é provável que uma comissão seja responsável pela seleção dos produtos, porém sem a observância de todas as etapas necessárias à avaliação da tecnologia, conforme as melhores práticas.

Outra questão que chama atenção é que doze países (48%) adotam uma Rename. Em três deles, a Rename é a lista positiva: África do Sul, Argentina (programa Remediar) e Brasil. Ou seja, ela não é apenas uma lista norteadora para a produção, oferta e uso de medicamentos, mas uma lista dos itens financiáveis com recursos do sistema de saúde. Em relação à adoção de lista negativa, quatro países a adotam: Alemanha, Eslovênia, Grécia e Inglaterra (Reino Unido).

Quanto à regulação do mercado farmacêutico, doze países (48%) regulam esse mercado, sendo comum o estabelecimento de políticas como o controle dos preços do fabricante (oito países) e o estabelecimento de margens fixas (cinco países). A comparação internacional de preços também é uma estratégia utilizada por cinco países. Menos frequente é o controle do lucro do fabricante, política implementada pelo Reino Unido, e as avaliações da eficácia/efetividade comparada e farmacoeconômicas para a definição dos preços de entrada no mercado realizadas pelo Canadá. Em alguns casos, a regulação somente é feita para uma parcela do mercado: para os produtos reembolsáveis pelo seguro social, na França, e para os que constam na Rename, na Rússia.

É interessante notar que, embora não regule seus mercados de medicamentos, a maioria dos países adota uma série de medidas para controlar os gastos com esses produtos no âmbito de seus sistemas de saúde. Vejam-se os exemplos de Alemanha, Austrália, Croácia, Eslovênia, Espanha, Itália e Japão. Outros países, por seu turno, além de realizar a regulação do mercado, estabelecem várias medidas para controle dos gastos em medicamentos, como Canadá, Colômbia, França, Holanda, Portugal, Reino Unido e Turquia. Na prática, seja por meio da regulação do mercado farmacêutico, seja pela regulação do gasto em medicamentos – ou ainda por ambas as estratégias –, a maioria dos países atua para controle dos preços dos produtos e, conseqüentemente, dos seus gastos com produtos farmacêuticos.

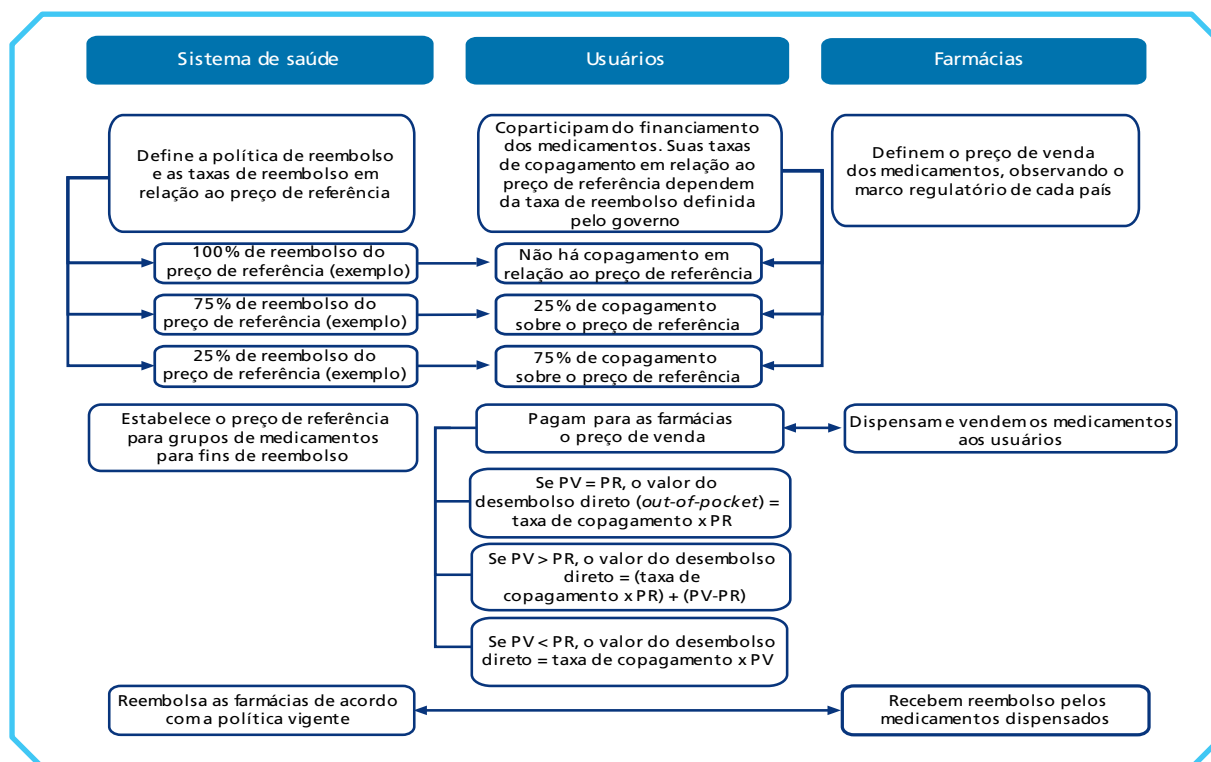
Em relação ao pagamento por medicamentos, como regra geral, apenas cinco países (20%) não exigem copagamento pelos usuários: África do Sul, Argentina (Remediar), Brasil, Índia e México (Seguro Popular). Nesses países, a substituição por genéricos como medida de contenção das despesas em medicamentos é importante para ampliar a concorrência no mercado e fomentar a redução dos preços dos produtos, adquiridos pela administração pública e dispensados aos usuários do sistema de saúde. Os demais vinte países (80%) estabelecem

políticas de reembolso diferenciadas para medicamentos, que resultam no copagamento, pelos usuários, de taxa variável em relação ao preço de venda desses produtos, geralmente dispensados por farmácias privadas. Alguns desses países estabelecem, adicionalmente, o pagamento de uma taxa de prescrição, que pode ser por receita ou item de cada receita. Nos vinte países mencionados, a adoção de uma política de preço de referência para a definição do valor de reembolso é uma estratégia comum (implementada por quatorze países), destinada a controlar o gasto do sistema de saúde em medicamentos.

Na figura 2, apresenta-se o esquema de reembolso mais utilizado pelos países selecionados que exigem copagamento por medicamentos, o qual combina as estratégias de definição de taxa de reembolso e de preço de referência, este último estabelecido para todos os medicamentos de um mesmo grupo terapêutico que tenham eficácia e segurança equivalentes. É comum que seja definido para os grupos 4 ou 5 do Sistema de Classificação Anatômica Terapêutica Química (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System – ATC)⁹ (WHO, 2018a). O sistema de saúde reembolsa à farmácia o preço de referência pela dispensação de cada produto aos usuários. Se o usuário optar por um produto do mesmo grupo, só que mais caro, ou o valor de reembolso for menor que o preço de referência, porque a taxa de reembolso não é o total do preço de referência, ele terá de arcar com a diferença entre o valor reembolsável à farmácia pelo sistema de saúde e o preço de venda do medicamento.

9. O ATC é mantido por um centro colaborador da OMS, com o objetivo de servir como ferramenta para o monitoramento e a pesquisa sobre o uso de medicamentos, possibilitando a comparação das estatísticas de consumo desses produtos. Os medicamentos são divididos em diferentes grupos de acordo com o órgão ou sistema sobre o qual atuam e suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas. Disponível em: <<https://bit.ly/3abUyE6>>. Acesso em: 18 maio 2021.

FIGURA 2

Esquema de reembolso do gasto em medicamentos pelo sistema de saúde¹

Fonte: WHO (2018a).

Elaboração da autora.

Nota: ¹ Esquema elaborado combinando as estratégias de definição de taxa de reembolso e preço de referência utilizadas por quatorze países analisados.

Obs.: PR e PV nesta figura equivalem, respectivamente, a preço de referência e preço de venda.

O caso da França tem uma peculiaridade em relação ao copagamento dos usuários. O esquema apresentado na figura 2 é adotado pelo país quando os usuários optam pela dispensação de medicamentos genéricos. Caso escolham um medicamento não genérico, terão de pagar à farmácia o preço total de venda do produto e solicitar posteriormente ao sistema de saúde o reembolso de parte do valor pago. Trata-se de uma estratégia que induz fortemente a dispensação de medicamentos genéricos. Ademais, somente são reembolsáveis os medicamentos sujeitos à prescrição médica. O mesmo ocorre na Alemanha.

