



Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas (FACE)
Programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA

GLÁUCIA COSTA DE MORAES

**FARMÁCIA COMO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: UMA LEITURA DAS
COALIZÕES DE DEFESA PARA A DISCUSSÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA LEI
13.021/2014**

BRASÍLIA-DF

2022

GLÁUCIA COSTA DE MORAES

**FARMÁCIA COMO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: UMA LEITURA DAS
COALIZÕES DE DEFESA PARA A DISCUSSÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA LEI
13.021/2014**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, da Universidade de Brasília como requisito para a obtenção de título de Mestre em Administração – Mestrado Profissional em Administração. Área de Concentração: Administração Pública e Políticas Públicas.

Orientador: Professor Doutor João Mendes da Rocha Neto

BRASÍLIA-DF

2022

MORAES, Gláucia Costa

FARMÁCIA COMO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: UMA
LEITURA DAS COALIZÕES DE DEFESA PARA A DISCUSSÃO
DA IMPLEMENTAÇÃO DA LEI 13.021/2014

- Gláucia Costa de Moraes; orientador João Mendes da Rocha Neto. -
Brasília, 2022. 93 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Administração) -

- Universidade de Brasília, 2022.

Gláucia Costa de Moraes

**FARMÁCIA COMO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: UMA LEITURA DAS
COALIZÕES DE DEFESA PARA A DISCUSSÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA LEI
13.021/2014**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, da Universidade de Brasília como requisito para a obtenção de título de Mestre em Administração – Mestrado Profissional em Administração. Área de Concentração: Administração Pública e Políticas Públicas.

Aprovada em ___/___/_____

Prof. Dr. João Mendes da Rocha Neto
Orientador (Universidade de Brasília – PPGA/Unb)

Prof. Dr. Caio César de Medeiros da Costa
Examinador Interno (Universidade de Brasília – PPGA/Unb)

Dra. Suely Mara Vaz Guimarães de Araújo
Examinador Externo

Dra. Suylan de Almeida Midlej e Silva
Membro Externo

A Deus, aos meus mentores espirituais, aos meus queridos pais, Sara e Edson, aos meus irmãos, Edgar e Flávia, e ao meu companheiro de jornada, Gleno.

AGRADECIMENTOS

Concluir esse trabalho em um período pandêmico cheio de incertezas, medos e aprendizados só foi possível com a cooperação de muitos, de modo que não posso me furtar de agradecer a cada um pela gentil e paciente ajuda.

Aos membros da minha família, em especial ao meu esposo, Gleno, pelo companheirismo, lanches e jantares, compreensão e paciência, em virtude das reiteradas ausências, das longas horas de trabalho, dos planos adiados.

Ao meu irmão, Edgar, pela amizade e encorajamento de sempre. À minha irmã, Flávia, pela experiência acadêmica, empatia, auxílio com as revisões e apontamentos importantes.

À Emília que foi uma grande incentivadora, sempre disponível.

Agradeço ao Prof. Wellington Barros por todo o auxílio prestado, pelos materiais de pesquisa, pelas longas conversas e reflexões, pelas inúmeras horas cedidas.

Aos novos amigos, frutos do mestrado, Juliane e Paulo, por me acolherem e compartilharem momentos importantes nessa jornada de muitas dúvidas.

A todos os participantes das entrevistas que cederam seu tempo e contribuíram de forma muito generosa.

Agradeço ao Prof. João Mendes, pela confiança em aceitar a orientação, e conduzi-la com serenidade, mas, ao mesmo tempo, objetividade. Ao Prof. Edgar Reyes (*in memoriam*) pelos ensinamentos no grupo de pesquisa GERIR e por sua incansável dedicação.

Ao amigo Maldonado por compartilhar boa parte da história sobre os bastidores do Congresso Nacional, e indicar atores de interesse. Ao Lucas de Sá que dedicou horas em me ajudar e tirar todas as dúvidas, além de fornecer materiais importantes.

À querida Victoria Gomez que dividiu seu conhecimento, experiência e referências na análise de conteúdo.

À Edvânia, do PPGA, que sempre auxiliou rapidamente em todas as demandas do mestrado.

RESUMO

A pesquisa buscou compreender por que a lei 13.021/14, que classifica o estabelecimento farmacêutico como unidade destinada a prover serviços de saúde, não foi implementada integralmente e, para tanto, foi utilizado o modelo do *Advocacy Coalition Framework* como teoria norteadora. A norma resultou de um processo político que durou cerca de 20 anos e foi fruto da negociação entre diversos atores do subsistema político. Foi realizada análise documental e pesquisa semiestruturada com 9 atores e, por meio da teoria utilizada foi possível identificar duas coalizões antagônicas disputando interesses sobre o estabelecimento farmacêutico: coalizão do varejo e coalizão da farmácia. Os achados permitiram registrar os fatos cronológicos até a aprovação da lei, analisar os choques internos e externos que influenciaram a política, e identificar os recursos utilizados pelas coalizões. Os dados indicam que os entraves à implementação integral da lei estariam na atuação do farmacêutico, na regulação sanitária e na visão da sociedade que todavia não reconhece a farmácia como local de prestação de serviços de saúde. No entanto, resta claro que a operacionalização integral da lei traria benefícios à saúde pública garantindo a ampliação do acesso ao direito social.

Palavras-chave: coalizão de defesa; lei 13.021/201; implementação de políticas públicas; farmácia comunitária

ABSTRACT

This research aimed to understand why law 13.021/14, which classifies the pharmacy as a unit intended to provide health services, was not fully implemented and, for that, the Advocacy Coalition Framework model was used as a guiding theory. The legislation resulted from a political process that lasted about 20 years and was the result of negotiation between various actors of the political subsystem. Documentary analysis and semi-structured research were carried out with 9 actors and, through the theory used, it was possible to identify two opposed coalitions disputing interests over the pharmacy: retail pharmacy coalition and pharmacy coalition. The findings allowed to record the chronological facts until the law was approved, analyze the internal and external shocks that influenced the policy, and identify the resources used by the coalitions. Data indicate that the obstacles to the full implementation of the law would be in the pharmacist's performance, in health regulation and in the vision of society that does not recognize the pharmacy as a place of provision of health services. However, it remains clear that the full implementation of the law would bring benefits to public health, assuring the expansion of access to social rights.

Keywords: advocacy coalition; law 13.021/2014; policy implementation; community pharmacy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Quadro analítico do modelo do ACF.....	21
Figura 2- Nuvem de palavras da coalizão do varejo	48
Figura 3- Nuvem de palavras de coalizão da farmácia.....	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Documentos analisados.....	38
Quadro 2- Participantes da entrevista envolvidos na mobilização da lei 13.021/2014.....	39
Quadro 3- Participantes da entrevista complementar	40
Quadro 4- Roteiro de Perguntas.....	40
Quadro 5- Código de análise baseado em crenças a partir dos documentos analisados:	46
Quadro 6- Aplicação do código de análise à coalizão do varejo	48
Quadro 7- Posicionamentos centrais da coalizão do varejo com as respectivas correspondências ao código de análise	49
Quadro 8- Aplicação do código de análise à coalizão da farmácia.....	52
Quadro 9- Posicionamentos centrais da coalizão da farmácia com as respectivas correspondências ao código de análise	53
Quadro 10- Convergência de ideias das duas coalizões a partir das entrevistas.....	57
Quadro 11- Recursos das coalizões.....	62
Quadro 12- Questões sobre políticas públicas na farmácia comunitária	64
Quadro 13- Posicionamentos dos entrevistados sobre pontos positivos e limitações da lei 13.021/14.....	68
Quadro 14- Modelo ideal de farmácia, papel do farmacêutico no modelo ideal e desafios futuros.....	70

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Abcfarma – Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico
ACF – *Advocacy Coalition Framework*
Abrafarma – Associação Brasileira de Rede de Farmácias e Drogarias
AF – Assistência Farmacêutica
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCJR – Comissão de Constituição e Justiça e de Redação
CDC – Comissão de Defesa do Consumidor
CFE – Conselho Federal de Farmácia
Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRF – Conselho Regional de Farmácia
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito
CSSF – Comissão de Seguridade Social e Família
CTASP – Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público
Enefar – Executiva Nacional de Estudantes de Farmácia
Feifar – Federação Interestadual da Farmacêuticos
Fenafar – Federação Nacional de Farmacêuticos
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MCD – Modelo de Coalizão de Defesa
MIP – Medicamento isento de prescrição
MP – Medida Provisória
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Panamericana da Saúde
PL – Projeto de Lei
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PT – Partido dos Trabalhadores
RDC – Resolução de Diretoria Colegiada
Sinitox – Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
1.1	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	17
1.2	HIPÓTESE	17
1.3	OBJETIVOS.....	18
1.3.1	Objetivo Geral	18
1.3.2	Objetivos Específicos	18
1.4	JUSTIFICATIVA	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	ADVOCACY COALITION FRAMEWORK (ACF)	20
2.2	IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	28
2.3	POLÍTICAS DE SAÚDE	31
2.4	DIREITOS À SAÚDE E À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	33
3	METODOLOGIA	36
3.1	TIPO E DESCRIÇÃO GERAL DA PESQUISA	36
3.2	PROCEDIMENTO E COLETA DE DADOS.....	37
3.2.1	Análise Documental	37
3.2.2	Entrevistas	39
3.3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	42
4	ORGANIZANDO OS FATOS PARA COMPREENDER A TRAJETÓRIA DE QUASE DUAS DÉCADAS PARA A MUDANÇA POLÍTICA	43
4.1	DEBATES PRELIMINARES: PROJETO DE LEI 4.385/1994 E LEI FEDERAL 13.021/2014	43
4.2	ELABORAÇÃO DO CÓDIGO DE ANÁLISE.....	45
4.3	FORMAÇÃO DAS COALIZÕES.....	46
4.3.1	Coalizão do varejo	47
4.3.2	Coalizão da farmácia	52
4.4	APROFUNDANDO A UTILIZAÇÃO DO MODELO TEÓRICO “ADVOCACY COALITION FRAMEWORK” ÀS DISCUSSÕES	56
4.4.1	Subsistema	56
4.4.2	Crenças	56
4.4.3	Eventos/Choques internos e externos	58
4.4.4	<i>Policy-oriented learning</i> e a interação das coalizões	59
4.4.5	Recursos	61

4.5	DIREITO AO ACESSO À SAÚDE.....	63
4.6	IMPLEMENTAÇÃO.....	63
4.7	DISCUSSÃO GERAL	77
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	92

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos 60 anos, a profissão farmacêutica passou por muitas mudanças, sendo que, no século XX, a Farmácia vivenciou três períodos: o tradicional, o de transição, e o de desenvolvimento do cuidado ao paciente. Cada fase foi marcada por diferentes modelos do papel social da farmácia, com suas distintas funções e obrigações (HEPLER, 1990).

No início do século XX, no período tradicional, a farmácia tinha o papel social de boticária com a preparação e venda de fórmulas pelo farmacêutico que, além de garantir a qualidade das formulações, orientava os pacientes que solicitavam a indicação de medicamentos. Gradualmente, esse papel tradicional foi mudando com a preparação de medicamentos a partir da indústria farmacêutica; e a escolha terapêutica passou a ser realizada pelo médico. Em meados da década de 1960, começou a se desenvolver a farmácia clínica, quando teve início um período de transição com a rápida expansão das funções e a ampliação da diversidade profissional. Parecia que a farmácia retomava a sua importância no cuidado à saúde de outrora, porém, o foco permaneceu muito mais no medicamento do que no indivíduo. No final do século XX, a farmácia entrou em um período de desenvolvimento do cuidado ao paciente, uma fase de maturação profissional onde a preocupação seria o bem-estar do indivíduo (HEPLER, 1990).

Durante a pandemia de Covid-19, quando foi decretado o *lockdown* em quase todo o mundo – inclusive no Brasil – como medida de isolamento social para conter a contaminação pelo vírus Sars-CoV-2, permitiu-se somente a abertura de estabelecimentos considerados essenciais à população, dentre eles as farmácias e drogarias, de modo que esses locais permaneceram abertos para o fornecimento de medicamentos e correlatos, equipamentos de proteção individual, além da produção e venda de álcool em gel.

Normalmente, o contato inicial do usuário de medicamentos, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2013) ocorre na farmácia, sendo esta frequentemente de fácil acesso. Em pesquisa realizada no Reino Unido, constatou-se que 99% das pessoas – mesmo as que residiam em regiões mais afastadas – conseguiam deslocar-se a uma farmácia em até vinte minutos, e 96% conseguiam chegar a pé ou em transporte público (OPAS, 2013).

No Brasil, existem 88.970 farmácias e drogarias privadas registradas em todo o território nacional, conforme dados do Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2020). O setor de varejo farmacêutico segue em expansão e, segundo a Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma), em 2020 houve alta de 7,76% de faturamento no setor em relação a 2019 (ABRAFARMA, 2020).

Em 2014, com a aprovação da Lei Federal 13.021/14, a farmácia no Brasil passou a ser considerada unidade de prestação de serviços destinada a oferecer assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, oficinais, farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos (BRASIL, 2014).

Além disso, a lei determina a obrigatoriedade de presença do profissional farmacêutico durante todo o período de funcionamento dos estabelecimentos. No país, não há restrição para que um cidadão comum abra uma farmácia, sendo exigida, no entanto, a contratação de um farmacêutico responsável, o qual não pode ser desautorizado pelo proprietário, nos termos da norma atual.

No entanto, tal norma resultou de um Projeto de Lei que tramitou no Congresso Nacional por aproximadamente vinte anos. O projeto inicial, de 1993, ancorado numa interpretação dada à Lei Federal 5.991/1973 que regula o funcionamento de farmácias e drogarias, propunha dispensar a obrigatoriedade de farmacêutico nos estabelecimentos sem manipulação. O benefício da proposta residiria na possibilidade de expansão do mercado, com maior abertura no número de lojas pelo país. Consequentemente, iniciou-se uma mobilização de atores favoráveis e contrários a tal proposta, oriundos de diferentes filiações político-partidárias e organizacionais.

Embora tais negociações tenham culminado na aprovação de um texto substitutivo – a Lei 13.021/2014 – essa legislação ainda não foi completamente implementada. Observa-se que, no Brasil, prevalece uma percepção de que a farmácia é um estabelecimento comercial e de que o medicamento é uma mercadoria. A prática profissional farmacêutica está mais voltada a atividades administrativas do que a políticas de saúde e de medicamentos, e o farmacêutico não é reconhecido como profissional de saúde nesses estabelecimentos. Existe uma predominância dos interesses econômicos sobre os interesses de saúde coletiva (OPAS, 2002; ALENCAR et al., 2018).

Diante do exposto, esta dissertação teve por finalidade investigar, por meio de uma pesquisa qualitativa, as razões para a não operacionalização integral da Lei 13.021/14 nas farmácias – convencionalmente denominadas na nomenclatura internacional farmácias comunitárias (*community pharmacies, farmacias comunitarias, farmacias de la comunidad*). As farmácias comunitárias prestam atenção primária à saúde à determinada comunidade que habita ou trabalha próxima a tais estabelecimentos (BARETA, 2003). Nessa pesquisa, para fins de nomenclatura, “farmácia comunitária”, “drogaria” ou apenas “farmácia” foram termos

utilizados para designar estabelecimento farmacêutico não hospitalar e não ambulatorial de propriedade privada.

Retomando a aprovação da Lei 13.021/2014, o processo de sanção dessa norma contou com múltiplos grupos de interesse provenientes do governo, do varejo farmacêutico, da categoria de classe, e de sindicatos. Para tanto, a fim de entender o percurso de mobilização até a aprovação da lei, recorreu-se ao *Advocacy Coalition Framework (ACF)*, como teoria norteadora da pesquisa.

O *Advocacy Coalition Framework (ACF)* é um modelo teórico que foi proposto em 1988 por Sabatier e Jenkins-Smith, aprimorado por Sabatier e Weible, utilizado para compreender a “[...] formulação e os padrões de mudanças nas políticas públicas”, ao longo de uma década ou mais (CAPELARI et al., 2015, p. 91). Ademais, o ACF busca demonstrar como grupos concorrentes (*advocacy coalitions*) travam disputas por políticas vencedoras em dado subsistema político fazendo uso de táticas políticas para influenciar as decisões, além de utilizar informações técnicas e científicas para afetar pontos de vista das outras coalizões (SABATIER, 1988 *apud* VICENTE, 2015). O ACF fornece um guia para que os pesquisadores compreendam as complexidades do conflito político e da mobilização política (SABATIER e WEIBLE, 2007).

Adicionalmente, mostrou-se útil à pesquisa abordar a literatura sobre a implementação de políticas públicas para fomentar a discussão que se pretendeu promover. De acordo com Secchi (2019), dentre as razões que influenciam a não concretização das políticas públicas conforme foram idealizadas destaca-se a “[...] presença de interesses antagônicos entre aqueles que interferem na implementação da política pública” (SECCHI, 2019, p. 68). Cavalcanti e Sobrinho (2017) observam que em virtude dos diversos interesses envolvidos, bem como da relevância econômica de determinada questão, esperam-se manifestações opostas à política e mesmo a intenção de mudança ao implementá-la.

Por fim, com a finalidade de ampliar a discussão teórica, incluiu-se no referencial teórico reflexões sobre as políticas de saúde e os direitos à saúde e à assistência farmacêutica. Nesse sentido, cumpre regatar que, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, quando foi firmado um acordo entre os países-membros a fim de atingir, até o ano de 2000, patamar de saúde que permitisse a todos os povos do mundo ter uma vida social e produtiva, por meio dos cuidados primários à saúde (OMS, 1978). A Declaração de Alma Ata estabeleceu que a atenção primária à saúde:

[...] representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, p. 1-2).

É na atenção primária onde ocorre o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde e é onde poderiam ser resolvidos parte dos problemas de saúde das pessoas. O Estado, ao permitir o funcionamento de drogarias durante a pandemia, reconheceu a essencialidade desses estabelecimentos para a população. Mas, resta entender por que a Lei 13.021/2014 ainda não foi integralmente operacionalizada diante de seu papel de garantir a assistência farmacêutica¹ como direito de cidadania assegurado por lei, enquanto os estabelecimentos perpetuam uma lógica de mercado, funcionando fundamentalmente como comércio.

1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Partindo do entendimento de que o *policymaking* nas sociedades contemporâneas é um processo complexo que envolve diversos atores motivados por distintos interesses, e considerando a mobilização realizada para a aprovação da Lei 13.021/2014 – que contou com uma disputa entre grupos antagônicos – esse projeto propôs a seguinte pergunta de pesquisa: **Considerando as coalizões envolvidas na aprovação da Lei 13.021/2014, que estratégias concorrem para a não operacionalização integral da norma jurídica?**

1.2 HIPÓTESE

Apesar de o modelo teórico que norteia essa pesquisa oferecer doze hipóteses no que diz respeito a coalizões de defesa, aprendizado político e mudança política, que serão abordadas no referencial teórico, essa investigação propôs uma hipótese específica – o que não impede que sejam testadas aquelas elencadas pelo ACF.

De tal modo, diante da pergunta de pesquisa, esta investigação partiu da seguinte hipótese: **a implementação da Lei 13.021/2014 na sua integralidade, enquanto uma política pública, concorre com o lugar dessa operacionalização, qual seja, o mercado farmacêutico, ambiente privado.**

¹De acordo com a Lei 13.021/14, “[...] entende-se por assistência farmacêutica o conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional” (BRASIL, 2014).

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Em virtude do que foi exposto, o objetivo geral da pesquisa foi investigar as razões para a não operacionalização integral da Lei 13.021/2014, com base no posicionamento dos grupos de interesse envolvidos.

1.3.2 Objetivos Específicos

Dado o objetivo geral, estabeleceram-se os objetivos específicos:

- Elaborar um resgate cronológico da mobilização de atores contra e a favor do Projeto de Lei 4.385/1994 que resultou na Lei 13.021/14;
- Verificar a existência de coalizões no dado processo, seus atores, e como influenciaram na aprovação da lei;
- Identificar os principais recursos das coalizões e como eles foram utilizados; e
- Investigar quais são os entraves à operacionalização integral da lei, após quase 8 anos de sua aprovação a partir da atuação dessas coalizões.

1.4 JUSTIFICATIVA

A pandemia da Covid-19 trouxe à tona complexas questões públicas e, conforme Nasciutti (2020), será imprescindível que o Estado brasileiro desenhe estratégias, principalmente de proteção social e sanitárias, vez que outras quarentenas e pandemias são previstas.

Considerando que as farmácias são o primeiro ponto de contato do usuário com o sistema de saúde, entende-se que por meio desses estabelecimentos seria possível ampliar o acesso à saúde no Brasil garantido pela Constituição de 1988. Além de a legislação de 2014 garantir a presença de um farmacêutico – profissional de saúde – em horário integral à população, há que se considerar a capilaridade das farmácias no território brasileiro, dado o grande número de unidades no país. Ou seja, advoga-se que as farmácias podem ser locais acessíveis, capazes de responder às necessidades de saúde das pessoas em complementação ao sistema, desempenhando seus papéis social e sanitário previstos na norma jurídica.