4.3 Modelos de AF identificados

A identificação dos modelos de AF foi feita com o suporte do Iramuteq. Esse *software* processou um *corpus* constituído por 25 textos, contendo cada um deles uma descrição sobre o

financiamento de medicamentos, a seleção/ATS, a gestão dos gastos e do componente logístico da AF e a dispensação de medicamentos em cada país. São textos curtos, elaborados com base em descrições sobre estruturas, políticas e processos adotados pelos países para realizar as funções mencionadas (as quais se encontram detalhadas no quadro 1). Para o conjunto dos 25 textos, o Iramuteq identificou 2.104 palavras, com uma média de 84 palavras por texto, sendo 83 formas (palavras ativas e suplementares) e 12 hápax.¹⁰

A análise confirmatória fatorial, obtida por meio da CHD, é apresentada na figura 3, a qual mostra que as características estruturais e das políticas de AF implementadas pelos países selecionados puderam ser categorizadas em quatro classes, estando cada classe associada a uma categoria das variáveis utilizadas. A classe 1 está associada a países com renda alta; a classe 2, àqueles com sistema de saúde do tipo seguro social e com a inexistência de cooperação com a OMS em atividades de AF; a classe 3 está associada a países com renda média-alta; e, por fim, a classe 4 está associada à cooperação com a OMS.

Os perfis gerados na CHD são apresentados na figura 4. As quatro classes de palavras separadas pelo *software* foram organizadas em duas ramificações principais: i) ramificação A, subdividida em ramificação A.1, contendo as classes 1 (28% dos textos) e 2 (32% dos textos), e ramificação A.2, que contempla a classe 3 (20% dos textos); e ii) ramificação B, contendo a classe 4 (20% dos textos). Como cada texto corresponde a um país, foi simples a identificação da correspondência entre classes e países.

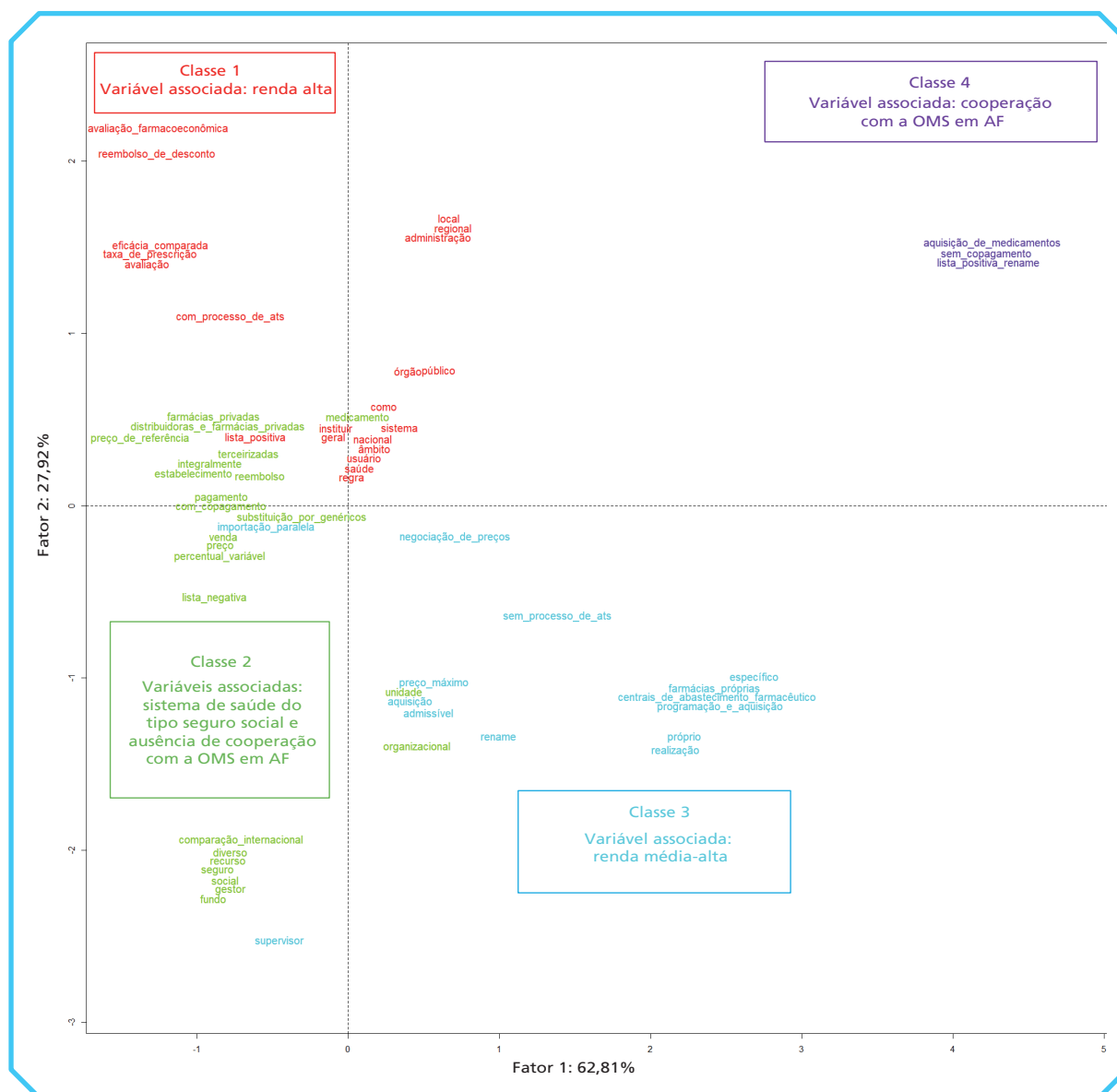
Ainda na figura 4, observam-se a frequência da ocorrência de cada palavra na classe em relação à sua ocorrência em todo o *corpus* textual, o valor do qui-quadrado e o *p*-valor. São apresentadas apenas as palavras e variáveis associadas a cada classe, considerando o nível de significância estatística de 5%.

10. Hápax são palavras que aparecem no *corpus* apenas uma vez.

TEXTO para DISCUSSÃO

FIGURA 3

Agrupamento das características estruturais e das políticas de AF implementadas pelos países selecionados¹



Elaboração da autora.

Nota: ¹ AFC realizada por meio do Iramuteq, a partir dos resultados da CHD, considerando as características estruturais e as políticas de AF implementadas pelos países selecionados.

FIGURA 4
Modelos de organização da AF na atenção ambulatorial de países selecionados¹

Ramificação A		Ramificação A.1		Ramificação A.2		Ramificação B	
Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
Gestão privada do componente logístico da AF e da dispensação, com copagamento como regra geral para acesso a medicamentos		Mix público-privado na gestão do componente logístico da AF e da dispensação, com copagamento para acesso à maioria dos medicamentos da lista positiva		Gestão pública do componente logístico da AF e da dispensação, sem copagamento como regra geral de acesso a medicamentos			
Classe 1 (7/25 – 28%)		Classe 2 (8/25 – 32%)		Classe 3 (5/25 – 20%)		Classe 4 (5/25 – 20%)	
Países	Países	Países	Países	Países	Países	Países	Países
Austrália	Alemanha	Chile (Fonasa)	Chile (Fonasa)	Chile (Fonasa)	Chile (Fonasa)	África do Sul	África do Sul
Canadá	Coâcia	China	China	China	China	Argentina (Remediar)	Argentina (Remediar)
Espanha	França	Colômbia	Colômbia	Colômbia	Colômbia	Brasil	Brasil
Estados Unidos (Medicaid e Medicare)	Grécia	Eslovênia	Eslovênia	Eslovênia	Eslovênia	Índia	Índia
Inglaterra	Holanda	Rússia	Rússia	Rússia	Rússia	México (Seguro Popular)	México (Seguro Popular)
Itália	Hungria						
Portugal	Japão						
	Turquia						
Palavra/termo	Palavra/termo	Palavra/termo	Palavra/termo	Palavra/termo	Palavra/termo	Palavra/termo	Palavra/termo
%	%	%	%	%	%	%	%
chi2	chi2	chi2	chi2	chi2	chi2	chi2	chi2
p-valor	p-valor	p-valor	p-valor	p-valor	p-valor	p-valor	p-valor
Avaliação farmacoeconômica	Social	Renome	Renome	Sem copagamento	Sem copagamento	100,00	25,00 < 0,0001
Administração Regional	Seguro	Próprio	Próprio	Aquisição de medicamentos	Aquisição de medicamentos	100,00	25,00 < 0,0001
Local	Recurso	Farmácias próprias	Farmácias próprias	Lista positiva/Rename	Lista positiva/Rename	100,00	13,64 0,0002
Variável tipo de sistema: serviço nacional de saúde	Gestor	Realização	Realização	Farmácias próprias	Farmácias próprias	50,00	9,38 0,0022
Variável renda: renda alta	Fundo	Centrais de abastecimento farmacêutico	Centrais de abastecimento farmacêutico	Centrais de abastecimento farmacêutico	Centrais de abastecimento farmacêutico	50,00	9,38 0,0022
	Diverso	Programação e aquisição	Programação e aquisição	Programação e aquisição	Programação e aquisição	50,00	6,62 0,0101
	Organizacional	Específico	Específico	Programação e aquisição	Programação e aquisição	50,00	6,62 0,0101
	Preço de referência	Preço máximo	Preço máximo	Específico	Específico	50,00	6,62 0,0101
	Estabelecimento	Aquisição	Aquisição	Próprio	Próprio	44,44	5,25 0,0219
	Unidade	Admissível	Admissível	OMs: sim	OMs: sim	55,56	11,11 0,0009
	Farmácias privadas						
	Variável cooperação						
	OMs: não						
	Variável tipo de sistema: seguro social						

Elaboração da autora.

Nota: ¹ Categorização realizada com base nos resultados da CHD gerada por meio do Iramuteq.

TEXTO para DISCUSSÃO

Alguns marcadores importantes permitem identificar semelhanças entre as classes, considerando as características da AF analisadas. A classe 1 está associada à realização de avaliação farmacoeconômica ($\chi^2 = 6,95$, p -valor $< 0,01$), processo que é feito para a definição de valor de reembolso para medicamentos, e a classe 2 ao estabelecimento de preço de referência ($\chi^2 = 4,74$, p -valor $< 0,05$) e à dispensação de medicamentos em farmácias privadas ($\chi^2 = 4,58$, p -valor $< 0,05$).

Considerando-se, ainda, as descrições sobre a gestão do componente logístico e dispensação de medicamentos dos países constantes nas duas classes, é possível concluir que esses países têm em comum a adoção de um modelo de gestão privada da logística e da dispensação de medicamentos, operando o mecanismo de reembolso às farmácias de valores relativos à oferta desses produtos aos usuários do sistema de saúde. Uma diferença entre as duas classes é que a classe 1 se associa ao tipo de sistema serviço nacional de saúde e a classe 2 ao tipo seguro social, mas, em relação às funções de AF analisadas, operam de forma semelhante. Conclui-se, assim, que partilham do mesmo modelo de organização da AF, o qual foi denominado de modelo 1, caracterizado pela gestão privada do componente logístico da AF e da dispensação, com copagamento como regra geral para acesso a medicamentos.

A classe 3 está associada a alguns marcadores, como à existência de Rename ($\chi^2 = 11,11$, p -valor $< 0,001$), a dispensar medicamentos em farmácias próprias ($\chi^2 = 9,38$, p -valor $< 0,01$), a dispor de centrais de abastecimento farmacêutico ($\chi^2 = 6,62$, p -valor $< 0,05$) e a realizar a programação e a aquisição de medicamentos ($\chi^2 = 6,62$, p -valor $< 0,05$). A maioria desses marcadores está presente na classe 4, mas aqui o acesso sem copagamento pelos usuários é um marcador forte. Logo, o copagamento é uma das características que diferenciam as classes 3 e 4, fazendo com que a classe 3 partilhe da mesma ramificação das classes 1 e 2. Considerando as demais características constantes da descrição de como os países que compõem a classe 3 executam as funções de AF, nota-se que alguns também terceirizam a logística e dispensam medicamentos em farmácias privadas, à exceção da China. Chile, Colômbia, Eslovênia e Rússia, por seu turno, operam adicionalmente políticas de reembolso para a dispensação de medicamentos em farmácias privadas. Dessa forma, pode-se dizer que esses países partilham um modelo misto de organização da AF, denominado modelo 2, caracterizado por um *mix* público-privado na gestão do componente logístico da AF e da dispensação, com copagamento para acesso à maioria dos medicamentos da lista positiva.

A classe 4, isolada na ramificação B, está associada ao acesso a medicamentos sem copagamento ($\chi^2 = 25$, p -valor $< 0,001$), à aquisição de medicamentos pela administração pública ($\chi^2 = 25$, p -valor $< 0,001$), ao fato de a lista positiva ser a Rename ($\chi^2 = 13,64$, p -valor $< 0,001$), à dispensação de medicamentos em farmácias próprias ($\chi^2 = 9,39$, p -valor $< 0,01$), à disponibilidade de centrais de abastecimento farmacêutico ($\chi^2 = 6,62$, p -valor $< 0,05$) e à aquisição e

programação de medicamentos ($\chi^2 = 6,62$, p -valor $< 0,05$). Os países incluídos nessa classe têm em comum a gestão de todas as etapas do ciclo da AF, à exceção do México, em que os medicamentos adquiridos pela administração pública são entregues diretamente às farmácias das unidades do sistema, sem a necessidade de armazenamento em centrais de abastecimento farmacêutico próprias. Identifica-se, assim, um terceiro modelo, o modelo 3, caracterizado pela gestão pública do componente logístico da AF e da dispensação, sem copagamento como regra geral de acesso a medicamentos.

4.4 Modelos de organização da AF e variáveis associadas

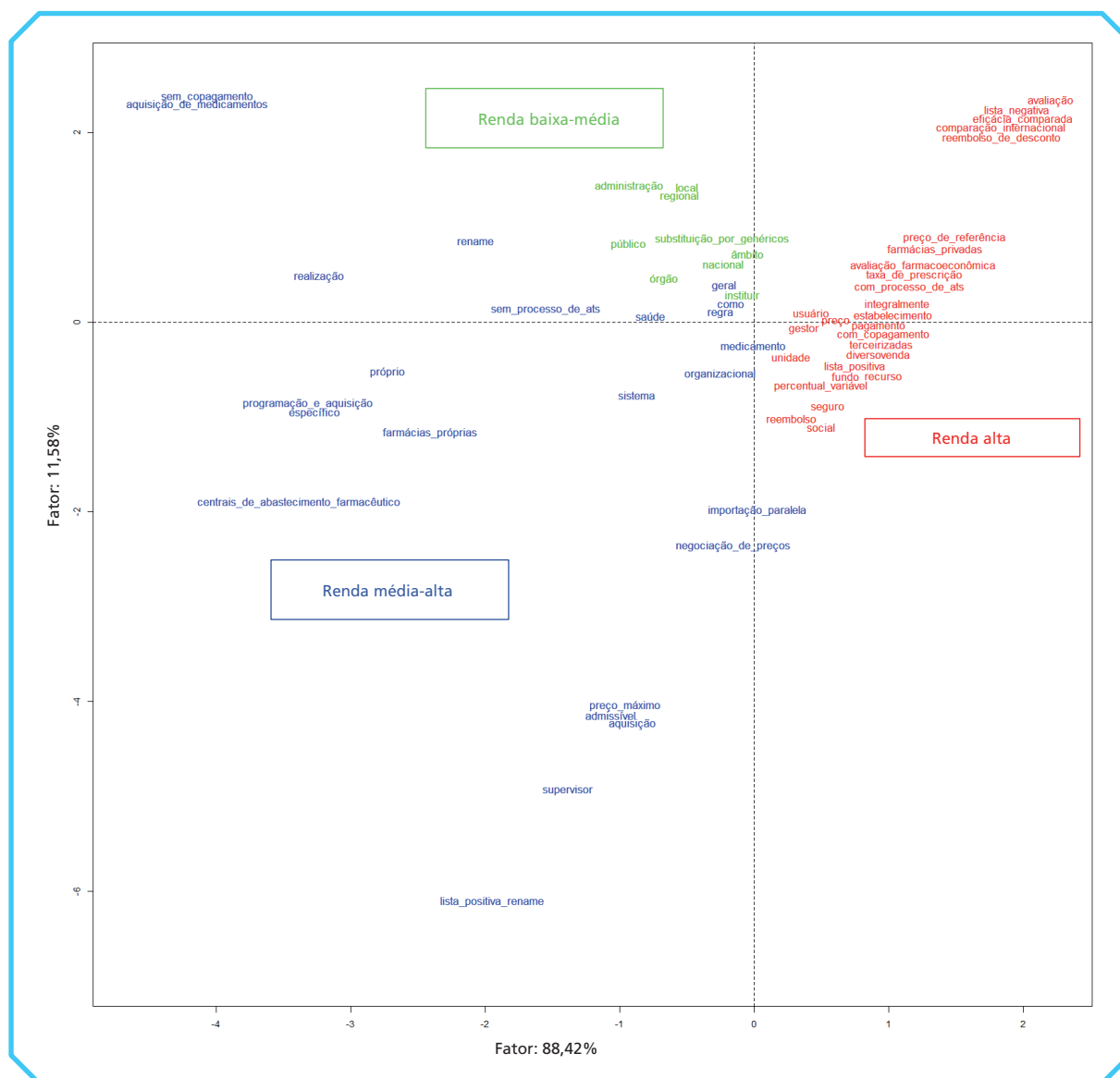
A associação entre os três modelos identificados e algumas variáveis foi investigada em maior profundidade, considerando-se as associações observadas na CHD entre algumas categorias das variáveis utilizadas e as classes discriminadas. Para tanto, os modelos 2 e 3 foram tratados como sendo um único grupo, por compartilharem a execução de atividades do componente logístico da AF e da dispensação de medicamentos. Dessa forma, a associação foi analisada considerando os países que adotam o modelo 1 e os que adotam os modelos 2 ou 3.