Acrescenta-se que a Lei 13.021/14 permite que farmácias disponham de soros e vacinas para atendimento imediato à população, o que possibilitaria uma ação em conformidade com o perfil epidemiológico de determinada região demográfica, cumprindo o disposto no Programa Nacional de Imunização (PNI), de controlar, eliminar e/ou erradicar doenças de importância epidemiológica para o país (BRASIL, 1998). Com o significativo número de farmácias no território nacional seria possível acelerar o processo de imunização da população, não somente em casos de pandemias, como também para outras doenças.

Esta dissertação também foi motivada por uma inquietação da pesquisadora decorrente de sua atividade profissional, que acompanhou parte da trajetória de mobilização até a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei 13.021/14. E, embora o Conselho Federal de Farmácia (CFF), órgão que regulamenta a profissão farmacêutica no país, tenha engendrado esforços para oferecer capacitações aos farmacêuticos de modo a atuarem como prestadores de serviços em farmácias e drogarias, os estabelecimentos mantêm majoritariamente finalidade comercial.

Do ponto de vista de contribuição social, a pesquisa pretendeu fomentar uma discussão sobre a relevância que a implementação integral da legislação traria em benefício da saúde pública. Espera-se que, ao serem identificadas as razões para a não operacionalização integral da norma, os resultados da pesquisa sejam capazes de apontar futuras mudanças, ou trazer *insights* para novas investigações científicas.

Ademais, de uma perspectiva acadêmica, a pesquisa justificou-se pela importância de abordagens pluralísticas e colaborativas para a produção de conhecimento na intersecção da saúde pública com a ciência política, especificamente no que se refere ao *policy-making* (BROOKS, 2018) deslocando a produção científica para um olhar de administração pública e não só da saúde. Analisar o setor farmacêutico possibilita aos pesquisadores compreenderem e criticarem reformas de saúde orientadas para o mercado (LARSEN ET. AL, 2006).

Quanto à sua estrutura, a dissertação, além da introdução ora apresentada, organiza-se da seguinte forma: o capítulo 2 contém o referencial teórico com a síntese da literatura acerca do *Advocacy Coalition Framework*, implementação de políticas públicas, políticas de saúde, e direitos à saúde e à assistência farmacêutica. O capítulo 3 discorre sobre a metodologia aplicada na pesquisa, desde a sua caracterização geral e os procedimentos para a coleta e a análise dos dados. Na sequência, o capítulo 4 apresenta os dados com as respectivas análise e discussão e, finalmente, o último capítulo traz as considerações finais da pesquisa, incluindo suas limitações e sugestões para estudos futuros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresentam-se os principais pressupostos teóricos que foram utilizados para a discussão da pesquisa. Para tanto, foram consultadas bases de dados nacionais e internacionais com as palavras-chave “ACF”, “*Advocacy Coalition Framework*”, “*coalition*”, “coalizões de defesa”, bem como “implementação de políticas públicas” e “*policy implementation*”, até se atingir um ponto de saturação teórica, isto é, quando novos textos não incrementarem o que já foi explicitado. O capítulo termina com teorias sobre políticas de saúde e direitos à saúde e à assistência farmacêutica.

Ademais, foram consultadas outras fontes que versem sobre as teorias e as legislações mencionadas, tais como dissertações e teses, além da mídia geral, de forma pontual para identificar momentos históricos que situem os acontecimentos que levaram à aprovação da Lei 13.021/2014.

2.1 ADVOCACY COALITION FRAMEWORK (ACF)

O *Advocacy Coalition Framework* (ACF) ou (Modelo de Coalização de Defesa – MCD) foi publicado primeiramente em 1988, nos Estados Unidos, com o objetivo de lidar com *wicked problems* e, a partir de então, passou por outras revisões desde a sua concepção, à medida que pesquisadores avançam com o uso da teoria. O modelo interessa-se em compreender o papel que a informação técnica/científica tem no processo político, além de focar em crenças e ideias para a mudança política. Num primeiro momento, o ACF estava voltado exclusivamente à área de expertise de seus pesquisadores: política ambiental e energia; além de estar muito restrito aos Estados Unidos. No entanto, a partir de 1998-1999, o ACF começou a ser utilizado para balizar pesquisas em outras áreas, além de ser adotado em outros países com diferentes modelos políticos (SABATIER; WEIBLE, 2007).

O ACF é uma teoria utilizada para compreender os processos e os resultados dos subsistemas políticos. O termo “participantes políticos” é usado para descrever uma grande variedade de atores que direta e indiretamente tentam influenciar os assuntos do subsistema (SABATIER; WEIBLE, 2009).

De acordo com Sabatier e Weible (2007), desde 1998 o ACF tem se mostrado como um dos modelos mais promissores para as pesquisas em políticas públicas, tendo como propósito explicar as mudanças de crença e de política em longos períodos. Ainda, o ACF fornece um

guia para que os pesquisadores compreendam as complexidades do conflito político e a mobilização. Vicente (2015) destaca, porém, que o ACF ainda é tímido no Brasil, comparando-se ao seu uso na Europa e América do Norte.

Segundo Weible et al. (2011), desde a sua concepção, o ACF estabeleceu as seguintes suposições: o subsistema político é a principal unidade de análise; uma perspectiva a longo prazo é necessária para compreender as relações dos subsistemas; o amplo conjunto de atores envolvidos no sistema político pode ser agregado em coalizões; e os projetos políticos são interpretados como traduções das crenças das coalizões. A figura 1 ilustra o quadro analítico do modelo do ACF.

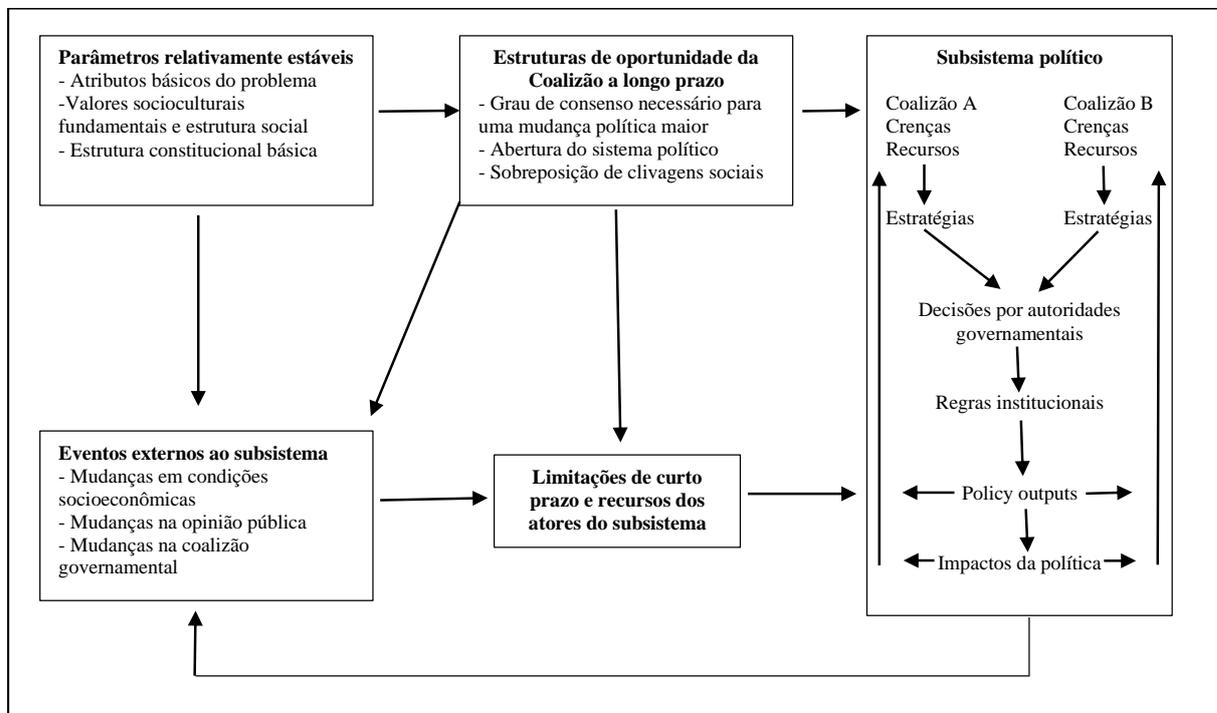


Figura 1- quadro analítico do modelo do ACF.

Fonte: adaptado de Weible et. al (2011)

O subsistema político é a unidade de análise mais apropriada para entender as formulações ou mudanças nas políticas públicas. É formado por um grupo de atores, sejam individuais ou coletivos, de instituições públicas ou privadas orientados a influenciar as decisões em dado campo de políticas públicas. Os participantes da política na perspectiva do ACF saem do tradicional “triângulo de ferro” que concentra apenas legisladores, agências oficiais e líderes de grupos de interesse, para agregar outros atores (SABATIER; WEIBLE, 2007).

“Atores”, na literatura de ciências políticas, são “[...] indivíduos, grupos ou organizações que desempenham um papel na arena política”, influenciando decisões,

sensibilizando a opinião pública, impactando no que entra na agenda política. O termo “ator” provém das artes cênicas justamente para explicar a interpretação de papéis, os quais não são estáticos, mas adaptáveis aos interesses envolvidos (SECCHI; COELHO; PIRES, 2019, p. 139).

Com relação à presença dos atores em determinada arena política, de acordo com Secchi, Coelho e Pires (2019), ela se dá em virtude do impacto que a política pública tem sobre suas atividades, além da implicação positiva ou negativa sobre elas. Também importa “[...] a presença territorial do ator na área de aplicação da política pública, bem como a acessibilidade dos processos decisórios e/ou de implementação das políticas públicas” (SECCHI, COELHO E PIRES, 2019, p. 142). Os atores na arena política possuem fortes crenças e estão motivados a traduzi-las em políticas públicas.

As coalizões de defesa são grupos de atores privados e públicos que partilham modelos de normas e modelos causais comprometendo-se em defender políticas públicas que estão em coerência com suas crenças, podendo haver um número variado de coalizões por área de política pública, cada uma lutando por sua visão de mundo (SECCHI; COELHO; PIRES, 2019).

Num subsistema político típico, o ACF tem duas ou mais coalizões competindo para tentar influenciar as políticas e seus resultados. Esse resultado, muitas vezes, segundo Olofsson et. al (2018), é um impasse ou, ainda, configura-se como a adoção de políticas incoerentes, no caso de um lado adotar uma política que posteriormente é contestada pelo lado opositor. Outras vezes, pode haver uma coalizão dominante sobrepondo-se a uma coalizão minoritária ou uma coalizão dominante com pouca oposição. Uma coalizão dominante, segundo os autores, é a que controla a maior parte do *decision-making* por períodos longos sem muita contestação.

Seja em um subsistema político com duas (ou mais) coalizões competidoras, ou uma coalizão dominante e outra minoritária, haverá níveis variados de acordo e divergência dentro das coalizões e entre elas. Os acordos entre os atores políticos podem incluir situações de compartilhamento de informações, desenvolvimentos e implementação de planos e políticas conjuntas, além do monitoramento de comportamentos uns dos outros e a troca de outros recursos. A divergência ocorre quando as coalizões discordam em suas posições e prioridades relacionadas à ação governamental ou à inércia em dada questão. Tanto os acordos quanto as divergências podem se dar dentro das coalizões e entre elas (OLOFSSON ET. AL, 2018).

Lowi, citado por Secchi (2014) inovou ao defender que as políticas públicas determinam a política. Secchi (2014) pondera ainda que o processo político pode ser norteado pelo teor da política pública, e em que pese o tipo de política pública que se está tratando, a formação de conflitos, as coalizões e o equilíbrio do poder se alteram.

Presume-se que os indivíduos no ACF são geralmente egoístas, racionalmente limitados, e tendem a usar crenças preexistentes para filtrar e simplificar o mundo (LORD; ROSS; LEPPER, 1979; QUATTRONE; TVERSKY, 1988; SCHOLZ; PINNEY, 1995; SIMON, 1985 *apud* WEIBLE; SABATIER, 2009). De acordo com Weible e Sabatier (2009), essa consideração é importante porque os participantes filtram informações dissonantes com crenças preexistentes, o que previne tanto o aprendizado adaptativo quanto a mudança de crenças. Araújo (2013) chama a atenção para a importância do sistema de crenças por sua influência na identificação das coalizões. Os atores das diferentes coalizões interpretam uma mesma informação de maneiras diferentes, e o compartilhamento de crenças e valores que permitem que uma coalizão mantenha os membros no grupo.

Considerando a literatura sobre o sistema de crenças dos participantes da arena política, o ACF propõe uma estrutura hierárquica de três elementos: *deep core beliefs* (núcleo duro), *policy core beliefs* (núcleo político) e *secondary beliefs* (aspectos secundários) (SABATIER; WEIBLE, 2007; WEIBLE; SABATIER, 2009). Desse modo, tem-se, segundo Sabatier e Weible (2007) e Weible e Sabatier (2009):

- *Deep core beliefs*: são mais amplos, estáveis e predominantemente normativos, abrangendo a maioria dos subsistemas políticos. Envolvem pressupostos sobre a natureza humana, sobre a prioridade relativa de valores fundamentais como liberdade e igualdade, sobre o papel do governo *versus* o papel do mercado, e sobre quem deve participar das decisões governamentais. São muito difíceis de mudar porque fariam parte do próprio processo de socialização;
- *Policy core beliefs*: são moderados e sua especificidade é que permite a formação de coalizões e a coordenação das atividades entre os membros do subsistema político. Como os *policy core beliefs* lidam com escolhas políticas fundamentais, e por perpassarem todo o subsistema político, eles também são difíceis de mudar;
- *Secondary beliefs*: estão relacionados a um subconjunto do subsistema político, e são mais suscetíveis à mudança ao longo do tempo. Como são mais limitados do que os “*policy core beliefs*”, mudá-los requer menos evidências e menos acordos entre os atores dos subsistemas.

Cabe observar que algumas pesquisas mostram que é metodologicamente complexo discernir entre os níveis do sistema de crenças, além de, eventualmente, não serem encontrados fundamentos empíricos para tal estrutura hierárquica, o que leva a uma abordagem integrada, não-hierarquizada do sistema de crenças (RODRIGUES; SOBRINHO; VASCONCELLOS, 2020).

Weible e Sabatier (2007) assinalam que os participantes políticos lutam para traduzir os componentes de seu sistema de crenças em políticas, antes que os seus oponentes o façam. Eles buscarão aliados que compartilham crenças semelhantes dentre legisladores, agências oficiais, líderes de grupos de interesse, juízes, pesquisadores, e intelectuais de diferentes níveis de governo. Como a informação técnica/científica desempenha um papel central na mudança de crenças dos participantes do subsistema, os pesquisadores (sejam acadêmicos, analistas, consultores) estão entre os *players* principais do processo político. E havendo um grau de coordenação não trivial, tem-se uma coalizão de defesa.

Para que haja mudança política, o ACF considera que é necessária a ocorrência de, pelo menos, um desses mecanismos: perturbações ou alterações fora do subsistema; choques internos e ações dos atores; aprendizado orientado à política pública; e acordos negociados entre as coalizões concorrentes (JENKINS-SMITH et al., 2017 *apud* RODRIGUES; SOBRINHO; VASCONCELLOS, 2020).

A própria composição das coalizões – quesito pouco explorado de uma perspectiva teórica – é razão para explicar a mudança política, em virtude da alteração na sua estrutura quando há novos conceitos para dado problema ou até com a entrada de novos atores na coalizão (OLOFSSON et al., 2018).

As coalizões formam-se dentro do subsistema político (CAPELARI et al., 2015) e buscam transformar suas crenças em políticas públicas ou programas governamentais, de modo a mobilizar recursos políticos e participar de processos de aprendizado político. O processo contínuo de aprendizado político é chamado de *policy-oriented learning* (SABATIER; JENKINS-SMITH, 1993 *apud* VICENTE, 2015). Cabe destacar a importância do aprendizado político para o ACF:

[...] o quadro analítico do ACF oferece a possibilidade de explicar a evolução da política como o resultado de aprendizagem política, isto é, analisando a importância da busca contínua pelos atores das coalizões em competição de novas evidências, novos argumentos e novas táticas e estratégias que possam traduzir suas crenças em programas de ação propostos para a política governamental (SABATIER; MCLAUGHLIN, 1988, p. 10).

Por meio da experiência prática, do conhecimento amplo acerca do problema de política pública em questão, bem como dos fatores que o influenciam é que o aprendizado político resulta na mudança de comportamento dos atores. Tal aprendizado decorre de fatores externos e internos, e o “[...] conhecimento técnico apresenta relevância no âmbito do aprendizado político desde as primeiras formulações (do ACF)” (ARAÚJO, 2013, p. 117). Em suma, o

aprendizado é a mudança de pensamentos e comportamentos advindos da prática aliada ao conhecimento técnico/científico.

O aprendizado entre as coalizões, segundo Weible (2008), estará mais propenso a ocorrer quando o conflito estiver em níveis intermediários; por exemplo, na existência de um fórum profissional – ocasião em que as coalizões têm acesso a recursos técnicos para o debate; e quando as discussões se centrarem mais nos aspectos secundários do sistema de crenças.

Ainda que o foco no aprendizado político continue sendo uma força tradicional do ACF, Weible et. al (2011) reconhecem as indagações de pesquisadores sobre a definição teórica e operacional de tal aprendizado. Assim, a mudança de uma crença indicaria aprendizado político ou o aprendizado estaria em mudanças institucionais? Qual seria o período apropriado de estudo para avaliar a mudança de crenças? Quais seriam os indícios de um não-aprendizado?

Desse modo, as coalizões – cujos participantes são de dentro e de fora da estrutura do governo – partem para amplas negociações/acordos entre os especialistas no subsistema político que resultam no *policy-making* e *decision-making* (SABATIER; WEIBLE, 2007).

Sabatier e Weible (2007) também acrescentam que o comportamento dos participantes do subsistema é afetado por dois conjuntos de fatores externos: um mais estável e outro dinâmico. No primeiro caso, os fatores dificilmente mudam no período de uma década ou mais, de modo que raramente poderão alterar o comportamento ou a política no subsistema; eles incluem atributos básicos do problema, e são responsáveis por estabelecer os recursos e limitações sobre os atores. Já os fatores externos dinâmicos compreendem mudanças socioeconômicas, mudanças nas coalizões governamentais e decisões políticas de outros subsistemas, que permitem dentro do período de uma década ou mais afetar uma mudança política maior.

Ademais, Sabatier e Weible (2007), elencam os recursos utilizados pelas coalizões na tentativa de influenciar a política pública:

Autoridade legal formal para tomar decisões políticas: o ACF vê atores em posições de autoridade legal como membros potenciais de coalizões de defesa. Uma das características mais importantes de uma coalizão dominante é que ela tem mais membros em posição de autoridade formal do que coalizões minoritárias;

Opinião pública: uma estratégia típica das coalizões de defesa é gastar um bom tempo tentando angariar apoio público;

Informação: o ACF reconhece que a informação é um recurso utilizado pelos participantes políticos para ganhar batalhas políticas contra seus oponentes. Por essa razão, é enfatizado o papel desempenhado por pesquisadores nas coalizões;

Tropas de mobilização: é um recurso não dispendioso para a coalizão. Trata-se de utilizar o público de mesma crença para se engajar em atividades políticas, como manifestações públicas;

Recursos financeiros podem ser utilizados para obter outros recursos;

Liderança habilidosa: permite criar uma visão atraente para a coalizão, conquistar mais recursos, permitir a mudança política.

Sabatier e Weible (2007) explicam, ainda que seja simples conceituar os recursos, colocá-los em prática e tipificá-los entre os tipos existentes tem se mostrado complexo. Os autores também ressaltam que muitas pesquisas têm focado no conteúdo das crenças dos sistemas políticos, com pouca atenção voltada aos recursos das coalizões. Contudo, os recursos desempenham um papel relevante no processo político para que a coalizão tenha meios de traduzir os seus interesses em políticas vencedoras.

O ACF propõe algumas hipóteses que foram revisadas e expandidas ao longo dos anos, que giram em torno de três eixos principais: hipóteses referentes às coalizões de defesa; hipóteses referentes às mudanças na política pública; e hipóteses referentes ao aprendizado político (JENKINS-SMITH et al., 2014, p. 195-204, tradução nossa), conforme transcrição a seguir:

Hipóteses referentes às coalizões de defesa:

Hipótese 1: Quanto às principais disputas dentro de um subsistema político, quando as crenças centrais estão em disputa, a formação de aliados e oponentes tende a ser bastante estável ao longo de uma década ou mais;

Hipótese 2: os atores dentro de uma coalizão de advocacia terão consenso substancial sobre questões do núcleo político (*policy core*), e menos em aspectos secundários (*secondary aspects*);

Hipótese 3: um ator (ou coalizão) desistirá dos aspectos secundários do seu sistema de crenças antes de reconhecer as fraquezas no núcleo político;

Hipótese 4: dentro de uma coalizão, as autoridades administrativas aliadas defendem posições mais moderadas do que os aliados do grupo de interesse;

Hipótese 5: atores dentro de um grupo de interesse ideológico são mais contidos na expressão de suas crenças e posições políticas do que atores de grupos de interesse materiais.