Em relação à associação entre a existência de cooperação com a OMS para a realização de atividades de AF e os dois grupos de modelos de AF (modelo 1 e modelos 2 e 3), a associação foi confirmada pelo teste do qui-quadrado para os modelos 2 e 3 ($\chi^2 = 14,01$ e p -valor $< 0,001$) ao nível de significância de 5%. Contudo, o RStudio gerou um alerta de que a aproximação do valor do qui-quadrado pode estar incorreta. Isso geralmente ocorre para amostras pequenas. Recomenda-se, nesses casos, que o valor do qui-quadrado seja estimado com base em um p -valor simulado para 2 mil observações. Nessa estimativa, a associação entre as variáveis também foi confirmada ($\chi^2 = 14,01$ e $p < 0,001$). Como se viu anteriormente pelas análises processadas com o Iramuteq, a cooperação com a OMS estava associada à classe 4 ($\chi^2 = 11,11$, p -valor $< 0,001$), modelo 3, portanto.

A análise de especificidades realizada com o suporte do Iramuteq, considerando as características das estruturas e políticas implementadas pelos países, mostrou associação entre algumas dessas características e as categorias de renda dos países, definidas pelo Banco Mundial com base na renda *per capita* em dólar, como mostra a figura 5. Da leitura dessa figura, e considerando os modelos de organização da AF identificados, é possível inferir uma associação entre o modelo 1 e países de alta renda, e entre os modelos 2 e 3 e países de renda média-alta e baixa-média. Logo, a renda é uma variável importante a ser considerada na análise de regressão.

FIGURA 5

Agrupamento das características estruturais e das políticas de AF implementadas, segundo categorias de renda dos países selecionados¹



Elaboração da autora.

Nota: ¹ Análise de especificidades realizada por meio do Iramuteq para a variável "categoria de renda do país", considerando as características estruturais e as políticas de AF implementadas pelos países selecionados.

Para a seleção de variáveis preditoras do modelo 1, visando à realização da análise de regressão logística, inicialmente verificou-se a existência de correlação entre as variáveis contínuas utilizadas no estudo. O cálculo do coeficiente de correlação de Pearson mostrou correlação muito forte e positiva entre a renda nacional *per capita* em dólares PPC e o gasto do governo e de seguros compulsórios

de saúde *per capita* em dólares PPC ($\rho = 0,90$, IC 95% = 0,79 – 0,96). Quanto maior a renda, maior o gasto. Dessa forma, apenas uma delas deve ser escolhida para a análise de regressão. A correlação entre a renda e a população, no entanto, é fraca e inversa, com amplo intervalo de confiança ($\rho = -0,41$, IC 95% = -0,69 – -0,01). Quanto maior a renda, menor a população. Mas a incerteza sobre esse resultado é muito grande, podendo até inexistir correlação entre as duas variáveis.

Também se verificou a associação entre a cooperação com a OMS e as categorias de renda, divididas entre menor e igual e maior que a mediana da renda nacional *per capita* em dólares PPC. Nesse caso, houve associação entre as duas variáveis ($\chi^2 = 7,67$, p -valor < 0,01), mas, novamente, com alerta do RStudio de que a aproximação do valor do qui-quadrado pode estar incorreta. Estimou-se, então, o valor, e a associação foi confirmada ($\chi^2 = 7,67$, p -valor < 0,05).

Dessa forma, para a análise de regressão, poderiam ser testadas como variáveis preditoras do modelo 1 a população e o gasto ou a renda. Na primeira análise, considerando-se o modelo 1 como desfecho de interesse, sendo o modelo adotado a variável dependente, foram testadas como variáveis preditoras (independentes) o gasto e a população. O coeficiente calculado para a população resultou em p -valor > 0,58, razão pela qual a variável foi descartada. Na regressão logística simples entre o tipo de modelo e o gasto, o coeficiente do gasto resultou valor estatisticamente significativo ao nível de confiança de 5%, mas o RStudio gerou doze alertas de que as probabilidades foram ajustadas numericamente e que, portanto, estão infladas.

A regressão logística foi feita, então, para a variável dependente, modelo adotado, e variáveis preditoras, população e renda *per capita* em dólares PPC. Nesse caso, o coeficiente calculado para a população resultou em p -valor > 0,52, e por isso a variável foi descartada. Na regressão logística simples entre o modelo e a renda, os resultados foram estatisticamente significantes ao nível de confiança de 5% e são apresentados na tabela 2.

TABELA 2

Resultados da análise de regressão logística simples para as variáveis modelo de organização da AF e renda nacional *per capita* em dólares PPC dos países selecionados

Variáveis	Coefficientes (<i>log de odds</i>)	Erro-padrão	p -valor	<i>Odds ratio</i>	IC 95% de <i>odds ratio</i>
Intercepto	-7,4079507	3,4471407	0,0316 ¹	0,000606	2,0596e-08 - 0,0670
Renda	0,0002755	0,0001267	0,0299 ¹	1,000275	1,0001 - 1,0007

Elaboração da autora.

Nota: ¹ Estatisticamente significativo ao nível de confiança de 5%.

TEXTO para DISCUSSÃO

Essa análise mostra que a renda é variável preditora da adoção do modelo 1 de organização da AF pelos países. Além disso, que o aumento de um dólar PPC na renda está associado com uma chance 0,028% maior de o país adotar o modelo 1. Assim, para um aumento de renda de US\$ 1 mil PPC, a chance de adoção do modelo 1 é 28% maior.

O poder de predição da renda nessa análise foi estimado empregando-se o cálculo de R^2 de McFadden, dado que a variável desfecho é binária. O valor de R^2 mede a proporção da variância na variável desfecho, modelo de organização da AF, que pode ser explicada pela variável preditora renda. Valores de R^2 próximos de 1 indicam forte poder preditivo e próximos de zero indicam pobre poder de predição (Bottle, 2020). Obteve-se o valor de $R^2 = 0,62$, o que significa que a renda é capaz de prever 62% da variável desfecho.

Outra medida obtida foi a estatística C (Cstat), que serve para se avaliar o quanto a análise de regressão realizada pode separar os países que têm o desfecho de interesse, modelo 1, daqueles que não têm o desfecho de interesse. Resultados de $Cstat = 0,5$ indicam que a análise não foi capaz de discriminar os que têm dos que não têm o desfecho (Bottle, 2020). Na regressão realizada, o resultado de Cstat foi de 0,97, sinalizando boa discriminação desses dois grupos.

5 DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado com o objetivo de identificar modelos de organização da AF na atenção ambulatorial e fatores que influenciam nessa organização. Foram identificados três modelos distintos que se diferenciam basicamente pela forma utilizada pelos países para executar funções de financiamento dos medicamentos, gestão do componente logístico da AF e dispensação. Também foram identificadas semelhanças entre esses países quanto à regulação do mercado farmacêutico e gestão dos gastos em medicamentos.

Destacando-se inicialmente as semelhanças, observa-se que, independentemente do modelo, os países implementam uma série de medidas para a regulação dos preços dos medicamentos e, conseqüentemente, dos gastos do sistema de saúde com esses produtos. Isso é feito tanto pela regulação do mercado farmacêutico quanto pela adoção de medidas para contenção dos gastos desse sistema. Poder-se-ia supor que os países que não regulam esses mercados seriam mais permissivos em relação à livre definição dos preços dos produtos farmacêuticos. Contudo, mesmo os Estados Unidos, país conhecido pela valorização do livre mercado em qualquer setor, adotam mecanismo para controle desses gastos no âmbito de seus programas públicos de saúde, Medicaid e Medicare.

Nesse aspecto, para exemplificar, ressalta-se o caso da Alemanha, país de alta renda que não regula o seu mercado de medicamentos, mas adota uma série de medidas para conter gastos com esses produtos, como a avaliação da eficácia/efetividade para a definição de valores de reembolso, a política de preço de referência, a celebração de contratos de reembolso de desconto (rebate), a importação paralela e o controle da prescrição. Em países europeus, há mais de uma década, verificou-se que as políticas mais utilizadas na regulação dos preços dos produtos farmacêuticos eram a comparação internacional, o preço de referência e o estabelecimento de listas positivas (Barros, 2010). Neste estudo, também se observou a ampla utilização dessas estratégias, particularmente a do preço de referência, que tem se mostrado efetiva na redução do gasto com medicamentos (Acosta *et al.*, 2014).

O aumento das despesas com medicamentos tem impulsionado a adoção dessas e de outras medidas para a sua contenção. É um problema importante não apenas para os países de baixa renda, mas também para os mais ricos. É claro que há diferenças significativas entre os países quanto ao acesso a medicamentos, ao uso e ao reembolso dos custos dos pacientes com esses produtos. O ponto principal é que, para os de alta renda, o desafio consiste em manter o elevado nível de acesso, em um contexto de envelhecimento populacional, de rápido desenvolvimento tecnológico e de gastos crescentes. Em contrapartida, para países de baixa e média renda, a grande dificuldade ainda reside na garantia de acesso à população aos medicamentos essenciais, a despeito do aumento da alocação de recursos pelos governos para financiamento desses produtos (Maniadakis *et al.*, 2017).

Outro fator que fomenta a adoção dessas medidas é a redução das receitas do Estado em decorrência de crises financeiras. Pressionados pela crise de 2008, a maioria dos países da União Europeia teve de implementar uma série de medidas para a contenção das despesas com medicamentos, como o corte de preços e das margens de lucro no setor farmacêutico, a introdução de descontos obrigatórios, a retirada de alguns medicamentos da lista de financiamento público e o incentivo ao uso de genéricos (Belloni, Morgan e Paris, 2016). Ademais, a pressão sobre os governos se intensifica com o lançamento de novos medicamentos no mercado a cada ano, a preços exorbitantes, impondo um alto custo para a oferta desses produtos nos sistemas de saúde (Bermudez, Oliveira e Chaves, 2016).

Por isso, a ATS se tornou um processo central na tomada de decisão sobre o financiamento de medicamentos pelos sistemas de saúde. Ela tem sido utilizada em países europeus como instrumento da política de reembolso (Vogler *et al.*, 2017). Mas, a despeito do reconhecimento de sua relevância, onze dos países analisados neste estudo ainda não implementaram processo formal de ATS. Estados Unidos e México foram incluídos nesse grupo de países, embora Novaes e

Soárez (2016) tenham reportado a existência de organização de ATS nesses casos. Tomou-se essa decisão porque, nos documentos utilizados que descrevem a AF em seus programas públicos, não houve menção à avaliação de tecnologias e, em especial, à de medicamentos. Talvez, para esses onze países, não seja um grande problema não ter uma unidade organizacional responsável pela ATS porque eles possuem uma relação nacional de medicamentos essenciais, a qual possivelmente foi constituída por um comitê de especialistas, considerando evidências científicas sobre a eficácia, segurança e custo-efetividades dos medicamentos. Mas, de fato, não é possível afirmar que isso esteja ocorrendo.

A elaboração de formulários e de diretrizes terapêuticas, assim como a aquisição de medicamentos em grandes volumes e a separação entre a prescrição e a dispensação de medicamentos são estratégias que China, Gana, Indonésia e México têm implementado para ampliar o acesso de suas populações a medicamentos custo-efetivos (Kaplan *et al.*, 2017). Provavelmente por questões culturais, na China e no Japão a dispensação de medicamentos por profissionais prescritores ainda é uma questão de difícil enfrentamento que vem demandado esforços dos governos para o seu desincentivo. Essa prática tem sido associada à elevada participação do gasto com medicamentos em relação ao gasto com saúde na China, que foi, em média, de 45,7% no período de 1990 a 2009 (Shi, Yang e Cheng, 2014), enquanto nos países-membros da OCDE essa participação tem girado em torno de 20% (Belloni, Morgan e Paris, 2016).

Em relação à seleção/ATS, o Brasil promoveu avanços importantes nos últimos anos com a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no SUS por meio da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011 (Brasil, 2011). Essa comissão assessora o Ministério da Saúde que, no âmbito do SUS, é o órgão responsável pela incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como pela constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica. A Conitec deve considerar em suas avaliações: i) evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento; e ii) evidências econômicas dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas. Essa comissão é responsável pela atualização da Rename.

Quanto aos três modelos de organização da AF identificados, destacam-se suas principais características a seguir.

- 1) Modelo 1: a gestão do componente logístico da AF é terceirizada,¹¹ o que significa que a aquisição, o armazenamento e a distribuição são atividades realizadas por empresas privadas, nesses casos, sem contrato com as unidades do sistema de saúde para essa finalidade. A interseção da cadeia farmacêutica com o sistema de saúde se dá por meio das farmácias privadas. São elas que adquirem os medicamentos e os dispensam aos usuários, sendo ressarcidas posteriormente pelo sistema de saúde. Nesse modelo, como regra geral, os usuários coparticipam do financiamento de medicamentos em percentual variável do preço de venda dos produtos.
- 2) Modelo 2: modelo de gestão mista do componente logístico da AF. A administração pública assume a realização de aquisição, armazenamento e distribuição de alguns medicamentos essenciais, mas também terceiriza a logística, com dispensação de medicamentos em farmácias privadas e copagamento pelos usuários do sistema de saúde para acesso à maioria dos medicamentos da lista positiva. Também nesses casos não há contrato do sistema de saúde com as distribuidoras para a realização da logística de medicamentos adquiridos e vendidos pelas farmácias aos usuários, mediante copagamento e reembolso pelo sistema de saúde.
- 3) Modelo 3: a gestão do componente logístico da AF e a dispensação de medicamentos são realizadas pela administração pública, sem copagamento pelos usuários.

Os países europeus analisados neste estudo, à exceção da Eslovênia, adotam o modelo 1. Geralmente adquirem medicamentos por meio de licitação para atender a funções de saúde pública, como a compra de vacinas ou de antirretrovirais para tratamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus* – HIV), mas não é comum a compra de medicamentos para o cuidado ambulatorial no âmbito de seus sistemas de saúde (Leopold, Habl e Vogler, 2008; Kanavos, Seeley e Vadoros, 2009). Na atenção hospitalar, a licitação é um mecanismo bastante utilizado, sendo a compra geralmente realizada pelos hospitais (EuropaBio, 2015; Martens e Carbonnelle, 2014).

Em alguns casos, a licitação também pode ser feita para a obtenção de descontos na dispensação de medicamentos. Dois exemplos, aparentemente pouco usuais, ilustram essa situação. Na Alemanha, as seguradoras do sistema de seguro social realizam licitação para a celebração de contratos de reembolso de desconto (*rebate*). Por esse tipo de contrato, tanto as indústrias quanto

11. Aqui se usa a ideia por trás da terceirização, que é a realização das atividades por outra organização. Mas, nos casos analisados neste estudo, não há estabelecimento de contrato com distribuidoras para aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos. Há um único caso em que o armazenamento e a distribuição são feitos mediante contrato: o México. Na aquisição pela administração pública, os valores relativos à logística são incluídos no preço dos produtos, e a empresa vencedora da licitação entrega os medicamentos diretamente às unidades de saúde.

as farmácias reembolsam à seguradora um valor previamente determinado pela dispensação de medicamentos nas farmácias privadas. Não se trata do desconto que se obtém no ato da compra de algo (porque as seguradoras não compram os medicamentos) mas sim de um mecanismo de ressarcimento do desconto acordado, pós-venda dos produtos aos usuários, sendo o destinatário desse ressarcimento a seguradora (Kanavos, Seeley e Vandoros, 2009). No Chile, o Fonasa realiza licitações para o credenciamento de farmácias privadas para venda de medicamentos aos seus segurados. São credenciadas as farmácias que concederem maiores descontos, que passam a constar de uma lista de estabelecimentos farmacêuticos recomendados por esse fundo.¹²

Quanto ao copagamento pelos usuários, mesmo nos países europeus mencionados, todos de alta renda, a adoção da medida pode se constituir barreira de acesso a medicamentos para alguns grupos populacionais. Embora o copagamento contribua para a redução do gasto dos sistemas de saúde com produtos farmacêuticos, pode ocorrer também diminuição do uso de medicamentos importantes no tratamento de condições crônicas (Luiza *et al.*, 2015). Em países de menor renda, os efeitos do copagamento sobre o acesso podem ser ainda mais pronunciados.