Hipóteses referentes ao aprendizado político:

Hipótese 1: o aprendizado político por meio do sistema de crenças é mais provável de ocorrer quando há um nível intermediário de conflito entre as duas coalizões. Isso requer que (1) cada um possua recursos técnicos para engajar no debate, e (2) o conflito ocorra entre os aspectos secundários de um sistema de crenças e elementos do núcleo do outro ou, alternativamente, entre aspectos secundários importantes entre os dois sistemas de crenças;

Hipótese 2: o aprendizado político através dos sistemas de crenças é muito provável quando existe um fórum que tem (1) prestígio suficiente para forçar profissionais de diferentes coalizões a participar, e (2) dominado por normas profissionais;

Hipótese 3: problemas para os quais existem dados quantitativos aceitos e teoria são mais propensos ao aprendizado político por meio do sistema de crenças do que para aqueles em que os dados e teoria são geralmente qualitativos, muito subjetivos, ou ausentes;

Hipótese 4: problemas envolvendo sistemas naturais são mais propensos ao aprendizado político por meio dos sistemas de crenças do que aqueles envolvendo sistemas puramente sociais ou políticos porque, no primeiro, muitas das variáveis críticas não são ativos estratégicos e porque a experimentação controlada é mais viável;

Hipótese 5: mesmo quando o acúmulo de informações técnicas não altera a visão da coalizão oposta, ele pode ter impactos importantes na política – pelo menos a curto prazo – alterando a opinião dos *policy brokers*.

Hipóteses referentes às mudanças nas políticas públicas:

Hipótese 1: significativas perturbações externas ao subsistema, uma significativa perturbação interna ao subsistema, aprendizado político, acordo negociado, ou alguma combinação destes são fontes necessárias, mas não suficientes para a mudança nos atributos centrais de um programa governamental;

Hipótese 2: os atributos centrais de um programa governamental em uma jurisdição específica não serão significativamente revistos enquanto a coalizão de defesa que instituiu o programa permanecer no poder dentro da jurisdição – exceto quando a mudança for imposta por jurisdição hierarquicamente superior.

Embora o modelo tenha proposto tais hipóteses, pesquisas têm se concentrado em apenas algumas delas, ou, ainda, as utilizam como pressupostos mais gerais, até porque elas têm redações genéricas que as aproximam mais de proposições (ARAÚJO, 2013). A pesquisa de Larsen et al. (2006), por exemplo, aborda as hipóteses que os autores consideraram mais relevantes ao objeto de seu estudo.

Observa-se que o ACF é um modelo teórico alvo de algumas críticas. No estudo sobre o interesse da indústria farmacêutica na União Europeia em divulgar informações sobre os medicamentos diretamente aos pacientes, Brooks (2018) observa que a teoria não deixa claro sobre como interpretar os interesses de lucro de atores comerciais, o que dividiria opiniões até entre os autores que conceberam a teoria. Por um lado, interpretar-se-ia que o lucro seria uma personificação de uma crença relativamente fixa do núcleo político, improvável de mudança e, por outro, o lucro poderia ser considerado uma razão para que os atores comerciais estejam propensos a mudar frequentemente as coalizões e crenças.

Por fim, é importante destacar que o ACF tem implicações para o cidadão e para as sociedades democráticas porque, consoante Weible (2018, p. 65), a aplicação do modelo permite: levantar questões sobre representatividade e em que medida os cidadãos participam do

processo de políticas públicas; o papel de atores políticos enquanto guardiões do interesse público; a manipulação da informação; e os “vieses políticos no processo de definição de agenda”. Ao utilizar o ACF em dada pesquisa, pode-se lançar luzes sobre tais debates, ainda que o modelo não traga estratégias específicas sobre o fortalecimento da democracia.

A seguir, discutem-se alguns conceitos sobre a implementação de políticas públicas, considerando abordagens contemporâneas sobre o tema, inclusive aquelas que convergem com o que o ACF preceitua.

2.2 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Quanto à análise de políticas públicas, ela tradicionalmente se baseia no modelo do ciclo de políticas públicas, sequencial, separado em fases distintas: identificação do problema; formação de agenda; formulação de alternativas; tomada de decisão; implementação; avaliação e extinção. Embora se reconheça a relevância para a pesquisa, o ciclo como é dado raramente reflete o movimento real ou a existência de uma política pública porque as fases podem se apresentar misturadas ou em sequencias alternadas, além de não serem claras as fronteiras entre cada etapa. No entanto, a utilização do ciclo de políticas públicas é útil para auxiliar na organização de ideias a fim de que seja criado um referencial comparativo (SECCHI; COELHO; PIRES, 2019).

A pesquisa acerca da implementação está relacionada à melhoria nos processos “político-administrativos” para aprimorar as “atividades implementadoras” (LIMA; D’ASCENZI, 2013, p. 101), servindo para perceber equívocos que precederam a tomada de decisão, de modo a identificar problemas mal estabelecidos, metas mal traçadas, otimismo exacerbados (SECCHI; COELHO; PIRES, 2019).

A implementação é o momento em que a decisão política é traduzida em ações, sendo considerada uma fase crítica e difícil para o gestor público. Essa etapa pode ser considerada como dinâmica, vez que os implementadores podem interpretar e até mesmo negociar os objetivos da política. Também, a implementação requer uma atuação em rede dos diversos atores envolvidos. Desse modo, são requeridas negociações e discussões contínuas entre as esferas administrativa e política do Estado (WU et al., 2014).

Na obra de Pressman e Wildavsky, publicada em 1973, os estudos sobre implementação tiveram importantes contribuições teóricas sobre as falhas/*gaps* que ocorrem nessa etapa do ciclo de políticas públicas (SECCHI; COELHO; PIRES, 2019). De tal modo, os autores concluem que “[...] a implementação de políticas públicas não se traduz apenas em problema

técnico ou problema administrativo, mas sim em um emaranhado de elementos políticos que frustram os mais bem-intencionados planejamentos” (SECCHI; COELHO; PIRES, 2019, p. 71).

De forma geral, consoante Sabatier (1986 *apud* SECCHI; COELHO; PIRES, 2019), há dois modelos analíticos de implementação: *top-down* e *bottom-up*. No modelo *top-down* há distinção entre a tomada de decisão e a implementação. A política é separada da administração, e este modelo pode ser um meio de os políticos “lavarem as mãos”, já que a implementação dependeria do esforço administrativo dos agentes implementadores (processo denominado na literatura política como *blame shifting* – deslocamento de culpa). A crítica mais comum ao modelo de análise *top-down*, de acordo com Subirats et al (2012) citado por Mazzei e Farah (2020) é a rigidez das normas impostas, já que pesquisas empíricas demonstraram várias alterações quando da execução da política comparando-se ao projeto original.

No modelo *bottom-up*, por outro lado, há uma maior discricionariedade dos implementadores para colocar a política pública em prática, modificando-a se necessário, o que pode, de acordo com Lima e D’Ascenzi (2013), levar a um impacto na política pública diferente do que foi concebido pelos formuladores. A abordagem *bottom-up* tem início com a identificação dos atores enredados na oferta do serviço público e no reconhecimento da singularidade dos objetivos, atividades, estratégias e contatos de cada um deles. Nesse sentido, o êxito do programa está mais atrelado aos indivíduos existentes nas estruturas de implementação do que no esforço do governo central (SABATIER, 1986 *apud* MAZZEI; FARAHA, 2020).

Hill (2006) citado por Mazzei e Farah (2020) critica a simplicidade das abordagens *bottom-up* e *top-down* para elucidar o processo complexo de implementação, e sugere uma abordagem envolvendo os dois conceitos combinados, com as principais contribuições de cada um deles, conforme cada contexto de implementação.

A partir dos modelos *top-down* e *bottom-up*, Lima e D’Ascenzi (2013) também propõem uma nova tipologia de análise da implementação que considera fatores ideológicos e cognitivos para explicar a ação dos atores. Assim, a implementação equivale à intenção (plano) somada aos elementos dos contextos locais de ação. A concepção de mundo dos atores executores influencia a interpretação da política pública. Segundo os autores, o percurso e a conformação do processo de implementação sofrem influência dos aspectos e conteúdo do plano, da lógica dos espaços locais e das ideias, concepções e valores dos atores implementadores.

Lima e D’Ascenzi (2013) chamam a atenção para o conceito de coalizões de defesa enquanto abordagem teórica que enfatiza a relevância das ideias, vez que atores de diferentes

instituições públicas ou privadas dividem objetivos comuns para concretizar uma política pública. Sabatier (1986) citado por Lima e D’Ascenzi (2013) explica que o modelo de coalizões de defesa concilia noções das análises *top-down* e *bottom-up*: “[...] adota a unidade e análise *bottom-up* – com foco nos subsistemas de políticas públicas e nas estratégias dos atores – e a preocupação *top-down* com a forma com que os instrumentos legais constroem o comportamento” (p. 108). Por outro lado, o conceito de coalizões de defesa inova ao introduzir a participação de atores de fora das organizações públicas, o que geralmente não é tratado nas abordagens *top-down* e *bottom-up*. Para Lima e D’Ascenzi (2013), “[...] isso permite introduzir na análise o papel dos grupos sociais, suas relações com os atores estatais e o impacto disso para a implementação” (p.108).

Além da proposta trabalhada por Lima e D’Ascenzi (2013), Mazzei e Farah (2020) elencam outros pesquisadores que propõem uma perspectiva híbrida de combinação das abordagens *bottom-up* e *top-down*, quais sejam: Subirats et al. (2012); Arretche (2001); Silva e Melo (2018); e Hill (2006). No geral, conforme compilado por Mazzei e Farah (2020, pp. 334-335), os autores concordam que:

- há relevância no plano institucional da política;
- importam as relações estabelecidas quando da implementação, em virtude do que é decidido pelos implementadores;
- ao criar a política, a implementação retroalimenta a formulação;
- há uma diversidade de atores de dentro e de fora do governo com interesses diversos e arranjos em rede para a implementação de dada política; e
- existe uma variedade quanto ao contexto para se operacionalizar a implementação de uma política pública, considerando-se para análise: os diversos aparatos administrativos para utilização dos implementadores; as conjunturas culturais, políticas, sociais e econômicas dos diferentes locais do país; e as sucessivas alterações a que esses contextos estão sujeitos.

Partindo da análise teórica, as autoras propõem um modelo de análise do processo de implementação que leva em consideração os aspectos compilados, sem, necessariamente, seguir uma ordem estabelecida, mas que se interrelacionam: estrutura do programa/plano; diversidade dos atores (governamentais e não-governamentais); especificidades de contexto; planos de ação/estratégias; espaço de discricionariedade; e conflitos entre diferentes níveis de governo (MAZZEI ; FARAH, 2020).

2.3 POLÍTICAS DE SAÚDE

Para discutir a implementação de uma lei que reflete no acesso à saúde, mostra-se relevante abordar as políticas de saúde no Brasil. Machado, Lima e Baptista (2017) apontam que entre as décadas de 30 e 80, tais políticas ficaram marcadas por duas frentes: por um movimento voltado ao controle de doenças específicas, e por outro lado uma assistência médica de caráter previdenciário centrada nos trabalhadores urbanos. Conseqüentemente, conforme as autoras, uma grande parte da população foi excluída do sistema de saúde, houve pouca efetividade do modelo de atenção e uma prevalência do setor privado na prestação dos serviços com o subsídio dos recursos públicos.

A partir do final da década de 1970, teve início o processo de redemocratização que refletiu no desenvolvimento do Estado de bem-estar social, resultando numa série de movimentos populares com vistas a mudanças políticas, inclusive no campo da saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Representantes de departamentos de medicina preventiva das universidades de São Paulo (Unicamp e USP) deram origem ao movimento sanitarista brasileiro, que concebeu a ideia do Sistema Único de Saúde (SUS). O movimento foi influenciado por obras estruturalistas e marxistas, de origens europeia e latino-americana. A instituição do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, em 1976, sobre saúde coletiva, e o lançamento da revista “Saúde em Debate”, foram substanciais para a instituição de uma comunidade epistêmica que buscou influenciar na formulação de políticas. Junto a este movimento participavam, também, membros da administração pública. Constitui-se, assim, uma rede de atores provenientes das esferas governamentais e não-governamentais resultando numa coalizão de defesa articulada com o Legislativo e o Ministério da Saúde (FARAH, 2016).

Nesse contexto, a reforma sanitária da década de 80, no momento de redemocratização do país e em meio a uma crise financeira, propunha uma proposta que fosse abrangente e incorporada à Constituição Federal de 88. E então o Brasil foi o primeiro país latino-americano à época a instituir um sistema de saúde universal, dentro de uma concepção geral de seguridade social, agrupando previdência, saúde e assistência social, cujo financiamento partiria de impostos e contribuições sociais. Nas décadas seguintes, os direitos dados pela Constituição Federal e o percurso de conformação do SUS proporcionaram avanços quanto à “descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde” (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017, p. 144).

Por outro lado, na década de 90, com a adoção das políticas econômicas e o fortalecimento de uma agenda de caráter neoliberal, a abordagem da seguridade e das políticas sociais universais passaram a enfrentar desafios e, ainda que a partir de 2003 os governos de esquerda tenham ascendido ao poder, Machado, Lima e Baptista (2017) explicam que as dificuldades do sistema de saúde não foram superadas.

Com a Constituição de 1988, as políticas de saúde no Brasil passaram a ser descentralizadas em oposição ao sistema federativo que tem um caráter centralizado, resultando em desigualdades regionais. Enquanto à União coube regular o funcionamento de um sistema unificado, aos Estados e Municípios competiu compartilhar as funções regulatórias através de instituições tripartites. Porém, na prática, a atuação desses entes estaduais e municipais esteve muito mais condicionada às suas capacidades técnicas e operacional, gerando assimetria entre as regiões (RIBEIRO et al., 2018).

A garantia de um sistema de saúde público, gratuito e universal enfrenta importantes desafios num país de dimensões continentais como o Brasil, com a organização tríplice nas esferas de governo. Os municípios passaram a ser os maiores agentes do sistema de saúde e, tendo a maior parte deles menos de 30 mil habitantes – que somados aos municípios com até 100 mil habitantes – concentram apenas 25% dos médicos vinculados ao SUS (MIRANDA; MENDES; SILVA; 2017).

Os municípios pequenos dependem dos recursos do governo federal para a manutenção de suas estruturas do sistema de saúde porque têm seus limites de gasto constitucional extrapolados, ao passo que o governo federal manteve seus gastos com saúde constantes não acompanhando as crescentes demandas de saúde no país (MIRANDA; MENDES; SILVA; 2017). Os autores observam que para assegurar o direito social ao acesso universal à saúde é importante debater meios de planejar as políticas transpondo os desafios que se impõem, sobretudo pensando em articular as três esferas governamentais para que operem em rede.

Apesar de o Brasil possuir um sistema de saúde público de caráter universal, Gerschman e Santos (2006) citam que a OMS considera o país um dos que menos investem no setor da saúde.

Fleury (2009) defende que as lutas pela democracia e pela universalização da saúde estão intrinsecamente ligadas, do mesmo modo que garantir a saúde como direito de cidadania condiciona-se à institucionalização da democracia. Para a autora, a reforma sanitária no Brasil pode ser compreendida simultaneamente como valor universal – ou seja, “campo especialmente privilegiado para a construção de alianças suprapartidárias e policlassistas” – e “como núcleo

permanentemente subversivo da estrutura social”, denotando uma perspectiva “de construção social de uma utopia democrática” (FLEURY, 2009, p. 748).

2.4 DIREITOS À SAÚDE E À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Como mencionado anteriormente, a Constituição de 1988 trouxe um importante avanço no que diz respeito ao direito à saúde como uma garantia social. Como destacam Almeida e Vêras (2017), a partir de 1988, “[...] o conceito de saúde foi estabelecido como direito universal, ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas, como dever constitucional de todos os níveis governamentais” (p.280). Desse modo, a assistência passou a ser considerada de forma integral: preventiva e curativa.

Em 1990, foi sancionada a Lei Federal 8.080 – Lei Orgânica da Saúde – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS).

Além de sua gratuidade, o SUS é regido pelos seguintes princípios: universalização (a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito), equidade, com o propósito de diminuir desigualdades; e integralidade, a fim de atender às necessidades das pessoas como um todo. O SUS é composto por um conjunto de ações e serviços de saúde ofertados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta, podendo ser complementado por serviços de saúde prestados pela iniciativa privada (BRASIL, 1990).

Portanto, o direito à saúde foi consolidado como um direito social, incluindo a assistência farmacêutica. Conforme a Lei Orgânica da Saúde, as assistências terapêuticas e farmacêuticas devem ser asseguradas de modo integral aos cidadãos brasileiros, sendo exigidas “[...] políticas, serviços de saúde e assistência farmacêutica em escala coletiva” (ALMEIDA E VÉRAS, 2017, p. 280).

No que diz respeito à assistência farmacêutica (AF), a Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, a define como:

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 (BRASIL, 2004).

O profissional apto a prestar a assistência farmacêutica é o farmacêutico, e segundo Gomes et al. (2010), essa assistência ultrapassa a mera gestão administrativa do medicamento e sua logística, devendo o foco estar voltado à saúde do paciente com o propósito de atingir resultados que melhorem sua qualidade de vida (FERNANDEZ-LLIMÓS et al. 2004).

Por outro lado, as farmácias privadas no Brasil, segundo Alencar et al. (2018), são consideradas como comércio pela população, vez que os serviços clínicos não são praticados nesses locais, além de, muitas vezes, não observarem os dispositivos técnicos e legais e funcionarem sem farmacêutico. Em países como Alemanha, França, Inglaterra, Itália e Portugal, as farmácias têm suas atividades em articulação com os sistemas de saúde onde são prestados serviços clínicos à população. Ademais, diferentemente do Brasil, naqueles países o profissional farmacêutico possui consolidadas funções sanitária e social (ALENCAR et al., 2018).

Vieira (2007) esclarece que a Lei Federal 5.991/73, ainda em vigor, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos seria o marco no Brasil da perda do papel social do profissional farmacêutico, já que a norma caracterizou as farmácias sob uma ótica de mercado, muito voltadas ao lucro. Dessa maneira, a autora enfatiza que o farmacêutico foi paulatinamente perdendo sua autonomia passando a atuar meramente como empregado da drogaria.

A prática de atenção farmacêutica engloba a orientação farmacêutica, a educação em saúde, o atendimento e acompanhamento farmacêutico, a dispensação, o registro das atividades, a mensuração e a avaliação dos resultados, a fim de diminuir a morbimortalidades associada ao uso dos medicamentos (VIEIRA, 2007).

O redirecionamento da Assistência Farmacêutica no Brasil requer uma mudança de paradigma de modo a deslocar o foco no medicamento para uma concepção centrada no paciente, usuário do serviço de saúde, incluindo diversas ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, além da garantia de acesso aos medicamentos e do seu uso racional. Existe uma cultura de automedicação e polifarmácia no país, com uso irracional e indiscriminado de medicamentos, além de ações promocionais de estabelecimentos que estimulam a aquisição de medicamentos e seu estoque domiciliar (BRUNS et al. 2015).

Adicionalmente, a pandemia da Covid-19 também perpetuou a ampla utilização pela população de medicamentos de segurança e eficácia sem comprovação para a doença, inclusive sendo associados a outras condições graves e mesmo mortes. O uso irracional de medicamentos para a doença causada pelo novo coronavírus poderia contribuir para a morbidade e mortalidade geral que tenha sido atribuída à infecção (PAUMGARTTEN; OLIVEIRA, 2020)

Considerando que o sistema de saúde no Brasil é subfinanciado e insuficiente – e ainda foi onerado com a pandemia de Covid-19 –, e levando em conta o congelamento dado com a Emenda do Teto dos Gastos até 2036, o direito à saúde pública torna-se um desafio crescente. Portanto, conforme defendem Correr, Pontarolo e Ribeiro (2013), o estabelecimento farmacêutico tem a oportunidade e responsabilidade de prestar atenção à saúde, perpassando seu tradicional papel de distribuir medicamentos.

Vieira (2007) ressalta que uma pesquisa conduzida em drogarias sobre o manejo de diarreia com o uso de reidratação por via oral demonstrou que os estabelecimentos têm o potencial de vir a ser postos de saúde quando utilizados de forma adequada, apontando para uma via importante para a saúde pública. O farmacêutico tem papel importante junto à comunidade com medidas de promoção à saúde e, ao mesmo tempo, na redução da morbimortalidade.