Veja-se a evidência a seguir. O Brasil foi classificado como modelo 3 de organização da AF porque a forma principal de acesso a medicamentos se dá por meio do SUS. Mas o país também implementou o Programa Farmácia Popular, que funciona na lógica do modelo 1. O programa opera com uma rede de farmácias privadas e duas modalidades de acesso a medicamentos. Na modalidade gratuidade, as farmácias não podem cobrar nenhum valor dos usuários e são ressarcidas pelo Ministério da Saúde em valor previamente definido para cada unidade de medicamento dispensada. Essa modalidade abrange medicamentos para tratamento da hipertensão, diabetes e asma. Na modalidade copagamento, as farmácias são livres para praticar preços de venda diferenciados, de forma que o copagamento do usuário varia em função do preço de venda do medicamento e, conseqüentemente, do subsídio dado pelo governo em relação ao preço de venda. De um lado, o estabelecimento da gratuidade no programa fez com que o número de usuários aumentasse rapidamente. Por outro lado, a redução do subsídio na modalidade copagamento resultou na diminuição do número de pessoas com acesso ao programa (Almeida e Vieira, 2020).

Em relação à escolha do modelo de organização da AF pelos países, este estudo aporta evidências de que a renda nacional é um importante fator de determinação dessa escolha. A maioria dos países de alta renda optou pela implementação do modelo 1. Enquanto os países de média-alta renda adotaram o modelo 2 ou o 3. Como mencionado anteriormente, há indícios de que o modelo 3 pode ser menos oneroso para o sistema de saúde do que o modelo 1, como mostram

12. Disponível em: <<https://bit.ly/3ytfB0u>>.

os estudos que comparam a dispensação de medicamentos no SUS com a dispensação por meio do Farmácia Popular (Silva e Caetano, 2016; Garcia, Guerra Júnior e Acúrcio, 2017). Além disso, os vários esforços dos países que implementaram o modelo 1 para conter o gasto com medicamentos também constituem indícios do custo elevado desse modelo.

Adicionalmente, o custo do modelo 1 parece ser uma explicação forte para o fato de a OMS recomendar a adoção do modelo 3. Tome-se por exemplo a experiência brasileira de cooperação com a Opas, que é o escritório regional da OMS para as Américas. Ainda que a opção da OMS não seja explícita, pois nem sequer se discutem distintos modelos de organização da AF na atenção ambulatorial, a orientação para o modelo 3 está presente nos manuais por ela publicados, os quais constituem diretrizes para os governos e seus técnicos organizarem a AF (Quick *et al.*, 1997; MSH, 2012).

Cada uma das atividades do ciclo da AF é abordada em profundidade nesses manuais, com o objetivo de apoiar os países na organização dessa área e na formulação de políticas voltadas à ampliação do acesso a medicamentos por suas populações (Quick *et al.*, 1997; MSH, 2012). Essas diretrizes também estão presentes em inúmeros documentos técnicos e em consultorias e cursos ofertados por especialistas dessa organização. Um desses trabalhos resultou na publicação de um livro visando orientar os gerentes da AF em municípios a organizar adequadamente esse conjunto de ações e serviços de saúde. Como já se verificou em estudos sobre o papel de organizações internacionais, a prática do ensino constitui importante mecanismo utilizado por elas para a transferência de política a países de baixa e média renda (Bennett *et al.*, 2015).

No Brasil, onde a cooperação com a Opas vem se estabelecendo há muito anos, não parece ter ocorrido qualquer discussão sobre alternativas para a organização da AF. O modelo 3 foi o induzido pela Opas, adotado no SUS e reforçado em manual técnico do Ministério da Saúde (Brasil, 2006). A influência da Opas/OMS na discussão sobre a AF também se constata pelo referencial teórico apresentado neste texto.

Não se está julgando o efeito indutor da OMS, mas apenas evidenciando a sua existência e a opção da organização para a indução do modelo 3 nos países de baixa e média renda. Como mostra este estudo, há uma associação desse modelo com o fato de o país ter firmado acordo de cooperação com a OMS para a realização de atividades de AF. Essas cooperações se estabelecem por demanda dos próprios países de renda baixa e média, premidos pela necessidade de assegurar o acesso de suas populações a medicamentos (Chorev, 2012).

Mais estudos são necessários para investigar os custos dos distintos modelos de organização da AF e de seus impactos sobre o acesso da população a medicamentos. Os resultados sugerem maior cautela para aqueles que desejam implementar o modelo 1 no SUS em lugar do atual

(Doria..., 2017). O SUS é subfinanciado e possui um dos menores gastos *per capita* em saúde entre os países analisados. Por razões diversas, entre elas o subfinanciamento, o sistema enfrenta problemas, como a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais (Nascimento *et al.*, 2017). Assim, antes de se propor e implementar a mudança do modelo, é preciso ter clareza sobre as consequências de tal alteração.

Para finalizar, é importante dizer que este estudo tem algumas limitações. O fato de a análise ter se baseado em fontes secundárias, documentos e dados públicos limita a compreensão da dinâmica atual dos países em relação à organização da AF, o que poderia ser captado por meio de entrevistas com gestores da saúde. Também se destacam as imprecisões, em alguns casos, na descrição do funcionamento da AF nesses documentos, gerando dificuldade para o entendimento da dinâmica adotada, ainda que várias publicações tenham sido consultadas. Arranjos de implementação de políticas e de operação de serviços podem não estar completamente descritos em documentos oficiais ou em publicações acadêmicas.

Outra limitação está associada à base teórica utilizada. A perspectiva funcionalista aplicada aos estudos organizacionais possibilita a elaboração de descrições sobre como as funções são realizadas e, conseqüentemente, a identificação de modelos. Entretanto, ela é insuficiente para explicar em sua totalidade a razão de os países terem adotado um ou outro modelo. Como visto, a renda é um importante fator de determinação da sua escolha. O custo da oferta de medicamentos pelo sistema de serviços de saúde gera impacto orçamentário relevante, o que pode explicar em grande parte a opção pelos modelos 2 e 3 entre os países de renda mais baixa – seriam modelos menos onerosos que o modelo 1. Contudo, não se pode desconsiderar que essa escolha também é resultado das trajetórias históricas e das disputas políticas de cada contexto. Ademais, os ambientes institucionais dos países são distintos, envolvendo federações e países unitários, o que pode influir sobre o modelo adotado. Esses fatores explicativos não podem ser compreendidos com a adoção do referencial teórico utilizado neste texto, o que também não foi objetivo deste estudo.

Apesar das limitações apontadas, entende-se que este estudo faz uma contribuição relevante ao aportar mais um degrau na compreensão sobre como vários países se organizam para assegurar o acesso de suas populações a medicamentos e sobre a associação dessas formas à sua renda, uma medida importante de sua capacidade de pagamento.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. *et al.* Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3woJvRK>>.
- ALBREHT, T. *et al.* Slovenia: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 18, n. 3, p. 1-207, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/3bl6csk>>.
- ALMEIDA, A. T. C.; VIEIRA, F. S. **Copagamento dos usuários no programa Farmácia Popular do Brasil**: um estudo exploratório da rede conveniada. Rio de Janeiro: Ipea, 2020. (Texto para Discussão, n. 2585).
- BARROS, P. P. Pharmaceutical policies in European countries. **Advances in Health Economics and Health Services Research**, v. 22, p. 3-27, 2010.
- BELLONI, A.; MORGAN, D.; PARIS, V. **Pharmaceutical expenditure and policies**: past trends and future challenges. Paris: OECD, 2016. (OECD Health Working Papers, n. 87). Disponível em: <<https://bit.ly/3wqGyA1>>.
- BENNETT, S. *et al.* Altogether now... Understanding the role of international organizations in iCCM policy transfer. **Health Policy and Planning**, Oxford, p. ii26-ii35, 2015. Suplemento 2.
- BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; CHAVES, G. C. Novos medicamentos: quem poderá pagar? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, 2016. Suplemento 2.
- BERNAL-DELGADO, E. *et al.* Spain: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 20, n. 2, p. 1-179, 2018.
- BOSLAUGH, S. E. **Health care systems around the world**: a comparative guide. Washington: Sage Publications, 2013.
- BOTTLE, A. **Logistic regression in R for public health**. London: Imperial College London (Coursera), 2020.
- BOYLE, S. United Kingdom (England): health system review. **Health Systems in Transition**, v. 13, n. 1, p. 1-486, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/3tJply9>>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: MS, 2001. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios, n. 25). Disponível em: <<https://bit.ly/3f8EbKN>>.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 52, 20 maio 2004. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília: MS, 2006. (Série A: Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<https://bit.ly/3nw8pKL>>.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: MS, 2010. (Série B: Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <<https://bit.ly/3m7QCK2>>.

_____. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1, 28 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 190, p. 598, 3 out. 2017.

BRASTED, C. *et al.* Pricing and reimbursement schemes in major European countries: United Kingdom. **EU Pricing and Reimbursement**, p. 48-55, Nov. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3u39RXH>>.

BUSSE, R.; BLÜMEL, M. Germany: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 16, n. 2, p. 1-296, 2014.

CABRAL, A. A sociologia funcionalista nos estudos organizacionais: foco em Durkheim. **CADERNOS EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 1-15, 2004.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Iramuteq: um *software* gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CASTRO, R. Health care delivery system: Mexico. *In*: COCKERNAM, W. C.; DINGWALL, R.; QUAH, S. R. (Ed.). **The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society**. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2014. p. 836-842.

CFF – CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados**. Brasília: CFF, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/35Ebgez>>.

_____. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade**: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: CFF, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/3fbBvfF>>.

CHEVREUL, K. *et al.* France: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 17, n. 3, p. 1-218, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/3hGxslv>>.

CHOREV, N. **The World Health Organization between North and South**. New York: Cornell University Press, 2012.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 563-613.

_____. A análise comparada na avaliação de serviços e sistemas de saúde. *In*: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. (Org.). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Editora Unicamp, 2011. p. 159-184.

CONILL, E. M. *et al.* Organização dos serviços de saúde: a comparação como contribuição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 328-346, 1991.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. G.; ROWE, R. **Estatística sem matemática para as ciências da saúde**. São Paulo: Penso Editora, 2017.

DARVENNE, M. Brasil e China: cooperação em saúde e perspectivas. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). **Saúde e política externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)**. Brasília: MS, 2018. p. 165-183.

D'ECCLESIIIS, S.; FRUSCALZO, R. Pricing and reimbursement schemes in major European Countries: Italy. **EU Pricing and Reimbursement**, p. 24-34, Nov. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3u39RXH>>.

DIAS, L. L. S.; SANTOS, M. A. B.; PINTO, C. B. S. Regulação contemporânea de preços de medicamentos no Brasil: uma análise crítica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 543-558, 2019.

DOLMANS, A. Pricing and reimbursement schemes in major European countries: Spain. **EU Pricing and Reimbursement**, p. 40-44, Nov. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3u39RXH>>.

DONALDSON, L. Teoria da contingência estrutural. *In*: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. R. (Org.). **Handbook de estudos organizacionais: modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1998. v. 1. p. 105-133.

DORIA quer distribuir remédio do SUS em farmácia particular. **Exame.com**, 6 jan. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3cLmuAC>>.

DŽAKULA, A. *et al.* Croatia: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 16, n. 3, p. 1-162, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3fDzfOB>>.

ECONOMOU, C. *et al.* Greece: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 19, n. 5, p. 1-192, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2RDJsTd>>. Acesso em: 18 maio 2021.

EUROPABIO. **White paper on public procurement of biological medicines**. Brussels: EuropaBio, 2015.

FANG, Y. Pharmaceutical policy in China. *In*: BABAR, Z. (Ed.). **Pharmaceutical policy in countries with developing healthcare systems**. Cham: Springer Nature, 2017. p. 169-191.

FERRÉ, F. *et al.* Italy: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 14, n. 4, p. 1-168, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3v9JzER>>.

FUKUDA, T. Cost vs value: what is the fair price of a drug? Drug pricing in Japan. *In*: ISPOR ASIA PACIFIC CONFERENCE, 2018, Tokyo, Japan. **Proceedings...** [s.l.]: Ispor, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3fGB9Oq>>.

GAÁL, P. *et al.* Hungary: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 13, n. 5, p. 1-266, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2Rv5KH2>>.

GARCIA, M. M.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. A. Avaliação econômica dos programas Rede Farmácia de Minas do SUS *versus* Farmácia Popular do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 221-233, 2017.

GULYAEVA, N.; SEDYKH, M. The Russian Federation. *In*: HOGAN LOVELLS. **EU pricing and reimbursement: pricing and reimbursement schemes in major European countries**. [s.l.]: Hogan Lovells, Nov. 2014. p. 45-47. Disponível em: <<https://bit.ly/3u39RXH>>. Acesso em: 18 maio 2021.

HEALY, J.; SHARMAN, E.; LOKUGE, B. Australia: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 8, n. 5, p. 1-158, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/3bKJ2RS>>.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, Bethesda, v. 47, p. 533-543, 1990.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde: Brasil 2010-2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3lojKXC>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ISAGS – INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD *et al.* (Org.). **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad**. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2YVFjLx>>.

KAMAE, I. *et al.* Health technology assessment in Japan: a work in progress. **Journal of Medical Economics**, v. 23, n. 4, p. 317-322, 2020.

KANAVOS, P.; SEELEY, L.; VANDOROS, S. **Tender systems for outpatient pharmaceuticals in the European Union**: evidence from Netherlands, Germany and Belgium. London: LSE Health, 2009. Disponível em: <<https://politi.co/3v88Tee>>.

KAPLAN, W. A. *et al.* Comparison of medicines management strategies in insurance schemes in middle-income countries: four case studies. **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice**, v. 10, n. 17, p. 1-9, 2017.

KHABRIEV, R. *et al.* Pharmaceutical policy in Russia. In: BABAR, Z. (Ed.). **Pharmaceutical policy in countries with developing healthcare systems**. Cham: Springer Nature, 2017. p. 261-283.

KRASNIAK, L. C. *et al.* Análise do Seguro Popular de Saúde mexicano: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 273-285, 2019.

KRONEMAN, M. *et al.* The Netherlands: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 18, n. 2, p. 1-239, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/3yuY9sx>>.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. 3. ed. Florianópolis: UFSC; Brasília: Capes, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2ASCSQA>>.

LEOPOLD, C.; HABL, C.; VOGLER, S. **Tendering of pharmaceuticals in EU member states and EEA countries**: results from the country survey. Vienna: PPRI, 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/3458WeP>>.

LUIZA, V. L. *et al.* Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational use of medicines. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/3viBEFm>>.

_____. Pharmaceutical policy in Brazil. In: BABAR, Z. (Ed.). **Pharmaceutical policy in countries with developing healthcare systems**. Cham: Springer Nature, 2017. p. 123-149.

MANIADAKIS, N. *et al.* Comprehensive taxonomy and worldwide trends in pharmaceutical policies in relation to country income status. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 371, p. 1-11, 2017.

MARCHILDON, G. P. Canada: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 15, n. 1, p. 1-179, 2013.

MARIN, N. *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Opas; OMS, 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/3hJBC5c>>.

MARTENS, M.; CARBONNELLE, N. **Common legislation but diverging implementation approaches throughout the EU**. [s.l.]: Bird and Bird, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/34aCHuO>>.

MENDOZA-RUIZ, A. Pharmaceutical policy in Colombia. *In*: BABAR, Z. (Ed.). **Pharmaceutical policy in countries with developing healthcare systems**. Cham: Springer Nature, 2017. p. 193-219.

MSH – MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. **Managing access to medicines and health technologies**. Arlington: MSH, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/32XWIVt>>.

NAKAGAWA, S.; KUME, N. Pharmacy practice in Japan. **International Perspectives on Pharmacy Practice**, v. 70, n. 3, p. 232-242, 2017.

NASCIMENTO, R. C. R. M. *et al.* Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017. Suplemento 2.

NOVAES, H. M. D.; SOÁREZ, P. C. Organizações de avaliação de tecnologias em saúde (ATS): dimensões do arcabouço institucional e político. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, 2016. Suplemento 2.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION DEVELOPMENT. **OECD reviews of health systems: Mexico 2016**. Paris: OECD, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2ScDjgS>>.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia de cooperação técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012**. Brasília: OPAS, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2T0aoNI>>.

OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: los medicamentos esenciales**. Washington: OPS, 1990.

_____. **La estrategia de cooperación de la OPS/OMS con Argentina 2012-2016**. Buenos Aires: OPS, 2012a. Disponível em: <<https://bit.ly/3bNoWXf>>.

_____. **Estrategia de cooperación con Colombia 2011-2014**. Bogotá: OPS, 2012b. Disponível em: <<https://bit.ly/3vfktEr>>.

_____. **Estrategia de cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con México 2015-2018**. México: OPS, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/3wtQ1GG>>.

_____. **Estrategia de cooperación de la OPS/OMS con Argentina, 2017-2021**. Buenos Aires: OPS, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2T9yZj0>>.

PAHO – PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the development of pharmaceutical services in primary health care**. Washington: Paho, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/3f90BvD>>.

_____. Health systems and social protection in health. *In*: _____. **Health in the Americas**. Washington: Paho, 2012. p. 205-251. Disponível em: <<https://bit.ly/3oraZTU>>.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 547-573.