No entanto, para a mudança de paradigma, com uma atuação farmacêutica centrada no paciente, Hepler (1990) explica que é necessário o apoio das organizações profissionais, das instituições de ensino e dos próprios empregadores.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO E DESCRIÇÃO GERAL DA PESQUISA

Tratou-se de um estudo de caso, ou seja, um método ou estratégia de pesquisa restrita a um objeto específico onde se buscou um conhecimento profundo de um fenômeno. Conduzir um estudo de caso permite ao pesquisador uma imersão em determinado contexto e, conseqüentemente, grande aprendizado do fato (TAKASHI; ARAÚJO, 2020).

O estudo de caso, segundo Yin (2001), permite entender fenômenos complexos e amplos que não podem ser estudados em dissociação da conjuntura em que tiveram lugar, e é um método de investigação explorado por vários campos de pesquisa, inclusive para contextos políticos. Neste projeto aplicou-se o estudo de caso à formulação da Lei 13.021/14 e todo o debate foi em torno dos eventos que propiciaram a aprovação da norma jurídica.

Quanto à natureza, tratou-se de uma pesquisa qualitativa, ou seja, “[...] interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão em estudo” (FLICK, 2009, p. 16). A pesquisa qualitativa, segundo Flick (2009), permite compreender o mundo e gerar conhecimento sobre ele.

Considerando que a realidade é socialmente construída e negociada, os pesquisadores ao utilizarem a pesquisa qualitativa buscam evidenciar esta natureza da realidade que é situada, contextual e mutável. Para tanto, recorre-se a diferentes abordagens metodológicas e técnicas de amostragem para conduzir a pesquisa (SADOVNIK, 2007). A pesquisa qualitativa, de acordo com Sadovnik (2007), é normalmente indutiva (construção social). Os cientistas sociais constroem o conhecimento ativamente ao proporem ferramentas e instrumentos para coletar e produzir dados.

O método qualitativo não é novidade na área de pesquisa política, segundo Yanow (2006). Acadêmicos e analistas políticos vêm realizando pesquisas na condição de etnógrafos ou observadores-participantes para estudar em primeira mão as experiências de legisladores, implementadores, comunidade e outros *stakeholders* relevantes. Outros pesquisadores, segundo a autora, basearam seus estudos qualitativos em entrevistas aprofundadas com vários atores políticos; e outros basearam seus estudos em agências governamentais, legislações e em outros documentos.

Yanow (2006) defende que uma perspectiva mais adequada para os métodos qualitativos seria considerar métodos interpretativos para a pesquisa, já que o mundo social difere do mundo natural, porque no mundo social importa o significado que se atribui a situações e pessoas. A

geração de dados na pesquisa interpretativa ocorre por meio de três métodos (que podem aparecer combinados): observação, entrevista e leitura. Na observação participante, o pesquisador busca compreender os atores e ações dentro de seus próprios contextos. A entrevista é a ferramenta para que o pesquisador entenda como os entrevistados dão sentido às suas experiências. Por fim, a leitura de documentos envolve vários tipos, dependendo da área da pesquisa: podem ser leis, projetos de leis, memorandos, relatórios e outros. Para dados históricos, o pesquisador pode recorrer a noticiários para compreender o impacto na população das questões investigadas. Os documentos são úteis para desenhar o projeto de pesquisa ou para direcionar a condução de entrevistas, além de poderem corroborar ou refutar dados da observação ou da entrevista (YANOW, 2006).

Secchi (2017, p.8) explica que, quanto à finalidade, os estudos de políticas públicas podem ser descritivos e prescritivos. Os primeiros têm por objetivo formular teorias “por meio da descrição e explicação dos tipos de políticas públicas, do comportamento dos atores e das instituições nas diversas fases do processo de política pública”. Por outro lado, os estudos prescritivos propõem apresentar melhorias para as políticas públicas.

Ainda, a pesquisa de política pública objetiva construir teoria e usa métodos indutivos para tal. A pesquisa tem caráter descritivo e procura compreender como as políticas públicas têm lugar na prática. Desse modo, os estudos focam-se no desenvolvimento do campo de conhecimento ao explicar e descrever os conteúdos das políticas, o comportamento dos atores, estilos de política e instituições, sejam formais ou informais nas diferentes fases do processo de política pública (REGONINI, 2001; ENSERICK, KOPPENJAN, MAYER, 2012; SECCHI, 2013 *apud* SECCHI, 2017).

Desse modo, diante do exposto, este estudo de caso foi conduzido sob a abordagem qualitativa, com direcionamento descritivo, indutivo e interpretativo.

3.2 PROCEDIMENTO E COLETA DE DADOS

3.2.1 Análise Documental

Quanto ao delineamento da pesquisa, tratou-se de pesquisa documental, ou seja, lidou-se com fontes primárias que não sofreram tratamento analítico ou que não foram sistematizadas anteriormente a fim de compreender determinado fenômeno (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015). Essas fontes primárias foram provenientes de dados originais,

diferentemente das fontes secundárias que são trabalhadas por outros investigadores. É importante ressaltar que o pesquisador deve conhecer a identidade de quem produz os textos, quais os interesses e motivos, bem como os contextos socioculturais e políticos que ensejaram a produção dos documentos (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

A utilização de documentos enquanto metodologia representa vantagem sobre outros métodos, de acordo com Garcia et al. (2016), já que ela poderia eliminar a influência do pesquisador porque não há domínio do investigador sobre o documento. Por outro lado, segundo estes autores, há desvantagem no fato de que, como os documentos não sofreram até então tratamento analítico, a postura do investigador deve ser bastante cautelosa e criteriosa.

Naturalmente, a escolha de documentos não é aleatória, e “[...] se dá em função dos objetivos e/ou hipóteses sobre apoio teórico”, ou seja, a sua seleção está relacionada ao problema que se almeja responder. (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015, p. 61).

Para a finalidade deste estudo, foram selecionados os documentos iniciais que resultaram na Lei 13.021/2014. Para compreender o processo político, era necessário principiar pelo projeto de lei da senadora, em 1993, que pretendia alterar a lei anterior com o objetivo de retirar a noção de obrigatoriedade de responsabilidade técnica de farmacêutico em estabelecimentos onde não houvesse manipulação.

No Quadro 1 estão discriminados, então, os documentos utilizados na pesquisa documental. Eles foram selecionados levando em conta a ordem cronológica dos fatos, ou seja, a partir do momento em que foi submetida ao senado a proposta de alteração da Lei 5.991/73.

Tais documentos são públicos e foram extraídos do Diário do Congresso Nacional e do Diário da Câmara dos Deputados.

Quadro 1- Documentos analisados

Núm. Doc.	Ano	Tipo de documento	Fonte
01	1993	Apresentação do Projeto de Lei nº 4.385 de 1994 (do Senado Federal) – PLS 41/93	Diário do Congresso Nacional (Seção II)
02	1994	Discurso do senador Pedro Tassis (PMDB-MG) em defesa do PL 4.385/94	Diário do Congresso Nacional
03	1994	Relatório da Comissão de Trabalho, de Administração e de Serviço Público	Diário da Câmara dos Deputados
04	1995	Parecer da Comissão de Seguridade Social e Família	Diário da Câmara dos Deputados
05	1997	Parecer da Comissão de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias	Diário da Câmara dos Deputados

Fonte: elaboração própria.

Os documentos elencados trouxeram à luz o embate que existia entre dois grupos. A seleção forneceu elementos para a codificação dos dados, a partir das falas dos que defendiam um modelo de farmácia onde a figura do profissional farmacêutico não deveria ser obrigatória, e outro grupo que, além de ser contrário a tal proposição, apresentou um projeto de lei substitutivo com uma ampliação do conceito da farmácia atrelado à prestação da assistência farmacêutica.

3.2.2 Entrevistas

A escolha pela entrevista semiestruturada justificou-se por permitir melhor esclarecimento de eventuais dúvidas por parte da pesquisadora, além de proporcionar um contato mais próximo com o entrevistado para aprofundar no tema explorado (LAVILLE; DIONNE, 1999).

A duração média das entrevistas foi de trinta e cinco minutos, sendo que duas foram conduzidas presencialmente e sete de maneira remota – seis via Plataforma “Microsoft Teams” e uma via “Plataforma Zoom” – não só pelo fato de a pandemia do novo coronavírus ter imposto restrições a atividades presenciais, quanto pela residência dos participantes em outros Estados. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes, e posteriormente transcritas – também sob autorização dos entrevistados.

Em relação à amostra, tratou-se de uma amostra não aleatória, já que os entrevistados foram selecionados pelo conhecimento prévio da pesquisadora de seus envolvimento no processo de mobilização, especificamente no que resultou na redação final da Lei 13.021/2014.

Quadro 2 - Participantes da entrevista envolvidos na mobilização da lei 13.021/2014

Entrevistado	Qualificação
A	Farmacêutico, presidente de federação.
B	Farmacêutico, presidente de federação.
C	Cientista político e assessor parlamentar.
D	Farmacêutico, assessor de conselho de farmácia, atuou junto a parlamentares na CPI dos medicamentos e no projeto de lei das patentes.
E	Administrador e empresário de rede de farmácias.
F	Farmacêutico e empresário de rede de farmácias.

Fonte: elaborado pela autora.

Cabe destacar que, num primeiro momento, havia uma pretensão de entrevistar exclusivamente tais atores. No entanto, no decorrer da pesquisa, a partir da própria fala dos participantes, notou-se que, recorrentemente o órgão sanitário, a Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (Anvisa), surgia como um ator relevante no setor de regulação da farmácia comunitária. Assim, identificou-se um servidor da Anvisa que pudesse responder à entrevista, sobretudo em virtude de seu perfil profissional.

Do mesmo modo, ouviu-se a chefia de Gabinete de um senador que, além de ex-ministro da saúde, foi um dos parlamentares que, desde o princípio da mobilização, era favorável à posição da categoria farmacêutica. Adicionalmente, a entrevista com um também ex-ministro da saúde que integrou a gestão governamental àquela época, mostrou-se relevante para compreender a visão política predominante naquele momento.

Ainda houve a tentativa de ouvir um ex-parlamentar que era conhecidamente atuante junto ao varejo. Contudo, não se obteve respostas às solicitações de entrevista. Também, não se obteve respostas de outros grupos de interesse do varejo.

O Quadro 3 discrimina, então, as três das nove entrevistas que tiveram caráter complementar.

Quadro 3 - Participantes da entrevista complementar

Entrevistado	Qualificação
X	Advogado, chefe de gabinete do parlamentar que foi ministro da Saúde.
Y	Médico infectologista, professor universitário, deputado federal, ex-ministro da Saúde, ex-secretário de saúde.
Z	Farmacêutico, servidor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), especialista em regulação.

Fonte: elaborado pela autora.

O roteiro de perguntas, disponibilizado no Quadro 4, foi elaborado a partir do levantamento prévio realizado sobre a legislação objeto da pesquisa (tanto o projeto de 1994 quanto o substitutivo aprovado em 2014), bem como foram utilizadas as teorias do referencial teórico.

Quadro 4- Roteiro de Perguntas

Partes	Questão	Comentário
Parte I – Identificação (perfil e trajetória)	Nome	Nesse trecho introdutório, alguns participantes já trouxeram informações relevantes para os objetivos da pesquisa.
	Cargo/função/posição que ocupa na organização	
	Desde quando ocupa o cargo/função/posição na organização	
	Breve explanação sobre a trajetória profissional	
Parte II - A percepção das políticas e da regulação do setor e do processo de	Avaliação de forma geral das políticas públicas e das regulamentações que afetam o setor da farmácia comunitária	Percepção da compreensão geral dos entrevistados sobre as políticas públicas que afetam o setor

participação na sua formulação	Percepção sobre os atores considerados fundamentais na formulação dessas políticas públicas, bem como na regulamentação do setor	Buscou-se identificar os principais <i>players</i> /atores na perspectiva do entrevistado
	Percepção sobre a relação da organização do entrevistado com tais atores	Identificar a possível organização de atores com interesses comuns ou mesmo a existência de posições antagônicas.
	Percepção sobre o papel da organização no processo de formulação de políticas e na regulamentação do setor	Visão do entrevistado sobre a influência de sua organização no processo de formulação de políticas públicas no âmbito da farmácia comunitária
Parte III – A percepção sobre a lei 13.021/14 e o setor da farmácia comunitária	Breve explanação sobre como se chegou ao texto final da Lei 13.021/14	Esperava-se que os entrevistados abordassem a negociação que foi feita para a redação final da lei a partir de sua própria visão dos fatos. Intenção de evidenciar se houve aprendizado político.
	Visão do entrevistado sobre os pontos positivos e as limitações da Lei 13.021/2014	Objetivo de provocar o entrevistado a fim de evidenciar se houve/há tensões
	Opinião sobre o modelo de farmácia mais adequado à realidade brasileira	A intenção da pesquisadora foi provocar o entrevistado no sentido de que ele expressasse não somente sobre o que considerasse ideal, mas que trouxesse à luz os problemas da realidade atual
	Visão sobre o papel do farmacêutico no modelo de farmácia ideal	
	Avaliação sobre os principais desafios para o setor da farmácia comunitária nos próximos anos	

Fonte: elaborado pela autora.

Para as entrevistas complementares, algumas perguntas não se aplicavam pela especificidade a que se destinavam.

O objetivo geral da pesquisa foi identificar por que a lei 13.021/14 não foi implementada de forma integral. Por uma questão de evitar enviesamento dos discursos, buscou-se elaborar perguntas que não remetesse propriamente à ideia de implementação, mas que apontassem, nas perspectivas dos entrevistados, fragilidades na legislação, desafios para a farmácia, modelo ideal de estabelecimento e papel do farmacêutico no modelo ideal, além de percepções gerais sobre o subsistema político.

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Após eleger e realizar uma análise preliminar dos documentos, procedeu-se à análise dos dados. Conforme Sá-Silva, Almeida, Guindani (2009), para a análise de documentos comumente utiliza-se a metodologia da análise de conteúdo. Essa abordagem objetiva sistematizar e elucidar o teor dos textos e seu significado, fazendo deduções lógicas e justificadas, levando em conta o emissor das mensagens, contexto e seus efeitos. Desse modo, o investigador delinea e interpreta o teor dos documentos “[...] em busca de respostas para o problema de pesquisa e, assim, corrobora com a produção de conhecimento teórico relevante para a área em questão” (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015, p. 65).

Segundo Bardin (1979 *apud* KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015), a análise de conteúdo compreende três fases: pré-análise (é o primeiro contato com os documentos, quando o material é organizado pelo pesquisador com a finalidade de sistematizar as primeiras ideias); exploração do material (quando o pesquisador passa a codificar, classificar e categorizar a informação dos documentos, guiando-se pela hipótese e referencial teórico); e, por fim, tratamento dos resultados (fase em que o pesquisador aprofunda nas reflexões crítica e reflexiva do que foi até então analisado).

De acordo com Triviños (1987), a atenção do pesquisador deve ir além do que está manifestamente exposto nos documentos, ou seja, a análise deve permitir apreender outras perspectivas, como, por exemplo, ideologias, propiciando uma compreensão histórica, cultural e dinâmica de determinado fenômeno.

Primeiramente, foi conduzida uma leitura superficial dos documentos selecionados para, então, proceder a uma segunda leitura atenta levando em conta o que prevê o ACF, de modo a identificar os atores importantes no eixo do subsistema e extrair os posicionamentos a partir de seus discursos, justificativas ou votos. Esse conteúdo subsidiou a elaboração do código de análise expresso no item a seguir.

Os dados coletados nas entrevistas semiestruturadas também foram analisados por meio da metodologia de análise de conteúdo, em triangulação com os achados nos documentos.

4 ORGANIZANDO OS FATOS PARA COMPREENDER A TRAJETÓRIA DE QUASE DUAS DÉCADAS PARA A MUDANÇA POLÍTICA

4.1 DEBATES PRELIMINARES: PROJETO DE LEI 4.385/1994 E LEI FEDERAL 13.021/2014

O funcionamento de farmácias e drogarias foi regulamentado, inicialmente, pela Lei 5.991/1973 – que dispõe sobre o “Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos” – prevendo que tais estabelecimentos devem contar obrigatoriamente com a presença de **técnico** responsável (grifo nosso) (BRASIL, 1973).

Em 1993, foi apresentado um projeto de lei (PL), pela então Senadora Marluce Pinto, que interpretava “para menos” a lei anterior, propondo que a assistência técnica prestada em farmácias e drogarias (sem manipulação), poderia ser exercida por oficiais de farmácia ou auxiliares de farmácia. Desse modo, o técnico responsável não seria necessariamente um farmacêutico, ficando dispensada a obrigatoriedade desse profissional de nível superior nos estabelecimentos.

O PL teve início no Senado, sob o nº 41/1993, e seguiu para a Câmara dos Deputados, sob o número nº 4.385/1994. A esse PL foram apensados outros projetos de lei: 3.146/92 (reafirmava os termos do projeto original sobre o técnico sem diploma); 5.367/90 (dispunha sobre a assistência farmacêutica e a atividade profissional do farmacêutico); e 2.640/92 (considerava a farmácia como uma unidade de prestação de serviços de utilidade pública integrada ao SUS).

Na Câmara dos Deputados, em 1994, a Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP) rejeitou os PLs 4.385/94 e 3.146/92, sob a relatoria do deputado federal Zaire Rezende, médico, do PMDB. Em seu voto, o relator posicionou-se contra a exclusão do farmacêutico como propunha o projeto da senadora:

[...] entende-se que a ação do farmacêutico deve estar dirigida para o oferecimento de serviços que informem, esclareçam, eduquem a população e, principalmente, dêem a garantia da qualidade dos produtos e serviços a ela ofertados. Essa atuação só será possível se exercida em condições de trabalho adequadas e em estabelecimentos que estejam voltados para atender o interesse público e integrados ao Sistema de Saúde.

A CTASP, por outro lado, aprovou um texto substitutivo aos PLs 5.367/90 e 2.640/92, de modo a oferecer um “[...] importante instrumento para a modificação do atual quadro de atenção farmacêutica no país”, conforme consta no voto da Comissão.

A seguir, o então substitutivo proposto pela CTASP seguiu para a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), onde foi rejeitado pelo deputado relator, Chicão Brígido, empresário, do PMDB, retornando à sua forma original do texto remetido ao Senado Federal sem alterações:

[...] os serviços do bioquímico-farmacêutico, no interior das drogarias, não influencia na saúde do consumidor, em se tratando do atual contexto dos serviços prestados, principalmente pelas drogarias à sociedade. [...] Dessa forma, entendemos que a apreciação e aprovação do PL nº 4.385/94, do Senado Federal, constitui-se no caminho mais adequado e sensato para o aperfeiçoamento do mercado farmacêutico Brasileiro.

Em 1997, o PL foi submetido a uma terceira comissão – Comissão de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias (CDC) – cujo relator foi o deputado federal Ivan Valente, engenheiro, então filiado ao PT. O substitutivo apresentado pelo relator era novamente favorável à profissão farmacêutica:

Fazer da farmácia um estabelecimento de saúde e uma atividade de interesse social e não apenas um comércio lucrativos (sic), é tarefa que somente logrará êxito com a participação de toda a população e de seus representantes democraticamente constituídos, no caso, o Congresso Nacional.

Finalmente, o PL com os apensados, foram submetidos, conforme é previsto, à Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (CCJR), onde foram apensados mais 16 projetos que regimentalmente passaram a ser considerados emendas de Plenário.

Desde o ano 2000, o projeto ficou aguardando entrar em pauta para votação do Plenário da Câmara dos Deputados. O PL tinha até então três pareceres divergentes, tendo preferência o último parecer emitido pela CDC, cujo relator era o deputado Ivan Valente. O parlamentar levaria ao Plenário, então, uma emenda aglutinativa para ser votada no Plenário, ou seja, uma proposta fundindo os demais textos até então apresentados.

A partir de 2011, começaram a surgir reiterados requerimentos de deputados federais no sentido de movimentar o andamento do PL, com solicitações para inclusão na pauta do Plenário da Câmara dos Deputados para votação.

As políticas públicas podem ser tomadas como instituições, que são disposições de cunho cognitivo, normativo e regulador voltadas a estabilizar e dar sentido às condutas sociais com regras formais (como leis, constituições) e restrições informais (como tradições, códigos de conduta, costumes) (NORTH, 1991; SCOTT, 1995 *apud* MELO; VIEIRA, 2018). Quando se criam ou se reinterpretam as regras ou normas tem-se a mudança institucional que pode ser tanto de incremento quanto de ruptura cujos desfechos serão de manutenção ou descontinuidade

das instituições (NORTH, 1991 *apud* MELO; VIEIRA, 2018). Segundo Melo e Vieira (2018), o êxito da mudança institucional relaciona-se à habilidade dos agentes em formar coalizões.

Os parlamentares interessados em movimentar o PL estavam à frente de dois grupos distintos, com interesses antagônicos: de um lado defensores da profissão farmacêutica e, de outro, representantes do varejo farmacêutico. O primeiro grupo, sob a liderança do Conselho Federal de Farmácia (CFF), criou o Fórum Nacional de Luta pela Valorização da Profissão Farmacêutica com o objetivo de definir estratégias conjuntas para a aprovação de matérias de interesse da profissão. Além do próprio CFF, constituíram o Fórum a Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar), a Federação Interestadual de Farmácia (Feifar) e a Executiva Nacional de Estudantes de Farmácia (Enefar).

O segundo grupo, com interesse na descontinuidade da obrigação de presença do farmacêutico e defensor da liberdade de mercado, estava representado, majoritariamente, pela Associação Brasileira das Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma) e pela Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (Abcfarma).

Finalmente, em 2014, o projeto foi aprovado na forma de subemenda aglutinativa, tendo se transformado na Lei Federal 13.021/14, cujo texto foi fruto de negociação entre os atores presentes na arena decisória.

4.2 ELABORAÇÃO DO CÓDIGO DE ANÁLISE

Acompanhando Fonseca (2017) e Carrijo (2019), os documentos dispostos no Quadro 1 foram codificados levando-se em consideração o sistema de crenças do ACF – *deep core beliefs*, *policy core beliefs* e *secondary beliefs*. É o sistema de crenças que leva os atores da arena política a se agruparem em coalizões conforme seus interesses. Apesar do esforço realizado para a construção do código cabe destacar que, conforme Sobrinho, Rodrigues e Vasconcellos (2020), pesquisas têm evidenciado o desafio de distinguir as crenças dentro da estrutura hierárquica proposta pelo ACF, dada a ausência de fundamentos empíricos para tal. Por isso, segundo os autores, algumas pesquisas agrupam “*policy core beliefs*” e “*secondary beliefs*”.

O primeiro resultado do esforço da pesquisa foi a construção do código de análise, que orientou o restante da dissertação e, portanto, foi inserido como resultado nesse capítulo. Reconhecendo a dificuldade metodológica para a elaboração do código, ainda que as crenças aqui utilizadas para o *deep core* (DC) possam colidir com o que foi preceituado no modelo

original dos precursores do ACF, a pesquisadora assumiu que as questões mais gerais referentes à assistência farmacêutica e à farmácia pertenceriam ao núcleo duro (*deep core beliefs*).

Para facilitar a distinção das categorias, bem como selecionar trechos (tanto dos documentos quanto das entrevistas) que comprovassem as premissas do ACF, utilizou-se o software NVivo. A triangulação dos achados dos documentos com os dados obtidos nas entrevistas permitiu aprofundar na compreensão sobre o fenômeno estudado.

Quadro 5- Código de análise baseado em crenças a partir dos documentos analisados:

Código de Análise	Crença
<i>Deep core (DC)</i> (núcleo duro)	(DC1) Existe uma fragilidade do sistema de saúde que exige um mercado mais acessível ao consumidor
	(DC2) Farmácia é a porta de entrada do sistema de saúde
	(DC3) Assistência farmacêutica é um direito do cidadão
	(DC4) Farmácia possui funções sanitária e social
	(DC5) Farmácia é um comércio
<i>Policy core (PC)</i> (núcleo político)	(PC1) Responsabilidade técnica a ser exercida por profissional de nível médio
	(PC2) Responsabilidade técnica a ser exercida por farmacêutico (nível superior)
	(PC3) Farmacêutico só para manipulação de fórmulas
	(PC4) Defesa do segmento econômico
	(PC5) Medicamento é um produto
	(PC6) Medicamento é um insumo para a saúde
	(PC7) Busca de uma reserva de mercado profissional pela categoria
	(PC8) Farmacêutico não tem função na farmácia
	(PC9) Dispensação é um processo de assistência à saúde
	(PC10) Dispensação é a entrega de um produto finalizado
	(PC11) Interesse social
<i>Secondary beliefs (SA)</i> (aspectos secundários)	(SA1) Anseio pela simplificação para a expansão do mercado
	(SA2) Necessidade de coibir o crescimento desordenado de estabelecimentos
	(SA3) A obrigatoriedade de contratar farmacêutico onera o empresário
	(SA4) A contratação de farmacêuticos para prestar a assistência farmacêutica não encontra amparo na questão financeira
	(SA5) Farmacêutico aluga o nome
	(SA6) Legislação como prevenção para que farmacêutico alugue o nome

Fonte: elaboração própria

4.3 FORMAÇÃO DAS COALIZÕES

A partir dos achados identificaram-se dois grupos defensores de ideias opostas que, para influenciar o subsistema político, organizaram-se em duas coalizões distintas. Além de compartilharem um sistema de crenças – conforme será demonstrado à frente – os grupos demonstraram uma outra característica essencial à formação de coalizões, qual seja, a coordenação de suas ações.

Evidenciou-se, por um lado, um conjunto interessado em defender a não-obrigatoriedade de farmacêuticos em farmácias sem manipulação, com enfoque numa expansão do mercado e da liberdade econômica. Em contrapartida, havia outro grupo com uma proposta contrária à primeira, oferecendo uma revisão da norma jurídica com uma proposta ampla para incluir a assistência farmacêutica. As coalizões identificadas a partir da defesa dos interesses de tais grupos foram tratadas nessa pesquisa, para fins metodológicos, de “coalizão do varejo” e “coalizão da farmácia”, respectivamente.

A criação do fórum – mencionado anteriormente – pela categoria farmacêutica evidenciou uma das hipóteses do ACF em que “[...] o aprendizado orientado para a política é mais provável de se desenvolver quando existe um fórum de debates profissional no subsistema” (RODRIGUES; SOBRINHO; VASCONCELLOS, 2020, p. 1716). Tal iniciativa proporcionou um espaço de coesão para o compartilhamento de crenças, além de promover uma articulação com atores-chave do governo, conforme será melhor detalhado à frente.

Na pesquisa de Larsen et al. (2006) sobre a desregulação da distribuição de medicamentos na Dinamarca, constatou-se que os parlamentares consideraram importante a informação técnica das diferentes coalizões para a tomada de decisão. Fica evidenciado que as coalizões, nesse estudo, utilizaram dados para reforçar os seus interesses políticos e tentar garantir a vitória de seu posicionamento. Assim, ora a coalizão do varejo baseava-se em dados sociais e econômicos; ora a coalizão da farmácia ancorava-se em dados da saúde e outros indicadores para influenciar na política.

A Lei 13.021/14 foi fruto de um acordo negociado entre as coalizões, inferindo-se que tenha resultado do aprendizado político e da mudança no sistema de crenças, o que será explorado adiante.

Embora o texto final tenha garantido os anseios da categoria profissional farmacêutica, ainda em 2014 houve a tentativa de dispensar a obrigatoriedade do farmacêutico em estabelecimentos de pequeno porte ou microempresa, por meio da Medida Provisória (MP) 653/14. No entanto, a classe mobilizou-se novamente e a MP não chegou a ser votada.

4.3.1 Coalizão do varejo

Tomando por base os eventos em ordem cronológica, apresenta-se neste tópico a coalizão do varejo, motivada em defender o setor econômico. O ponto de partida da defesa do segmento, então, é a apresentação do projeto de lei no Senado, pela então Senadora Marluce

		pode haver uma expansão do mercado.
	(PC5) Medicamento é um produto	Referências reiteradas da palavra “produto(s)” nos documentos em defesa do estabelecimento sem obrigação de farmacêutico.
	(PC7) Busca de uma reserva de mercado profissional pela categoria	Afirmação de que a profissão farmacêutica defende a presença obrigatória do profissional no estabelecimento apenas para garantir emprego.
	(PC8) Farmacêutico não tem função na farmácia	Entendimento de que o profissional não teria função científica nem orientadora na farmácia.
	(PC10) Dispensação é a entrega de um produto finalizado	Cliente vai ao estabelecimento e recebe o produto pronto.
	(PC11) Interesse social	Defesa de que o projeto de desobrigar a presença de farmacêutico, desburocratiza o estabelecimento e facilita o acesso ao medicamento.
<i>Secondary aspects (SA)</i>	(SA1) Anseio pela simplificação para a expansão do mercado	Sem a obrigação de farmacêutico, mais estabelecimentos poderiam ser abertos.
	(SA3) A obrigatoriedade de contratar farmacêutico onera o empresário	Não havendo função legítima do farmacêutico, sua contratação seria um desperdício para o proprietário.
	(SA5) Farmacêutico aluga o nome	A obrigatoriedade de contratação facilitaria a prática de emprestar o nome a mais de um estabelecimento simultaneamente sem uma presença de fato na drogaria.

Fonte: elaboração própria

A seguir, no quadro 7, apresentam-se os posicionamentos centrais da coalizão do varejo com a correspondência ao código de análise obtidos por meio dos documentos e entrevistas.

Quadro 7- Posicionamentos centrais da coalizão do varejo com as respectivas correspondências ao código de análise

Ator/Doc.	Crença	Evidência
Documento 2	(DC1) Existe uma fragilidade do sistema de saúde que exige um mercado mais acessível ao consumidor	No momento atual, não dá para esquecermos que a falência do sistema de saúde em nosso país, ao lado de um grande e desolador quadro de desemprego e subemprego [...], gera uma realidade que tem de ser levada em conta quando se trata de legislar em assuntos que dizem respeito a pontos essenciais para o bem-estar mínimo da família e a sobrevivência do cidadão, como é a aquisição de medicamentos.

Documento 4	(DC5) Farmácia é um comércio	O dono da drogaria é apenas um vendedor de medicamentos.
Documento 1	(PC1) Responsabilidade técnica a ser exercida por profissional de nível médio	basta que o responsável tenha curso profissionalizante ou se proprietário ou coproprietário exerça a atividade por mais de dez anos.
Documento 1	(PC3) Farmacêutico só para manipulação de fórmulas	Nas farmácias onde existe a manipulação de fórmulas magistrais ou oficinais evidentemente deve existir um responsável técnico com formação acadêmica que é o farmacêutico.
Entrevistado e	(PC4) Defesa do segmento econômico	Temos uma atuação muito forte no congresso nacional, temos uma assessoria dedicada ao congresso.
Documento 1	(PC5) Medicamento é um produto	Nas drogarias conforme a própria definição da lei antes já transcrita, vendem-se apenas o produto preparado pelos laboratórios farmacêuticos embalagens originais.
Documento 1	(PC7) Busca de uma reserva de mercado profissional pela categoria	O que esse projeto busca é exatamente acabar com essa reserva de mercado.
Documento 2	(PC7) Busca de uma reserva de mercado profissional pela categoria	[...] obstar-se-á a reserva de mercado para os de nível superior, democratizando-se a livre iniciativa de qualquer cidadão qualificado e portador do devido certificado de curso profissionalizante
Documento 4	(PC8) Farmacêutico não tem função na farmácia	A questão da responsabilidade técnica de drogaria, não tem função científica e nem orientadora, já que a maioria dos profissionais não presta qualquer serviço específico nas drogarias pelas quais são responsáveis.
Documento 1	(PC10) Dispensação é a entrega de um produto finalizado	O cliente dirige-se ao estabelecimento, exhibe a receita médica e o balconista pega o medicamento na prateleira havendo o subsequente pagamento do preço.
Documento 2	(PC11) Interesse social	Portanto, não há como deixar de se concluir que um dos grandes méritos do projeto em pauta é colocar o interesse coletivo e o atendimento dos doentes, onde quer que estejam, acima de quaisquer outros interesses.
Documento 1	(SA1) Anseio pela simplificação para a expansão do mercado	Se convertido em lei, este projeto facilitará a abertura de maior número de drogarias em todo o país [...].
Documento 4	(SA3) A obrigatoriedade de contratar farmacêutico onera o empresário	O revoltante nesta situação é que o profissional torna-se um fator a mais de oneração e de desperdício.
Documento 1	(SA5) Farmacêutico aluga o nome	Esta exigência legal tem ocasionado o que

		se denominou de aluguel de nome ... O farmacêutico declara-se responsável pela drogaria e empresta o seu nome àquela atividade, tipicamente comercial. No final do mês, aparece apenas para receber os "honorários", se tanto. Na maioria das vezes, a importância lhe é creditada diretamente na conta bancária.
--	--	---

Fonte: elaboração própria

A partir da aplicação do código de análise aos documentos e à entrevista, evidenciou-se que a coalizão do varejo tinha como objetivo central a aprovação do projeto de lei para desobrigar a presença de um profissional farmacêutico na drogaria. Isso permitiria ao empresário expandir o negócio porque o desoneraria de obrigações. Adicionalmente, a coalizão baseou em dados para argumentar que não haveria profissionais suficientes para o número de estabelecimentos existentes, sobretudo nas localidades mais afastadas, para cumprir a exigência dada pela lei. Nesse caso, a população ficaria desassistida quanto à aquisição de medicamentos, vez que inviabilizaria o funcionamento das drogarias.

Na visão da coalizão, a presença de um farmacêutico para entregar um produto ao cliente não se justificaria, uma vez que sua atuação não envolvia nenhuma função científica ou orientadora, podendo ser realizada por um profissional de nível médio. Então, contratar um profissional de nível superior seria um desperdício para o empresário. Para o varejo, a profissão farmacêutica estava buscando apenas uma reserva de mercado para os seus profissionais. Do mesmo modo, o fato de a lei permitir que o farmacêutico se responsabilizasse por mais de um estabelecimento, encorajaria uma prática de “aluguel de nome”. Então, o projeto de lei seria benéfico para mitigar as questões elencadas.

A entrevista com um representante do varejo (entrevistado “e”), que esteve envolvido nas negociações para a aprovação do substitutivo em 2014, trouxe à luz o posicionamento dos demais atores do segmento. De acordo com o entrevistado, no início das reuniões com a finalidade de construção de uma norma que atendesse a todos os interesses, estavam na mesa de negociação os parlamentares, representantes do sindicato, de conselhos da farmácia, de outras entidades farmacêuticas, além de todas as entidades do varejo. Mas, com o avanço das negociações, os demais atores do varejo recuaram:

Porque, na verdade, na medida que a gente foi construindo aquele texto – presença do profissional no horário (a gente reforçou isso, uma coisa que a gente já defendia aqui), uma série de coisas – aí as outras entidades do varejo meio que caíram fora, eu fiquei sozinho.

Fica claro que, embora o entrevistado concordasse com alguns posicionamentos da

coalizão da farmácia, ele reconhece que seguia na defesa dos interesses da coalizão do varejo ao declarar: “a gente bancou esse texto basicamente sozinho **do lado de cá**” (grifo nosso). Ou seja, evidencia-se a existência de dois lados antagônicos.

4.3.2 Coalizão da farmácia

Quando da apreciação do projeto de lei pela CTASP, na Câmara dos Deputados, pelo deputado Zaire Rezende (PMDB), médico, a comissão, além de rejeitar a proposta, apresentou um texto substitutivo, em resposta ao anseio do varejo:

Nas circunstâncias, surgem dois caminhos fundamentais para o legislador escolher: um, o de adaptar a lei à realidade; outro, o de fazer de uma nova lei instrumento de mudança dessa realidade.

A coalizão em defesa da farmácia começou a se delinear a partir de então em busca de uma nova norma que conformasse o objetivo desse grupo. A figura 3 mostra a nuvem de palavras gerada pelo NVivo para os documentos analisados. Ainda que as palavras que mais apareçam nos documentos não diverjam daqueles da coalizão do varejo, a prevalência de termos como “sanitária, assistência, serviços e sistema” elucidam o posicionamento em favor da farmácia como um estabelecimento sanitário de responsabilidade técnica de um farmacêutico.



Figura 3- Nuvem de palavras de coalizão da farmácia

A seguir, no quadro 8, tem-se a aplicação do código de análise à coalizão da farmácia.

Quadro 8- Aplicação do código de análise à coalizão da farmácia

Código	Crença	Evidência(s)
<i>Deep core beliefs</i> (DC)	(DC2) Farmácia é a porta de entrada do sistema de saúde	Afirmações de que a farmácia é o primeiro local a que o paciente recorre.

	(DC3) Assistência farmacêutica é um direito do cidadão	A lei do Sistema Único de Saúde prevê a assistência farmacêutica como direito do cidadão.
	(DC4) Farmácia possui funções sanitária e social	Informação, prevenção, adesão ao tratamento, vacinas.
<i>Policy core beliefs (PC)</i>	(PC2) Responsabilidade técnica a ser exercida por farmacêutico (nível superior)	Explicações sobre o conhecimento do profissional a partir de sua formação acadêmica.
	(PC6) Medicamento é um insumo para a saúde	Declarações de que o medicamento não é uma mercadoria.
	(PC9) Dispensação é um processo de assistência à saúde	Informação sobre a correta utilização, efeitos colaterais, modo correto de administração.
	(PC11) Interesse social	Defesa do direito à saúde inclui a presença de um profissional farmacêutico. Em ambas as coalizões há afirmações sobre o interesse social de cada posicionamento.
<i>Secondary beliefs (SB)</i>	(SA2) Necessidade de coibir o crescimento desordenado de estabelecimentos	Resposta ao posicionamento do varejo que defende não existir farmacêuticos suficientes para atuar na responsabilidade técnica de todas as farmácias existentes.
	(SA4) A contratação de farmacêuticos para prestar a assistência farmacêutica não encontra amparo na questão financeira	O mercado farmacêutico está em crescimento.
	(SA6) Legislação como prevenção para que farmacêutico “alugue” o nome	Com o rigor da norma que exige a fiscalização do profissional na farmácia, o farmacêutico responde solidariamente com o proprietário.

Fonte: elaboração própria

A seguir, no quadro 9, demonstram-se os posicionamentos centrais da coalizão da farmácia correspondentes ao código de análise.

Quadro 9- Posicionamentos centrais da coalizão da farmácia com as respectivas correspondências ao código de análise

Ator/Doc.	Crença	Evidência
Entrevistado b	(DC2) Farmácia é a porta de entrada do sistema de saúde	[...] a farmácia hoje ela é o estabelecimento de saúde mais acessível que você vai encontrar em qualquer lugar do mundo, não é só aqui no Brasil. Mas falando da nossa realidade, praticamente todo bairro das cidades, pelo menos as maiores, tem uma farmácia, e algumas funcionando 24 horas [...].

Entrevistado f	(DC2) Farmácia é a porta de entrada do sistema de saúde	[...] pela capilaridade das farmácias, pela facilidade do acesso, de estar sempre com as portas abertas, então pra maioria das pessoas é mais fácil fazer um teste na farmácia do que ir numa unidade básica de saúde [...].
Documento 3	(DC2) Farmácia é a porta de entrada do sistema de saúde	É exatamente na farmácia que o cidadão vai buscar o remédio para seus males. É ela a ponta da linha de todo um sistema de saúde.
Entrevistado a	(DC3) Assistência farmacêutica é um direito do cidadão	A gente conseguiu colocar no artigo quarto, se você ler lá no artigo quarto, está lá que está subordinado ao SUS, essa foi a nossa garantia, a assistência farmacêutica é determinada pelo SUS [...].
Documento e	(DC4) Farmácia possui funções sanitária e social	O afastamento de sua função sanitária levou esses estabelecimentos a prescindir da garantia da qualidade de seus serviços e produtos.
Documento 5	(PC2) Responsabilidade técnica a ser exercida por farmacêutico (nível superior)	[...] entende-se que a ação do farmacêutico deve estar dirigida para o oferecimento de serviços que informem, esclareçam, eduquem a população e, principalmente deem a garantia da qualidade dos produtos e serviços a ela ofertados.
Documento e	(PC6) Medicamento é um insumo para a saúde	Há que predominar a visão de que medicamento não é uma mercadoria qualquer, mas sim um insumo essencial para a saúde.
Documento 5	(PC6) Medicamento é um insumo para a saúde	O medicamento é um insumo essencial à vida e requer cuidados na sua dispensação não podendo ser tratado como uma simples mercadoria.
Entrevistado f	(PC6) Medicamento é um insumo para a saúde	[...] medicamento como uma ferramenta terapêutica, como uma estratégia terapêutica.
Documento 5	(PC9) Dispensação é um processo de assistência à saúde	Quando se ministra um medicamento não se está oferecendo uma mercadoria qualquer. Oferece-se, isso sim, um insumo essencial à saúde, que deve ser utilizado com todos os cuidados e precauções, para que realize sua função terapêutica sem causar novos danos ao usuário.
Documento 5	(PC11) Interesse social	Fazer da farmácia um estabelecimento de saúde e uma atividade de interesse social e não apenas um comércio lucrativo, é tarefa que somente lograra êxito com a participação de toda a população e de seus representantes democraticamente constituídos, neste caso, o Congresso Nacional.

Documento 3	(SA2) Necessidade de coibir o crescimento desordenado de estabelecimentos	Têm-se, portanto, milhares de estabelecimentos farmacêuticos distribuídos segundo critérios alheios aos do interesse sanitário e sob a responsabilidade apenas formal de profissionais que quase nunca estão presentes no atendimento direto à população.
Documento 5	(SA4) A contratação de farmacêuticos para prestar a assistência farmacêutica não encontra amparo na questão financeira	Segundo dados publicados na Revista “Pharmácia”, agosto de 1996, páginas 14 a 16, o faturamento anual de uma das redes existentes no Estado de São Paulo e Minas Gerais, no ano de 1995, foi de R\$ 202,526 milhões com previsão de um faturamento para 1996 de R\$ 250 milhões. Percebe-se que para uma rede composta com 117 lojas o lucro obtido é a comprovação de que a atividade comercial farmacêutica é bastante lucrativa, e que a resistência apresentada para a contratação de farmacêuticos para prestar a assistência farmacêutica não encontra amparo na questão financeira ou na viabilidade econômica.
Documento 5	(SA6) Legislação como prevenção para que farmacêutico alugue o nome	Ao estabelecer a possibilidade da autoridade sanitária multar o estabelecimento e o farmacêutico, quando este não estiver prestando seus serviços à sociedade, busca-se acabar com o aluguel do nome, fazendo com que o profissional retorne e assuma suas responsabilidades frente aos estabelecimentos. Insere-se, pois, um dispositivo inovador que demonstra o rigor da presente lei, buscando penalizar o profissional e a empresa que possam estar coniventemente querendo burlar a norma legal.

Fonte: elaboração própria

A partir do que foi codificado e evidenciado, o posicionamento em defesa da profissão farmacêutica ia de encontro ao que o varejo defendia, por entender que o medicamento seria um insumo para a saúde em vez de mercadoria, que pode conter riscos e, portanto, o farmacêutico com formação adequada seria imprescindível na dispensação. O ato de dispensar iria além de simplesmente entregar a caixa de medicamento ao usuário porque envolveria outras ações de orientação à saúde.

Ademais, em acordo com o posicionamento da coalizão, a farmácia não deveria ser encarada como um comércio comum, vez que ela representa uma porta de entrada ao sistema de saúde para os seus usuários, o que explicaria um texto substitutivo contemplando essa função sanitária e assegurando o direito à assistência farmacêutica.

Combatendo os argumentos do varejo sobre a indisponibilidade de farmacêuticos suficientes para atender a todos os estabelecimentos, a coalizão da farmácia advertiu que existe a abertura sem critérios de novas drogarias, bem como indicou que a realidade do segmento econômico, em números, indicaria que a contratação de farmacêutico não seria razão de oneração para o empresário em um setor em expansão.

Finalmente, o combate à prática de “aluguel de nome” poderia ser coibido com a própria norma jurídica proposta pela coalizão da farmácia, vez que o farmacêutico responderia solidariamente com o proprietário.

Na próxima subseção, os dados serão discutidos dentro da perspectiva da teoria norteadora da pesquisa, o *Advocacy Coalition Framework*, de modo que se amplie o debate e compreenda a articulação em torno do subsistema.

4.4 APROFUNDANDO A UTILIZAÇÃO DO MODELO TÉORICO “ADVOCACY COALITION FRAMEWORK” ÀS DISCUSSÕES

4.4.1 Subsistema

Conforme anteriormente mencionado, dentro do ACF o sistema político é a unidade de análise básica para o modelo teórico, sendo necessário, para a sua compreensão, um olhar de longo prazo. Os atores na arena do subsistema podem se reunir em coalizões, e as políticas serão interpretadas a partir das crenças dessas coalizões, que tentam influenciar as decisões consoante os seus interesses (WEIBLE et al., 2011).

Deduz-se da investigação presente uma disputa entre duas coalizões que gravitam em torno do subsistema do estabelecimento farmacêutico. O embate tem início em 1993 e tem certo desfecho conclusivo em 2014, quando se aprova a lei 13.021. Intencionalmente escolhem-se tais termos porque é justamente a incompletude de implementação da norma jurídica que ensejou a pesquisa.

4.4.2 Crenças

Embora nos tópicos anteriores evidenciaram-se as crenças das coalizões que as posicionaram em lados antagônicos, os dados coletados diretamente com as entrevistas demonstraram que existem alguns pontos de convergência entre os discursos do varejo e da farmácia, conforme mostra o quadro 10.

Quadro 10 - Convergência de ideias das duas coalizões a partir das entrevistadas

Crenças	Coalizão da farmácia	Coalizão do Varejo
Farmácia porta de entrada no sistema de saúde	A farmácia ela tá aberta, você pode chegar em qualquer farmácia com receituário ou sabendo o que você quer comprar que você vai ser atendido. E no consultório você precisa marcar uma consulta, e esse consulta demora 30, 40, 50 dias, então as vezes você acaba resolvendo o problema ou agravando esse problema. E na farmácia não (entrevistado b)	A visão que a gente tem da farmácia nessa área de saúde, que a farmácia ela pode ser a porta de entrada no sistema de saúde (entrevistado e)
Alternativa ao SUS	As pessoas já estão chegando na farmácia querendo atendimento de saúde [...], pela capilaridade das farmácias, pela facilidade do acesso (entrevistado f)	a melhor coisa que você pode investir na farmácia é a adesão ao tratamento, dados da OMS, é muito melhor investir no tratamento do que abrir hospital, do que abrir equipamento novo. Você investir em tratamento, cuidar dessas 50% das pessoas que abandonam, você já vai de diminuir um monte de agravo (entrevistado e)
Remuneração	O principal desafio hoje é você tornar o trabalho na farmácia atrativo pro profissional farmacêutico, você melhorando o piso do profissional, eu acho que um empecilho muito grande hoje pra você ter os profissionais 24 horas dentro do estabelecimento é o salário, ainda considerado baixo, se comparado a outras profissões de saúde. (entrevistado x)	O profissional dizia, eu ganho pouco, como eu ganho pouco eu não quero fazer outras coisas, e a gente dizia, a maneira de você ganhar mais, é se você está disposto a fazer outras coisas (entrevistado e)

Fonte: elaboração própria

Ambas as coalizões veem a farmácia como uma porta de entrada ao sistema de saúde e como uma alternativa ao SUS, ainda que não fique claro como se garantiria o direito ao acesso em termos de financiamento da prestação dos serviços. Com base na afirmação do varejo, do entrevistado “e” de que “a gente defende que a farmácia possa ter uma atuação complementar no sistema de saúde dentro dos limites obviamente do que o profissional farmacêutico pode atuar”, recai-se em uma zona incerta. Adicionalmente, o entrevistado da coalizão da farmácia problematiza:

O que a farmácia produz não é mercadoria. O que a farmácia precisa produzir pra se enquadrar e cumprir um papel, e valorizar o papel de quem está lá, dando característica a esse estabelecimento, é a **garantia do direito**. A garantia de quem vai buscar esse espaço, tem o seu direito que está lá escrito na constituição como direito.

Outra crença convergente é sobre a remuneração do profissional que deixa margem à interpretação de ser um desafio, porém, sob perspectivas opostas. Se, por um lado, a coalizão

da farmácia vê esse aspecto como empecilho para uma atuação mais ampla no estabelecimento, o varejo defende que a prestação dos serviços ensejaria melhores salários. Não restam dúvidas, a partir dos discursos, de que há um reconhecimento sobre essa fragilidade que a remuneração profissional representa.

4.4.3 Eventos/Choques internos e externos

Considerando o que preceitua a teoria do ACF, eventos internos ou externos ao subsistema são elementos básicos para a mudança política. Choques internos e externos diferem tendo em vista que os internos questionam diretamente as crenças do *policy core* da coalizão dominante, enquanto que a relevância dessas crenças é menos clara quando se trata de choques externos (SABATIER, 2006)

Em 1999, foi instituída a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos medicamentos, em consequência das denúncias sobre a prática de preços abusivos de medicamentos, falsificação e cartéis de laboratórios. A CPI envolveu audiências públicas e reuniões com as partes interessadas, além de ter ouvido a categoria profissional farmacêutica. O relatório final da comissão indicou recomendações convergentes aos interesses da categoria farmacêutica porque retomou a discussão sobre o direito à assistência farmacêutica como política de saúde, advertiu que as drogarias não podem ser tratadas como simples comércios, sugeriu medidas para impedir a abertura indiscriminada de novos estabelecimentos e recomendou a proibição de comercialização aos itens alheios às farmácias.

A CPI pode ser considerada como um evento interno que influenciou no avanço do debate da coalizão da farmácia porque reforçou o posicionamento desta no eixo do subsistema, como elencaram os entrevistados “a” e “e”, respectivamente:

A CPI dos medicamentos permitiu também a gente formular e acumular muito. Ajudou, foi fundamental, porque um dos resultados mais plausíveis dessa iniciativa, dos diversos espaços ocupados, foi a criação da ANVISA.

A CPI dos medicamentos foi um momento interessante que mostrou pro Brasil que a parte econômica era muito mais lesiva do ponto de vista da “empurroterapia”, e de criar uma cultura de consumo de medicamentos, como se fosse bala, como se fosse pão.

Quanto à influência de eventos externos, o relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) traz dados da ascensão do mercado varejista farmacêutico. Entre 2010 e 2017, o setor cresceu em termos absolutos de R\$ 36,3 para R\$ 41,5 bilhões, a despeito do decréscimo da produção de fármacos no Brasil. Fica evidenciado, no entanto, que esse crescimento se

concentrou nas grandes redes do setor (BRASIL, 2020). Assim, é significativo considerar esse dado por entender o poder de influência na arena decisória conferido a esses atores do mercado.

Também cabe destacar o aumento do número de profissionais farmacêuticos no país. A Comissão de Defesa do Consumidor apontava em 1997 um número de 55.830 farmacêuticos registrados, e dados do Conselho Federal de Farmácia indicam que, em 2014, havia 179.266. Tal dado não é trivial considerando que a maior parte dos profissionais iniciam a carreira nas drogarias, inclusive atualmente, como estima o entrevistado “b” ao declarar que “do nosso ponto de vista, hoje, a farmácia comunitária é o maior campo empregador. A gente estima que quase 60 a 70% dos farmacêuticos estão empregados no comércio varejista de medicamentos”. Certamente, um projeto que levasse a cabo a descontinuidade de obrigação de contratação de farmacêuticos para os estabelecimentos impactaria sobremaneira na empregabilidade profissional.

4.4.4 *Policy-oriented learning* e a interação das coalizões

O modelo analítico do ACF permite compreender a mudança política a partir do aprendizado político (*policy-oriented learning*), processo em que os atores das coalizões concorrentes capturam novos argumentos e evidências para que as suas crenças se tornem políticas públicas (SABATIER; MCLAUGHLIN, 1988).

O conhecimento técnico e os fatores externos e internos são elementos para o aprendizado político, segundo Araújo (2013). Adicionalmente, como mencionado antes, o aprendizado entre coalizões está mais propenso a ter lugar quando existe um fórum profissional que permite o acesso a recursos técnicos para o debate (WEIBLE, 2008). Como pontuado, o Conselho Federal de Farmácia criou, em 2014, o Fórum Nacional de Luta pela Valorização da Profissão Farmacêutica que significou uma estratégia importante para reunir forças e influenciar a arena decisória:

com a criação do fórum pela valorização do trabalho farmacêutico foi possível se convergir interesses, o que deu conta de mobilizar parlamentares, mobilizar forças social e política, construir uma presença forte, coordenada, articulada, bem estruturada, no congresso nacional (entrevistado a) quando o Dr. Walter assumiu a presidência do Federal (CFF), ele convidou todas as entidades, não deixou ninguém de fora, inclusive os estudantes foram participar, os futuros farmacêuticos, pra gente discutir justamente qual era a prioridade, qual era o projeto que a gente ia abraçar todo mundo, pra gente poder trabalhar ele junto ao congresso (entrevistado b)

O Fórum criado pelo CFF definiu com as entidades representantes da profissão qual seria a pauta comum para levar ao congresso, quando dessa mobilização pelo texto final em

substitutivo ao projeto da ex-senadora, como complementa o entrevistado b: “e chegamos a esse consenso por meio de maioria, de que a farmácia é um estabelecimento de saúde, seria um projeto que ia abranger toda a categoria, ninguém iria ficar de fora, e que a gente poderia trabalhar em conjunto”.

De posse do projeto de interesse da profissão farmacêutica, o passo seguinte foi negociar com a coalizão do varejo. Com o avanço do diálogo entre as coalizões, conforme já mencionado, à medida que ia surgindo uma proposta que atendia ao anseio da categoria farmacêutica sobre a presença obrigatória do profissional durante o horário de funcionamento do estabelecimento, a coalizão do varejo foi esvaziando com a saída de *players* que não concordavam com a exigência.

Os entrevistados são unânimes em seus discursos de que o texto final da lei foi algo negociado, como conta o entrevistado f: “em 2014 surgiu a lei... surgiu não: foi escrita, costurada, foi muito debatida”. A todo momento fica claro o esforço feito pelas partes para se chegar a um consenso final:

nós acreditamos que era necessário trabalhar melhor e propor outras alternativas àquela de suprimir o farmacêutico pelo técnico de farmácia ou pelo balconista de farmácia, com todo o respeito. Nós não conseguimos um acordo definitivo com a representação das pequenas farmácias, mas nós conseguimos um acordo muito importante com a representação das redes de farmácias, que acreditava no potencial da atividade do farmacêutico dentro do estabelecimento (entrevistado d)

Além da obrigatoriedade da presença profissional do farmacêutico, a coalizão da farmácia conseguiu incorporar ao texto da lei o conceito da farmácia como estabelecimento de saúde, como elucida o entrevistado a: “havia contradições no processo de construção da redação, e o que nós conseguimos caracterizar é a questão do estabelecimento de saúde”. Esse ponto também é destacado pelo entrevistado d:

Eu queria fazer um comentário a respeito do texto, conseguimos pela primeira vez na história, mudar o status da farmácia, que era um estabelecimento comercial, para um estabelecimento de saúde. A lei deixa bem claro que a farmácia é um estabelecimento de saúde

Por outro lado, a coalizão do varejo explica seu posicionamento alinhado ao anseio da coalizão da farmácia:

a gente bancou esse texto basicamente sozinho do lado de cá, porque a gente via o que acontecia, como eu te falei, porque a gente tem muita referência do que acontecia fora do país, a gente percebia que farmácia na Inglaterra, no Canadá, nos Estados Unidos, todas já tinham serviços, todas já podiam aplicar vacinas, farmácia na Itália já fazia eletrocardiograma, RPG, acupuntura, e eram coisas que a gente achava que a gente podia incorporar no Brasil (entrevistado e)

O segmento do varejo via a prestação de serviços na farmácia como estratégia de interesse para o empresário e para o profissional: um lugar de serviços de saúde aliado à atividade econômica. A própria coalizão da farmácia reconhece a influência do varejo no sentido de defender sua crença:

esse texto todo foi trabalhado a várias mãos e elaborado, chegando a um comum acordo com a representação das redes de farmácias, que tinha muito interesse nos serviços farmacêuticos, na possibilidade de uma atividade maior, de um envolvimento maior do profissional farmacêutico, no modelo americano (entrevistado d)

eles têm uma referência muito forte de como se desenvolve nos Estados Unidos essa lógica da saúde [...] e um pouco do que acontecia em 2014 nos Estados Unidos é o desenho do que imaginavam acontecer no Brasil seis, sete anos depois, e que o cenário tem mostrado muito esse lugar das demandas de saúde da população, associado ao desenvolvimento científico e tecnológico, esses parâmetros bioquímicos, de teste rápido, um conjunto importante de avanços tecnológicos (entrevistado a)

Ao passo em que a coalizão do varejo se apoiava em experiências de sucesso de outros países para conformar a proposta que vislumbrava, a coalizão da farmácia via a oportunidade de definitivamente firmar o estabelecimento como local de prestação de uma assistência farmacêutica com a presença obrigatória do profissional em todo o seu horário de funcionamento.

A partir do que foi coletado nas entrevistas é possível perceber que as coalizões reconhecem suas concessões para que o texto fosse negociado com o propósito de atender aos anseios da profissão e do comércio. Tal percepção fundamenta-se no fato de a coalizão do varejo ter sofrido a perda de alguns membros discordantes de alguns pontos, e pela coalizão da farmácia ter aceitado a proposta da inclusão sobre a prestação de serviços no texto legislativo.

4.4.5 Recursos

Os recursos de que dispõem as coalizões para influenciar no processo do *policy-making* são descritos por Sabatier e Weible (2007), como sendo: autoridade legal formal; opinião pública; informação técnica/científica; tropas de mobilização; recursos financeiros; e liderança habilidosa.

A partir das entrevistas foi possível compreender a utilização de recursos pelas duas coalizões concorrentes para a defesa de seus interesses. O quadro 11 demonstra o tipo de recurso e sua correspondência com a coalizão do varejo, com a da farmácia ou com ambas.

Quadro 11 - Recursos das coalizões

Recurso	Coalizão do varejo	Coalizão da farmácia
Autoridade legal formal	a gente tem uma atuação muito forte no congresso seja pra acompanhar esses (projetos) que estão em andamento, seja pra ajudar nessa formulação de novas leis, novas regulamentações que impactam o setor (entrevistado e)	se não tivéssemos a Vanessa (Grazziotin) no Senado e a Alice (Portugal) na Câmara, não rolava, menor possibilidade (entrevistado a) a federação é filiada à União Geral dos Trabalhadores, a UGT, e a UGT tinha na época 54 deputados no congresso, e aí por meio da UGT a gente conseguiu fazer uma mobilização bem grande (entrevistado b) fizemos acordos com a ajuda do presidente da Câmara à época e tivemos uma participação ímpar, sem igual, da nossa farmacêutica à época, senadora Vanessa (Grazziotin) (entrevistado d)
Opinião pública	vamos fazer uma pesquisa e vamos ver o que o farmacêutico pensa disso (sobre a oferta de serviços nas farmácias) (entrevistado e)	Por outro lado, nosso trabalho como representação dos farmacêuticos a nível nacional, nós acreditamos que era necessário trabalhar melhor e propor outras alternativas àquela de suprimir o farmacêutico pelo técnico de farmácia ou pelo balconista de farmácia, com todo o respeito (entrevistado d)
Informação técnica/científica	todo esse referencial externo a gente traz pro Brasil e tenta traduzir isso, ou seja, o que funcionaria no Brasil, o que faz sentido pra realidade brasileira, o que e a gente pode aplicar aqui (entrevistado e)	(a farmácia) ela é reconhecida como um estabelecimento comercial de venda de um produto, e esse produto na maioria das vezes é medicamento, então a gente sempre entendeu que essa mercadoria não é uma mercadoria qualquer, então a gente já começou a trabalhar com o uso racional de medicamentos, lutando pelo uso racional de medicamentos já há décadas atrás, a gente já vem trabalhando nessa perspectiva de que se faça melhor uso dos medicamentos (entrevistado b)
Tropas de mobilização	-	conseguimos juntar milhares de pessoas no congresso nacional (entrevistado d)
Recursos financeiros	estamos falando de um mercado que ele entra na questão financeira, e como tudo aquilo que tem dinheiro envolvido, ele é um segmento que ele é muito influenciado [...] que tem como investir. Investir em pesquisa, investir em lobby, investir em regulação, investir em projetos para serem aprovados (entrevistado b)	-
Liderança habilidosa	-	quando o Dr. Walter assumiu a presidência do Federal (CFF), ele convidou todas as entidades, não

		deixou ninguém de fora, inclusive os estudantes foram participar, os futuros farmacêuticos, pra gente discutir justamente qual era a prioridade, qual era o projeto que a gente ia abraçar todo mundo, pra gente poder trabalhar ele junto ao congresso (entrevistado b)
--	--	--

Fonte: elaboração própria.

Como apontado anteriormente, os recursos das coalizões não são triviais porque são instrumentos de influência na arena política.

4.5 DIREITO AO ACESSO À SAÚDE

Como destacado anteriormente o direito à saúde, assegurado por lei, inclui a assistência farmacêutica (AF) cujo profissional apto a prestá-la é o farmacêutico. A AF vai além da entrega do medicamento ao paciente, devendo compreender ações de melhoria à saúde e cuidado ao paciente. No exemplo dado por Vieira (2007), sobre o manejo de diarreia na farmácia, pode-se perceber que esse estabelecimento tem o potencial de oferecer uma alternativa à saúde pública.

Ao apresentar as crenças que convergiram nas entrevistas com os atores, um dos pontos foi o fato de se considerar a farmácia como uma porta de entrada ao sistema de saúde. Porém, considera-se importante apontar que não ficou claro se tal acesso à AF nas farmácias comunitárias seria gratuito, ainda que as ações do SUS, como previsto em lei, possam ser complementadas pela iniciativa privada. Posto isso, apesar da previsão na norma de 2014, as próprias entrevistas evidenciaram que a AF nas drogarias ainda é incipiente, e o direito ao acesso à saúde segue como desafio a ser suplantado.

4.6 IMPLEMENTAÇÃO

A implementação é o momento, dentro do chamado ciclo de políticas públicas, em que as políticas são traduzidas em ações. Sua análise permite justamente compreender a complexidade do que acontece no momento da implementação para que os gestores públicos possam rever estratégias. A literatura mostra, porém, que existe um emaranhado político, uma dependência de atuação em rede, uma criticidade acerca de elementos subjetivos dos próprios atores executores e do local da implementação que devem ser levados em conta.

A fim de compreender o entendimento de todos os entrevistados sobre as políticas públicas para o setor da farmácia comunitária, questionou-se sobre a visão geral sobre tais

políticas, os atores fundamentais para a formulação e o papel da própria organização do entrevistado nesse processo. Os excertos estão dispostos no quadro 12.

Quadro 12 - Questões sobre políticas públicas na farmácia comunitária

Entrevistado	Visão sobre as políticas públicas na Farmácia Comunitária	Atores fundamentais na formulação das políticas públicas no setor	Papel da organização no processo de formulação de políticas públicas no setor
a	Elas são um reflexo dessas disputas a respeito de qual o lugar dessa atividade econômica. “[...] essas políticas estão associadas à capacidade de construir maioria em torno de uma determinada orientação política pro país. [...] com os instrumentos de poder que uma elite de sempre tem nas mãos [...] sobra pra farmácia também uma lógica ultraliberal na economia, hiper conservadora nos costumes e autoritária, antidemocrática na política.	São os trabalhadores, são os empresários, são os demandantes, são os usuários dessas políticas.	[...] defesa dos interesses econômicos de quem vive do trabalho. [...] queremos defender, agregar valor, fazer com que possa ser o mais reconhecido, o mais bem remunerado possível, com as melhores condições de trabalho possível.
b	[...] desde 73, lá na 5.991, a gente ainda tem a farmácia comercial, a farmácia comunitária como a gente chama, ainda tem essa dicotomia do que ela realmente é, se é um estabelecimento comercial ou se ela é um estabelecimento de saúde. [...] A gente como profissional da saúde, a gente entende que a farmácia é um estabelecimento de saúde, porque apesar dela viver da venda dos seus produtos, mas ela presta um serviço de saúde pra comunidade.	[...] o profissional do segmento, as entidades farmacêuticas, que compõem a profissão farmacêutica, o setor de regulação - no caso as vigilâncias sanitárias que vão ditar as regras - [...] e também o segmento do usuário do medicamento, a comunidade. Então esse aí é o ator principal.	[...] nosso trabalho basicamente é cuidar das relações de emprego entre o farmacêutico e o seu empregador.
c	[...] nós temos vários marcos regulatórios pro setor farmacêutico. Certamente, alguém pode dizer inclusive que nós temos um excesso de regulação, mas acredito que se houver um excesso de regulação nesse setor, é fruto de um problema conjuntural e talvez histórico do país, que seja a falta de cumprimento das legislações pra cada setor. E eventualmente a falta de cumprimento de um setor econômico da qual ele está submetido, acaba gerando	[...] nós temos certamente como atores principais a indústria farmacêutica e eventualmente as suas subdivisões, porque existe uma associação dos produtores de MIP, outras indústrias, [...] Conselho Federal de Farmácia, [...] os sindicatos dos farmacêuticos, mas temos também certamente com muita força, as entidades representativas do comércio do setor.	[...] traduzir ao Conselho Federal de Farmácia a linguagem e o trâmite do processo legislativo nacional. [...] esclarecer ao CFF as regras a que estão sujeitas a formulação de uma política pública, seja dentro do processo legislativo nacional, seja dentro de um ministério ou de outro órgão do poder executivo.

	nova regulação pra tentar obrigar o setor a cumprir uma regra da qual ele já não cumpria.		
d	Então nós temos muita lei mas não temos decreto regulamentador. Isso cria um vácuo jurídico, isso cria um vício jurídico, que tenta ser preenchido com resoluções ou com outros tipos de normativas institucionais infralegais.	Os farmacêuticos, por meio do conselho, os proprietários das redes de farmácia e o governo, e aí deixando bem claro que estamos falando do Ministério da Saúde, da Anvisa, do Ministério da Educação e o Ministério Público	(Da criação da Anvisa) nós participamos profundamente, seguido da criação da lei dos genéricos, e nós participamos da regulamentação e do arcabouço legal da implantação dos genéricos. Isso nos levou a um outro patamar de participação social. Nos envolvemos muito com o Conselho Nacional de Saúde, como instância representativa da população a dar voz aos profissionais, que até então não tinham voz.
e	a regulamentação ela é muito antiga, então a gente tá falando da principal lei do setor é a lei 5991 de 73. Uma lei que foi aprovada em 73, imagina que ela passou alguns anos tramitando no congresso, e ela reflete uma era antes disso, obviamente, porque se você está aprovando uma lei em determinado ponto, então você tem a realidade do final dos anos 60, início dos anos 70.	No Brasil a gente é muito centrado no congresso nacional, na própria ANVISA [...] (o) Brasil funciona num regime tripartite, ou seja, você tem a questão estadual e a questão municipal.	Olha, nós somos muito atuantes. Tem uma atuação muito forte no congresso nacional, tem uma assessoria dedicada ao congresso.
f	Então as leis elas são criadas para normatizar alguma prática ou para regulamentar, regular, dizer como é que deve ser feita. E assim também foi e continua sendo na farmácia. [...] a gente ainda está nessa fase de transição, de 90 pra cá, então a gente está falando de 30 anos, então em três décadas a gente teve uma transformação radical da prática farmacêutica na farmácia, então deixou de ser aquele ambiente estritamente comercial, de entrega de caixinha, e está passando a ser um estabelecimento de saúde, de fato. E essa mudança, pelo menos nessas três décadas, se a gente falar de 5991 então seria, quatro, cinco décadas, então a gente	Os atores são diversos, começando pelos próprios farmacêuticos, que só vai mudar alguma coisa na regulamentação se tiver a prática.	A gente sempre vem como um provocador. [...] fomos até a vigilância sanitária estadual e falamos: “nós queremos fazer esses serviços aqui”. Estes são os serviços que nós queríamos fazer nas farmácias e que nós estávamos explicitando formalmente pra ter a opinião deles.

	está falando que nessa fase de transição da prática na farmácia, está acontecendo, tiveram que acontecer as regulamentações. Então as normas tiveram que acompanhar essas mudanças de práticas.		
x	[...] é uma guerra muito grande entre o setor regulado e o órgão regulador pra tentar conformar as balizas do mercado brasileiro.	[...] os órgãos e as entidades públicas, notadamente a ANVISA e o Ministério da Saúde. [...] tem o lado das empresas e das indústrias e você tem o lado dos profissionais farmacêuticos.	O senador é um defensor ferrenho das drogarias e farmácia como estabelecimento de saúde. Então o parlamento reage muito fortemente no sentido de transformar drogaria e farmácia comunitária em estabelecimento de saúde, muito voltado com a lei 13.021 de 2014. Agora, claro que a formação do senador, ele é médico, então ele conhece muito do setor, foi ex-ministro da saúde, então ele tem esse entendimento.
y	Primeiro eu acho que o Brasil tem um compromisso com a assistência farmacêutica como algo inerente ao SUS que poucos países, mesmo aqueles que tem sistemas nacionais públicos, tem. Então acho que o Brasil foi construindo social e historicamente, ao longo da construção do SUS, um conceito de que o acesso ao medicamento, as garantias de uma assistência farmacêutica, fazia parte da consolidação do SUS e o direito a saúde, algo que não é presente nem em todos os sistemas nacionais públicos de saúde do mundo.	O farmacêutico tem um peso muito grande, um ator com muita força na parte de organização, de mobilização e produção de conhecimento sobre isso, normatização sobre isso, e de ocupar espaço em instituições públicas, reguladoras ou instituições privadas produtoras, sejam produtoras de produtos, de conhecimento e de tecnologia [...] Segundo, os gestores, que lidam permanentemente com a contingência, tanto a contingência com a dificuldade da oferta dos medicamentos, do produto, da garantia do acesso, como também às vezes com a contingência da dificuldade da oferta do profissional farmacêutico [...] um ator importante que é a indústria, que tem características bastante diversas nisso, mas que em geral movidas pelo lucro, movidas por interesse da capitalização em torno da produção de medicamentos. E você tem um ator muito importante que são os usuários, que demandam o acesso aos medicamentos [...] tem interesses	Eu acho que com os novos desafios do SUS, isso (fragmentação) fica muito evidente e crescente no período mais recente, quando a gente tem uma crise política, institucional, econômica gravíssima no país a partir de 2015, você tem um aumento, na minha opinião, bastante intenso dessa fragmentação das defesas em torno do SUS. [...] acho que o congresso nacional resumindo, ele discute menos temas gerais do SUS e mais aspectos fragmentados de busca de captura do orçamento do SUS, ou do mercado público do SUS, pra interesses específicos, muitos deles legítimos, não estou falando que não sejam legítimos, mas eles são mais específicos, mais fragmentados e isso enfraquece uma defesa geral do SUS.

		demandados meio difusos dos usuários [...] e você também tem um outro ator que são usuários organizados a partir de determinadas doenças, patologias ou luta pelo acesso a medicamentos.	
z	As políticas, eu sinto um pouco de falta do envolvimento da cadeia como um todo, então muitas dessas políticas elas são tomadas a nível central e não necessariamente o processo de permeação das bases das farmácias comunitárias, das farmácias que estão em locais mais distantes, consegue influências essas políticas, mas elas existem e penso eu, até onde eu sei, que elas funcionam de certa forma até conjugadas com outras políticas de fomento ao acesso de medicamentos do Ministério da Saúde.	CONASS, Conasems, Conselho Nacional de Saúde, os conselhos regionais, federais de farmácia, secretarias de vigilância sanitárias e as secretarias de saúde [...] e também de certa forma a Anvisa poderia participar também, considerando que é o coordenador do sistema nacional de vigilância sanitária	A Anvisa ela não participa. Ela participa obviamente como membro, tem assento em alguns comitês desses, mas a formulação de políticas não tem a participação da Anvisa. [...] De fato, a gente tem que ser provocado. Nós não participamos ativamente.

Fonte: elaboração própria

Primeiramente, ao ponderar sobre as políticas públicas que regulam o setor, notamos, por meio das falas, que existe um entendimento sobre um excesso de normas, antiguidade da lei número 5.991 de 1973 (que ainda está em vigor), e a disputa de interesses entre setor econômico e a categoria profissional.

Quando se abordam os atores fundamentais para a formulação, chama a atenção certa convergência de discursos que apontam o profissional farmacêutico, o usuário e a Anvisa (ou a vigilância sanitária em geral). Destacar esse ponto é relevante porque o processo de formulação da lei 13.021/2014 ficou bastante centrado numa negociação entre os *stakeholders* de uma elite política: o varejo e a categoria farmacêutica representada pelas entidades profissionais. Ademais, o entrevistado da Anvisa não corrobora com a visão de que a agência seria um ator na formulação ao responder que “a Anvisa, ela não participa. Ela participa obviamente como membro, tem assento em alguns comitês desses, mas a formulação de políticas não tem a participação da Anvisa.”

A despeito da Anvisa, outros entrevistados percebem que suas organizações desempenham algum papel na formulação, seja de forma mais direta ou indireta. O varejo reconhece que atua ativamente, como revela o entrevistado “e”:

[...] nós somos muito atuantes. Tem uma atuação muito forte no congresso nacional, tem uma assessoria dedicada ao congresso, óbvio que as vezes a gente tem que ter uma atuação muito mais cautelosa ou muito mais assim no sentido de evitar danos do que proponente. [...] Então a gente tem aqui pelo menos 600 projetos de lei em andamento – 593 pela minha última conta – então a gente tem uma atuação muito forte no congresso, seja pra acompanhar esses que estão em andamento, seja pra ajudar nessa formulação de novas leis, novas regulamentações que impactam o setor.

Quanto ao conceito de implementação em si, como explicado anteriormente, evitou-se abordar abertamente sobre o tema, a fim de captar percepções mais abrangentes dos entrevistados e evitar enviesamento. Os quadros 13 e 14 mostram os posicionamentos dos entrevistados, sendo que o primeiro contém um apanhado sobre a lei 13.021/14 e o quadro 14 aborda os desafios futuros, o estabelecimento farmacêutico e o profissional farmacêutico.

Quadro 13- Posicionamentos dos entrevistados sobre pontos positivos e limitações da lei 13.021/14

Entrevistado	Pontos positivos da lei 13.021/2014	Limitações da Lei 13.021/2014
a	O ponto positivo é que ela desnuda o lugar dessa atividade econômica. Coloca definitivamente na saúde.	Eu não diria que a lei traz pontos negativos, talvez faltou alguma determinação mais firme a respeito da autoridade... eu confesso que do ponto de vista das negatividades da sua implementação, estão mais associados a elementos da conjuntura do que propriamente da própria lei. A lei é uma ferramenta.
b	Os pontos positivos assim, ela define realmente a farmácia como um estabelecimento de saúde, ela define que a responsabilidade técnica é do farmacêutico, então lendo a lei a gente entende, não há dúvida em relação a isso.	O ponto fraco seria a regulamentação mesmo, porque mesmo os conselhos regionais utilizando a letra da lei, as vigilâncias locais, estaduais, também utilizando a letra da lei, ainda hoje em 2021, a gente encontra concessões feitas por alguns CRFs e algumas vigilâncias sanitárias em relação a legislação. Então o próprio órgão fiscalizador, ele abra concessão para alguns estabelecimentos, para algumas situações. [...]E eu acho que nesse momento a gente não conseguiu efetivar mais essa aplicabilidade da lei, porque os próprios órgãos que fiscalizam a lei estão abrindo concessões.
c	Eu posso apontar um ponto muito positivo, apesar da lei ser repleta de pontos positivos, eu acho que conceituar a farmácia como um estabelecimento que presta serviço de saúde, é inegavelmente um ponto positivo. Agora, não podemos deixar de destacar, seja para a categoria, seja para o ambiente sanitário do país, a presença do farmacêutico em todo o horário de funcionamento, algo que até há quem entenda que já existia, porque o que havia naquela época era um debate que se a lei passada estava dizendo que o técnico responsável era o farmacêutico ou não, mas	O ponto negativo eu acho que fica pra algo que a lei não diz, que são as questões relacionadas aos ambientes públicos, os chamados dispensários. A lei tentou alcançar os dispensários, foi alvo de veto, e hoje há uma discussão porque é verdade também que a lei não abre brecha pra existência dessa figura, dispensário, mas a justiça já deu outros ganhos de causa ao governo, dizendo que continua existindo essa figura do dispensário, que fica fora da regulação da 13021. Então se tem um ponto que eu diria negativo dentro da 13021 é a

	deixar isso claro, que precisa de um farmacêutico em todo o horário de funcionamento, eu acho que é talvez o ponto crucial dessa lei, ao lado ali da questão do estabelecimento de saúde.	ausência da regulação sobre os dispensários.
d	Um ganho que nos deu o entendimento como estabelecimento sanitário, que nesse estabelecimento pode ser oferecido vacinas. [...]Nesse estabelecimento de saúde agora, devem ser elaboradas propostas de educação em saúde, participação em campanhas de saúde, etc.	E aí vem àquela primeira ponderação que eu tinha feito a respeito do arcabouço jurídico do nosso esquema legal no Brasil, é que essa lei também não tem decreto. Consequentemente, criou um vácuo jurídico, e estamos em novembro de 2021 e até hoje nós não temos regulamentação sobre esse estabelecimento de saúde. Foi incorporado ao estabelecimento de saúde, mas pelas suas características ele não pode ser comparado com hospital, com clínica, etc., e ele está hoje desse jeito classificado na Anvisa.
e	A 13021 é um caso bem sucedido, eu gostaria de ter terminado isso de outra maneira, ter avançado mais, mas naquele momento foi o que foi possível avançar.	[...] lamento hoje a gente não ter avançado mais, porque eu acho que algumas coisas ficaram de fora ali, que a gente poderia ter avançado, que a gente teria um texto atual, pros próximos 10 anos, quem sabe. [...] Tinha que deixar as coisas muito claras: “é permitida à farmácia fazer avaliação corporal, usar testes....” e todos esses elementos dependem hoje de uma regulamentação infra legal, e que é difícil avançar, é lento avançar com a Anvisa.
f	O que a gente tinha antes e a lei depois, eu vejo que quase só avanços. Poderia ser melhor? Poderia, mas foi de quem tinha só a 5991 para o 13021, o avanço é fenomenal, começando por reconhecer que a farmácia deve prestar assistência farmacêutica, mas além da assistência farmacêutica, fala da assistência à saúde de forma ampla. [...]a principal função da farmácia é o serviço de saúde e não o comércio de uma mercadoria.	essa falha de não prever o consultório farmacêutico na farmácia, a consulta farmacêutica explicitamente na lei não está, e também a questão do prontuário, que deveria ter usado em termos mais amplos, mas é só uma questão de aqui umas décadas ou anos a gente refazer a lei ou complementar.
x	Além da presença do farmacêutico, o ponto positivo também pra população, que passa a ter um profissional de um nível superior, capacitado no sentido de orientar pelo uso correto dos medicamentos e dos seus correlatos, no ambiente farmacêutico	As limitações da lei basicamente, no meu entender, é a questão de que algumas localidades ainda não dispõem de profissionais farmacêuticos residentes. Então você tem ainda alguns locais no país, o país é muito grande, a extensão territorial é de continente, você não tem ainda em determinadas localidades a presença do profissional farmacêutico e isso faz com que a aplicabilidade da lei seja diferida no tempo.
z	[...] foi transformar – na verdade, não transformar, eu entendo que a palavra correta seria reconhecer – as farmácias e drogarias como um ambiente de natureza de saúde, um estabelecimento de saúde. Até internamente era difícil a gente lidar com isso ... como a gente regulamenta algo que, em tese, não é reconhecido como um ente específico? A partir do momento que você reconhece a farmácia e drogaria como	[...] acho que ela poderia ter avançado mais, inclusive falando quanto profissional farmacêutico [...].Hoje, por exemplo, em diversos países, o estabelecimento farmacêutico ele já tem como suas competências, uma série de ações mais concretas, por exemplo, renovar receituários de uso contínuo, fazer o processo de acompanhamento farmacoterapêutico, dentre outras ações,

	estabelecimento de saúde propriamente dito isso traz uma série de implicações, implicações inclusive de expansão, de capacidade desses ambientes de ampliar o seu acesso, principalmente a população de que o acesso ao sistema de saúde seja limitado.	que não ficaram previstas nas normas, que não estão implícitas na lei, mas que poderiam estar, onde já identificasse a competência inequívoca do farmacêutico, para ele não entrar nas competências entre outros profissionais. Então se a lei trouxesse isso seria de grande valia pro reconhecimento do estabelecimento, dessas instituições, como estabelecimentos sociais de saúde.
--	---	---

É praticamente unânime entre os entrevistados que o ponto positivo da lei reside no fato de a farmácia passar a ser reconhecida como um estabelecimento onde se prestam serviços de saúde. Por outro lado, ao se ponderar sobre as limitações da norma jurídica, quase não há consenso entre os respondentes. O que coincide entre algumas falas é a ausência de regulamentação sanitária e a ineficácia do texto por não ter em sua redação alguns elementos explícitos como o conceito de consultório farmacêutico ou o tipo de serviço que a farmácia poderia oferecer.

Quadro 14 - Modelo ideal de farmácia, papel do farmacêutico no modelo ideal e desafios futuros

Entrevistado	Modelo ideal de farmácia para a realidade brasileira	Papel do farmacêutico nesse modelo ideal	Desafio farmácia próximos anos
a	[...] estabelecimento integrado com o sistema. [...] como um espaço difusor de conhecimentos a respeito da ciência e tecnologia relacionada à vida, seja alimentação, seja atividade física, seja os cuidados mais gerais. Eu imaginaria um lugar onde pudesse junto com o profissional farmacêutico, utilizar as tecnologias que se tem conhecimento das ciências da saúde, principalmente das ciências farmacêuticas, pra oferecer condições para as pessoas viverem mais e melhor, podendo ser uma atividade de responsabilidade do estado, como uma função pública, ou mesmo um estabelecimento privado, desde que associados a esses objetivos. Não há contradição na minha cabeça de você produzir riquezas e produzir direitos.	Um líder pra cuidar da saúde da sua comunidade, [...] cujo aquele que a sua comunidade confia pra buscar fontes de informação relacionada à ciência, pra que ela possa, da melhor forma possível, utilizar-se das forças da natureza, da ciência, para o seu benefício. Ou seja, ser um suporte, ser o cara que cuide desse conhecimento pra gerar saúde, bem-estar, desenvolvimento pra comunidade.	O principal desafio é ser produtora de direitos. Ser um lugar que consiga fazer com que as pessoas busquem nesse espaço condições de viver mais e melhor. Nesse espaço um aporte para o seu bem estar, e não apenas um lugar de produzir alguns milionários.

b	<p>[...] estabelecimentos dentro da farmácia comunitária, onde ele (farmacêutico) consiga fazer atendimento por meio das especialidades. Por exemplo, a gente poderia ter farmacêuticos – e tem, existem locais de forma isolada, já sendo praticado – farmacêutico especialista em diabetes.</p>	<p>Ele teria que se apresentar como [...] especialista [...] em áreas de afinidade, porque essa clínica geral, essa amplitude, ela acaba até dificultando o trabalho do farmacêutico, porque ele é bom em tudo e ao mesmo tempo ele não consegue se especializar em alguma coisa. A gente não tem nem como acompanhar a variedade de produtos que são lançados no mercado. [...] Então o farmacêutico especialista, ele seria um caminho pra nossa profissão, pra resgatar nossa profissão. [...] Então o farmacêutico especialista em determinada área de conhecimento, ele tem condições de conversar com os outros profissionais, enfermeiros, médicos, pra chegar a uma melhor solução pra aquele paciente. Muitas das vezes prescrições ilegíveis, que as vezes o paciente nem sabe o que acontece dentro da consulta, e ele vai descobrir o que aconteceu lá na farmácia, conversando com o farmacêutico.</p>	<p>O desafio ele é justamente comercial. [...] Então assim, estamos falando de um mercado que ele entra na questão financeira, e como tudo aquilo que tem dinheiro envolvido, ele é um segmento que ele é muito influenciado, então assim, [...] é um segmento que tem como investir. Investir em pesquisa, investir em lobby, investir em regulação, investir em projetos para serem aprovados. Todo ano praticamente a gente tem o projeto de venda de medicamentos em supermercados. Esse projeto já foi e já voltou diversas vezes em vários anos e sempre a mesma coisa, liberar medicamentos para serem vendidos na prateleira do supermercado. Aí o outro é liberar alimentos para serem vendidos em farmácia. E aí descaracteriza os dois estabelecimentos. [...]. Então se o setor regulado, que é o segmento empresário, se ele puder conversar com a gente primeiro antes de apresentar um projeto, a gente teria muito mais vantagens pra todo mundo.</p>
c	<p>[...] eu acho que hoje é muito maior o entendimento de que a farmácia é, sim, um serviço de saúde e eu acho que uma farmácia que oferte serviços de atenção primária a saúde dentro do seu estabelecimento, com todas as condicionantes que venham a ser necessária, é o modelo de farmácia do futuro, que eu acho que pode fazer muito bem ao nosso país.</p>	<p>O farmacêutico não pode ter um papel diferente do efetivo responsável técnico pelo estabelecimento. Todas essas ações pra dentro dos serviços farmacêuticos, devem ser comandadas pelo farmacêutico, e essas ações que envolvam serviços de saúde propriamente dito, [...] não podem passar pela mão de outro profissional dentro da farmácia, que não o farmacêutico.</p>	<p>[...] vejo aí dentro do legislativo, alguns desafios, como a expansão da venda de medicamentos para estabelecimentos que não sejam farmácias, como a possibilidade de regressão nas regras da 13021, seja quanto a presença do farmacêutico, seja quanto a exigibilidade de acordo com o tamanho da farmácia. [...] mostrar mais uma vez ao parlamento brasileiro, a importância do medicamento enquanto</p>

			parte do serviço farmacêutico, e não puramente um comércio que possa ser realizado em qualquer outro tipo de estabelecimento que não a farmácia.
d	A farmácia que eu considero ideal é aquela que oferece todos os serviços possíveis, que o farmacêutico possa oferecer como cuidado farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico, avaliação da farmacoterapia, nós não fazemos isso. [...] Essa farmácia ideal pra nós é aquela que oferece todos os seus serviços possíveis e está inserida no contexto social e participa desse contexto social.	[...] o papel desse farmacêutico vai ser de compromisso, compromisso quando eu falo, se capacitar melhor, ensinar a população do básico até o complicado. Pra isso ele precisa ter uma capacidade de interação com quem de direito. [...] O farmacêutico precisa mostrar que o uso responsável do medicamento é uma bandeira. Farmacêutico precisa educar o seu usuário a respeito a tudo o que se refere ao uso de medicamentos. [...] Ele precisa participar. E participar significa conhecer tudo a respeito da região onde ele mora, da região onde ele atua, e se envolver. E ser um agente de mudança. Responder simplesmente a uma prescrição não é suficiente. Ele tem que ser uma agente de mudança.	As farmácias que não estão se enquadrando nisso que a gente está considerando a farmácia ideal, é uma farmácia que deve fechar. Não sobrevive. A farmácia ela precisa de retorno financeiro, mas o retorno financeiro, ele tem a ver com o serviço farmacêutico. Não é mais a caixinha de medicamentos, agora é o que o farmacêutico consegue fazer pela farmácia. Vacina, outros tipos de cuidados farmacêuticos. [...] (os desafios são) a capacitação do profissional e a interação com a equipe multiprofissional.
e	A visão que a gente tem da farmácia nessa área de saúde, que a farmácia ela pode ser a porta de entrada no sistema de saúde, que ela pode fazer três coisas. Ela pode ter um papel muito importante na prevenção, aliás, primeiro, papel muito importante na triagem, na identificação de risco [...] ajudar na prevenção através de triagem, pequenas abordagens ao paciente. Ajudar também na prevenção através da imunização de adultos e jovens adultos.	[...] o profissional farmacêutico podia ajudar na adesão ao tratamento, isso aumenta a recorrência, traz mais fidelidade a farmácia e ajuda a saúde pública no final, reduz o custo, reduz as CTIs, reduz morte precoce, faz com que as pessoas vivam mais e melhor. É na farmácia que se ganha essa guerra.	O desafio é esse, de ter uma conversa melhor com a sociedade brasileira, para demonstrar a importância disso [...] como a farmácia pode melhorar a saúde. Como a farmácia pode ter um papel mais relevante para ajudar a saúde. E eu acho que a pandemia mostrou isso.
f	Aquela que cuida do paciente. [...] é essa questão de cuidar do paciente, esse cuidado farmacêutico, que a gente está prestando atenção naquele paciente que está ali na minha frente agora.	[...] atuar diretamente com o paciente. Em todos os locais da farmácia ele estar atuando junto, vendo esse paciente. Ah, mas e no WhatsApp? Estar conversando pelo WhatsApp. Hoje dá pra fazer até vídeo pelo WhatsApp, [...] formar os colaboradores da sua equipe técnica. [...] Então o farmacêutico tem que atender o	O principal desafio é se apresentar melhor para a sociedade como um estabelecimento de saúde que quer cuidar de cada pessoa, da família da pessoa, da comunidade onde a pessoa está inserida, mas como farmácia, eu diria que principalmente a nível

		paciente e tem que qualificar a sua equipe técnica e também cuidar das questões pra cumprir as regulamentações, que se não é ele que faz, quem é que faz? A responsabilidade é dele, tem que estar sob a supervisão dele. Ele é responsável por aquilo, [...] não é o dono das farmácias que manda nas questões técnicas.	individual. Então ser o estabelecimento de referência em cuidado de saúde. Ser a porta de entrada do SUS. Ser a porta de entrada do sistema de saúde do Brasil.
x	O modelo de farmácia que eu entendo ideal pra população brasileira é aquele que não há a venda de nenhum outro produto estranho ao comercio farmacêutico. Farmácia é estabelecimento de saúde e assim deve ser.	O papel do farmacêutico é aquele profissional de saúde dentro da drogaria e da farmácia, ele não vai se limitar a ser um mero atendente, um mero gerente do estabelecimento. Então ele vai ser aquele profissional que vai fazer a anamnese do seu paciente, que faz orientação ao seu paciente, a orientação sobre o uso racional dos medicamentos, então um profissional de saúde extremamente necessário dentro do estabelecimento na busca da melhoria da saúde pública. Lembrando que sendo um estabelecimento de saúde, ele passa ser considerado um local de promoção e assistência à saúde da população.	O principal desafio hoje é você tornar o trabalho na farmácia atrativo pro profissional farmacêutico, você melhorando o piso do profissional, eu acho que um empecilho muito grande hoje pra você ter os profissionais 24 horas dentro do estabelecimento é o salário, ainda considerado baixo, se comparado a outras profissões de saúde. O desafio também é tentar melhorar a regulação do setor pra que se retire de dentro das farmácias esses produtos alheios ao comercio farmacêutico e eu acho que a partir daí agregar ao comercio farmacêutico outras coisas, por exemplo, a prescrição farmacêutica, o consultório farmacêutico, o que já está sendo implementado por resoluções do Conselho Federal de Farmácia, mas que você vê que na prática são poucos os locais que ainda utilizam esse expediente.
y	[...] a realidade brasileira ela é muito diversa, então eu acho que a gente não pode pensar num modelo único, mas eu acho que nós temos que ter vários modelos, desde que respeitando as diretrizes fundamentais do SUS. Então uma farmácia que tenha a garantia de atendimento universal e gratuito, compreenda o papel da equidade, compreenda o papel da integralidade, [...] do ponto de vista da saúde, você vai	papel decisivo do farmacêutico, da consulta farmacêutica, da orientação farmacêutica, da relação dessa unidade com a equipe multiprofissional no espaço da atenção primária.	Eu defino três grandes desafios. Primeiro controlar toda a pandemia. Então você tem uma necessidade do controle da pandemia, de superarmos a pandemia. Isso não está resolvido. Desde a produção e o acesso as vacinas, a produção e o acesso aos testes, ao processo de vigilância, a genotipagem de testes, da circulação das pessoas no país, da circulação das pessoas nas

	<p>ter modelos diferentes, você tem grandes redes de farmácia, mas ela tem que cumprir essas grandes diretrizes do SUS, e ao mesmo tempo pensando esse espaço também como um espaço de geração de empregos e de renda e de tecnologias, seja no setor público, seja no setor privado.</p>		<p>fronteiras. [...] Segundo grande desafio é dar conta dos problemas represados pela pandemia. A pandemia ela tem impactos diretos causados pela própria covid, seja o número de sequelados, seja o número de profissionais de saúde sequelados, [...] tem cidades onde a atenção primária de saúde foi desmontada. [...] E o terceiro desafio é aumentar a capacidade nacional de produção de medicamentos, de insumos, de tecnologias, de serviços, tudo isso tem a ver com a farmácia, quantidade de farmacêuticos, do aumento da capacidade de produção nacional dialoga permanentemente com a inovação tecnológica, com as regras de incorporação desses medicamentos. [...] eu resumo assim esses três grandes desafios, eu acho que a farmácia está envolvida em todos eles.</p>
z	<p>O modelo hoje ele está se aproximando de um modelo que eu creio que seja adequado à nossa realidade. O processo hoje de atendimento farmacêutico, de assistência farmacêutica, pra mim é a maior deficiência.</p>	<p>[...] ele tem o protagonismo como profissional que exerça um papel ativo no processo. A dispensação, que é a principal ação do farmacêutico, ela não pode ser somente passiva, ela tem que ser ativa, propor e fazer a intervenção na doença, no processo de adoecimento e não simplesmente passivo, quando alguém se interessa, ele está disponível.</p>	<p>[...] ser um ambiente de acolhimento dos pacientes, onde eles se sintam acolhidos e cuidados nesses ambientes. Que a farmácia comunitária ela se reflita como um ambiente em que o paciente ele pense que se eu for ali, eu vou ter um cuidado, eu vou ser cuidado, eu vou ser atendido, e aí eu acho que esse é o desafio pra farmácia comunitária pros próximos anos, daqui pra frente, no processo de cuidado.</p>

Fonte: elaboração própria

Ao questionar os respondentes sobre suas opiniões quanto a um modelo ideal de farmácia no Brasil, a atuação do profissional nesse modelo ideal e os desafios futuros, a intenção da pesquisadora foi provocar o entrevistado no sentido de que ele expressasse não

somente sobre o que seria ideal, mas que trouxesse à luz os problemas da realidade atual, de forma que se captassem as lacunas de uma implementação integral da lei 13.021/14.

A partir dos discursos dos entrevistados, três abordagens merecem destaque quando se problematiza a farmácia como local de prestação de serviços de saúde ofertados pelo farmacêutico: a falta de regulação sanitária; a atuação do próprio farmacêutico; e o desconhecimento da sociedade.

Primeiro, percebe-se que existem obstáculos da vigilância sanitária – inclusive das vigilâncias locais – que impedem a prestação de serviços nas farmácias comunitárias. A Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa (RDC) nº 197, de 26 de dezembro de 2017, por exemplo, dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de vacinação humana. A lei 13.021/14 autoriza que farmácias disponibilizem soros e vacinas, porém, a RDC nº 197 estabelece que os requisitos estruturais referentes a sala de vacinação devem ser observados em outra resolução da Agência, a RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Desse modo, surge o impasse para os proprietários das farmácias, como explicou o entrevistado “e”:

A RDC 50 [...] está dizendo como tem que ser um centro cirúrgico de um hospital, uma sala anestésica, uma sala de recuperação... e a sala de vacinas que está prevista na RDC 50, é uma sala com sala de espera, com uma sala de médico, com uma sala com um tamanho que a gente não consegue ter na farmácia. E a RDC 197 de vacina remete à RDC 50. Na época, a gente bateu muito nesse ponto: que a farmácia deveria ter uma regulamentação específica, mas mesmo assim a gente caiu na RDC 50. Qual o problema disso? O problema é que a vigilância sanitária, quando ela vai conceder a licença pra um estabelecimento, ela tem que seguir essa regulamentação, da RDC 50. Como não cabe a RDC 50 na nossa lógica, na maioria das vezes, o que acontece é que não se consegue a licença. Uma farmácia não consegue cumprir todos os critérios necessários pra obter a licença porque o que está preconizado na 50 não dá pra ela. Não dá pra ter uma sala de 9 metros quadrados separada da outra sala de serviços, ou uma sala de espera.

[...] a gente imaginou que era muito tranquilo montar 1000, 2000 ou 3000 salas de vacinas, justamente pra dar mais acesso pra cobrir toda a população que não é coberta... A gente tem um limite no fato da regulamentação, apesar de ser uma regulamentação federal, ela é tripartite, o município pode interpretar como quer, o Estado pode interpretar como quer, a legislação federal geralmente não é muito extensiva, ela é muito vaga

O entrevistado “f”, que também é proprietário de rede, ratifica esse impedimento regulatório:

Então, hoje, a gente vê muita coisa que o farmacêutico pode fazer, só que ainda não tem uma regulamentação específica pra essa atividade ser feita dentro da farmácia. [...] Então a Anvisa tem que fazer porque a gente já está fazendo na farmácia, o que a gente já está fazendo no consultório, então é bom que a Anvisa regulamente e diga pra nós: “você têm que fazer desse jeito”. [...] A gente quer ter uma diretriz a ser seguida, porque o que não está escrito fica numa linha cinzenta, então vai depender muito da interpretação do farmacêutico, do fiscal, de achar o que pode e o que não pode fazer. Essa ambiguidade não é boa pra ninguém. Então quanto mais claras forem as regulamentações sanitárias melhor vai ser. A sociedade ganha com isso. Os farmacêuticos ganham, as farmácias ganham.

Ademais, a entidade nacional da profissão farmacêutica reconhece a dificuldade de regulação pelo participante “d”:

Então, estamos terminando o ano de 2021, e por incrível que pareça, estamos falando de uma lei aprovada em 2014, que hoje nós não temos claramente - do ponto de vista sanitário - o que a gente deveria fazer com esse estabelecimento. [...] O farmacêutico ganha o status de um profissional de saúde - aliás, sempre foi, mas ele é reconhecido agora na forma da lei – o estabelecimento tem a denominação de estabelecimento de saúde, e não tem um regramento sanitário compreensível, razoável, sobre esse estabelecimento. [...] nós precisamos de um direcionamento nacional do ponto de vista sanitário.

A fragilidade, do ponto de vista da regulamentação sanitária, surge, ainda, quando o entrevistado “b” fala sobre as limitações da lei 13.321/14:

O ponto fraco seria a regulamentação mesmo, porque mesmo os conselhos regionais utilizando a letra da lei, as vigilâncias locais, estaduais, também utilizando a letra da lei, ainda hoje em 2021, a gente encontra concessões feitas por alguns CRFs e algumas vigilâncias sanitárias em relação à legislação.

O segundo ponto crítico, na opinião dos entrevistados, é a atuação do farmacêutico nos estabelecimentos, em que os discursos apontam que existe uma postura profissional passiva ou, então, de atuação muito centralizada em atividades administrativas que o impede de ter uma atuação mais assertiva ou diferencial para o usuário que busca o estabelecimento:

[...] ser um suporte, ser o cara que cuide desse conhecimento pra gerar saúde, bem estar, desenvolvimento pra comunidade. Esse pra mim é o papel do farmacêutico. (entrevistado a)

[...] o farmacêutico em si, ele pode criar estabelecimentos dentro da farmácia comunitária, onde ele consiga fazer atendimento por meio das especialidades. Por exemplo, a gente poderia ter farmacêuticos – e tem, existem locais de forma isolada, já sendo praticado –, farmacêutico especialista em diabetes. [...] Então o farmacêutico especialista, ele seria um caminho pra nossa profissão, pra resgatar nossa profissão (entrevistado b)

O farmacêutico ele deve ser acessível. Ele não pode mais ficar escondido preenchendo papéis ou mexendo no computador para obedecer a regramentos sanitários. O farmacêutico é um profissional que tem que estar na ponta, tem que estar a serviço da população. A parte burocrática, ela é importante, mas ela não pode ser o início e o fim da atividade do farmacêutico. [...] o farmacêutico precisa se comprometer com a sua população, com o seu pedaço. Ele não pode ser um profissional inerte. Ele precisa participar. E participar significa conhecer tudo a respeito da região onde ele mora, da região onde ele atua, e se envolver. E ser um agente de mudança. Responder simplesmente a uma prescrição não é suficiente. (entrevistado d)

Então o farmacêutico tem que atender o paciente e tem que qualificar a sua equipe técnica e também cuidar das questões pra cumprir as regulamentações, que se não é ele que faz, quem é que faz? A responsabilidade é dele, tem que estar sob a supervisão dele. Ele é responsável por aquilo. (entrevistado f)

[...] o farmacêutico, muitas vezes, ele não se reconhece como profissional de saúde. É natural isso. Porque o estabelecimento, ele exige ações e dedicação de natureza administrativa, de natureza gerencial, que não é um demérito, só que quem perde é a

sociedade, o consumidor, que não tem acesso a esse processo. [...] A dispensação, que é a principal ação do farmacêutico, ela não pode ser somente passiva, ela tem que ser ativa, propor e fazer a intervenção na doença, no processo de adoecimento e não simplesmente passivo, quando alguém se interessa, ele está disponível. Hoje a gente não vê, pelo menos eu, em Brasília, eu não tive a oportunidade de acesso a um serviço farmacêutico que eu considerasse adequado. Não por falta de competência, não por falta de profissionais, não por falta de formação, mas uma falta de cultura organizacional dos próprios conselhos, dos próprios profissionais, desse papel na sociedade. (entrevistado z)

O terceiro e último item que se observa a partir das entrevistas, que problematiza a farmácia como o lugar de prestação de serviços de saúde, é o desconhecimento da sociedade:

O principal desafio (para a farmácia) é ser produtora de direitos. Ser um lugar que consiga fazer com que as pessoas busquem nesse espaço condições de viver mais e melhor. Nesse espaço um aporte para o seu bem estar, e não apenas um lugar de produzir alguns milionários. (entrevistado a)

E eu acredito inclusive que unir o atendimento de saúde ao estabelecimento comercial ele ia agregar muito mais valores do que hoje. A farmácia deixaria de ter aquela imagem social, que ela é um estabelecimento comercial, e os vendedores estão ali só pra empurrar remédios e ganhar comissão. A gente sabe que não é assim. Trabalhei muito anos em farmácia, a gente sabe que existe uma responsabilidade ali dentro. (entrevistado b)

Pra nossa população não mudou nada. [...] Mas falta alguém que fale: “população, pergunte, fale com o seu farmacêutico, procure o seu farmacêutico para se informar sobre medicamentos, procure para se informar sobre doenças, procure aconselhamento para encaminhamento a um profissional adequado”, dependendo da queixa. [...] a pessoa leiga, a pessoa que precisa de atendimento no consumo de medicamentos, não sabe que o farmacêutico é um profissional que pode ajudar. (entrevistado d)

Que a farmácia comunitária ela se reflita como um ambiente em que o paciente ele pense que se eu for ali, eu vou ter um cuidado, eu vou ser cuidado, eu vou ser atendido, e aí eu acho que esse é o desafio pra farmácia comunitária pros próximos anos, daqui pra frente, no processo de cuidado (entrevistado z)

Apresentadas as evidências, na subseção que segue propõe-se uma discussão geral.