PANTELI, D. *et al.* Pharmaceutical regulation in 15 European countries. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 18, n. 5, p. 1-122, 2016.

PARIS, V.; BELLONI, A. **Value in pharmaceutical pricing**: country profile – Australia. Paris: OECD, 2014a. Disponível em: <<https://bit.ly/33RSBtY>>.

_____. **Value in pharmaceutical pricing**: country profile – Canada. Paris: OECD, 2014b. Disponível em: <<https://bit.ly/3u7hgoX>>.

PARIS, V.; DOCTEUR, E. **Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Canada**. Paris: OECD, 2006. (OECD Health Working Papers, n. 24). Disponível em: <<https://bit.ly/3vmLYfa>>.

PAULA, A. P. P. **Repensando os estudos organizacionais**: por uma nova teoria do conhecimento. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

PERSAUD, N. *et al.* Comparison of essential medicines lists in 137 countries. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, n. 97, p. 394-404, 2019.

POPOVICH, L. *et al.* Russian Federation: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 13, n. 7, p. 1-190, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/3bGaW1x>>.

PORTUGAL; WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Country Cooperation Strategy (CCS): 2015-2020**. Copenhagen: WHO, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2T5EwH7>>.

QUICK, J. D. *et al.* **Managing drug supply**: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals. 2. ed. Connecticut: Kumarian Press, 1997.

RICE, T. *et al.* United States of America: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 15, n. 3, p. 1-431, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/3wvveCZ>>.

RODRÍGUEZ, E. D. La atrofia del abastecimiento de medicinas en México. **Quinto Elemento Lab**, 22 sept. 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3vhEYAA>>.

ROEMER, M. I. **Perspectiva mundial de los sistemas de salud**. 1. ed. México: Siglo Veintiuno Editores, 1980.

SALMELA, M.; BERNHARD, H. Pricing and reimbursement schemes in major European Countries: France. **EU Pricing and Reimbursement**, p. 23-29, Nov. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3u39RXH>>.

SALVADOR, P. T. C. O. *et al.* Uso do *software* Iramuteq nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma *scoping review*. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, p. 1-9, 2018.

SALVIATI, M. E. **Manual do aplicativo Iramuteq**. Planaltina: Iramuteq, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3f998jP>>.

SARMA, K. **India**: pharmaceutical legal and regulatory environment. Washington: Food and Drug Law Institute, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/3yuTyXk>>.

SCHICKERT, J.; THIERMANN, A.; PAWLAK, M. Pricing and reimbursement schemes in major European countries: Germany. **EU Pricing and Reimbursement**, p. 13-22, Nov. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3u39RXH>>.

SEÁN, B. United Kingdom (England): health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 13, n. 1, p. 1-486, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/3f78HGE>>.

SHI, L.; YANG, H. Y.; CHENG, G. Time trends and determinants of pharmaceutical expenditure in China (1990-2009). **Pharmacoconomics**, Auckland, v. 32, n. 3, p. 257-264, 2014.

SILVA, E. N.; SILVA, M. T.; ELIAS, F. T. S. Sistemas de saúde e avaliação de tecnologias em saúde. *In*: NITA, M. E. *et al.* (Org.). **Avaliação de tecnologias em saúde**: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. São Paulo: Artmed Editora, 2010. p. 419-432.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Custos da assistência farmacêutica pública frente ao Programa Farmácia Popular. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 74, p. 1-11, 2016.

SIMÕES, J. *et al.* Portugal: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 19, n. 2, p. 1-184, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3oChTWu>>.

SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do *software* Iramuteq na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, 2018.

SULEMAN, F.; GRAY, A. Pharmaceutical policy in South Africa. *In*: BABAR, Z. (Ed.). **Pharmaceutical policy in countries with developing healthcare systems**. Cham: Springer Nature, 2017. p. 285-302.

TATAR, M. *et al.* Turkey: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 13, n. 6, p. 1-186, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/3u4OUf3>>.

TATARA, K.; OKAMOTO, E. Japan: health system review. **Health Systems in Transition**, Copenhagen, v. 11, n. 5, p. 1-164, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/3f9eHP1>>.

TIKKANEN, R. *et al.* **International health care system profiles: Japan**. [s.l.]: The Commonwealth Fund, 5 June 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/349NaGS>>.

UN – UNITED NATIONS. **Access to medicine in the context of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health**. New York: UN, Oct. 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/3AkqEKB>>.

UNITED STATES. **Medicare drug coverage (part D)**. Washington: [s.n.], 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/2RGdhCP>>. Acesso em: 18 maio 2021.

VAN DEN BOS, H.; FRANKEN, R. Pricing and reimbursement schemes in major European countries: the Netherlands. **EU Pricing and Reimbursement**, p. 35-39, Nov. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3u39RXH>>.

VARGAS-PELAEZ, C. M. *et al.* Pharmaceutical policy in Argentina. *In*: BABAR, Z. (Ed.). **Pharmaceutical policy in countries with developing healthcare systems**. Cham: Springer Nature, 2017. p. 97-121.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

_____. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2356).

_____. **A produção em saúde do Ipea: contribuição à promoção do desenvolvimento socioeconômico brasileiro**. Brasília: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2496).

VIEIRA, F. S.; MARQUES, D. C.; JEREMIAS, S. A. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *In*: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. *et al.* (Org.). **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 39-50.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 73-84, 2013.

VOGLER, S. *et al.* How can pricing and reimbursement policies improve affordable access to medicines? Lessons learned from European countries. **Applied Health Economics and Health Policy**, Auckland, v. 15, n. 3, p. 307-321, 2017.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **How to develop and implement a national drug policy**. 2nd ed. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2S47IOk>>.

_____. **Promoting rational use of medicines**: core components. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/33ATTx0>>.

_____. **The selection and use of essential medicines**. Geneva: WHO, 2003. (Technical Report Series, n. 914). Disponível em: <<https://bit.ly/38Qi7DL>>.

_____. **WHO country cooperation strategy**: India 2012-2017. New Delhi: WHO, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/3hG4TOK>>.

_____. **WHO country cooperation strategy for the World Health Organization and the Ministry of Health of the Russian Federation**: 2014-2020. Copenhagen: WHO, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2REHkdV>>.

_____. Country poster book. *In*: INTERNATIONAL PPRI CONFERENCE PHARMACEUTICAL PRICING AND REIMBURSEMENT POLICIES: CHALLENGES BEYOND THE FINANCIAL CRISIS, 3., 2015, Vienna. **Proceedings**... Vienna: WHO, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/3weQVqt>>.

_____. **WHO country cooperation strategy 2016-2020**: South Africa. Brazzaville: WHO, 2016a. Disponível em: <<https://bit.ly/3bL5hHg>>.

_____. **China-WHO country cooperation strategy 2016-2020**. Manila: WHO, 2016b. Disponível em: <<https://bit.ly/2RHjaiW>>.

_____. **Medicines reimbursement policies in Europe**. Copenhagen: WHO, 2018a. Disponível em: <<https://bit.ly/3fryzMr>>.

_____. **WHO country cooperation strategy at a glance**: Brazil. Geneva: WHO, 2018b. Disponível em: <<https://bit.ly/3wli2Ac>>.

_____. **India pharmaceutical profile 2017**. Geneva: WHO, 2018c. Disponível em: <<https://bit.ly/3hLJ7sf>>.

_____. **The WHO India country cooperation strategy 2019-2023**: a time of transition. New Delhi: WHO, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3fERGm6>>.

_____. **World health statistics 2020**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3eWHx57>>.

_____. **Global health expenditure database**. Geneva: WHO, 2021a. Disponível em: <<https://apps.who.int/nha/database>>.

_____. **Global health observatory data repositior**. Geneva: WHO, 2021b. Disponível em: <<https://bit.ly/3fEAWLH>>.

WORLD BANK. **World Bank country and lending groups**. Washington: World Bank, 2021. Disponível em: <<https://bit.ly/32YxYwg>>.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

EDITORIAL

Chefe do Editorial

Aeromilson Trajano de Mesquita

Revisão

Bruna Oliveira Ranquine da Rocha

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo

Elaine Oliveira Couto

Lis Silva Hall

Mariana Silva de Lima

Marlon Magno Abreu de Carvalho

Vivian Barros Volotão Santos

Débora Mello Lopes (estagiária)

Matheus Tojeiro da Silva (estagiário)

Rebeca Raimundo Cardoso dos Santos (estagiária)

Editores

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Mayana Mendes de Mattos

Mayara Barros da Mota (estagiária)

Capa

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico

Aline Cristine Torres da Silva Martins

*The manuscripts in languages other than Portuguese
published herein have not been proofread.*

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.



ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA
ECONOMIA



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL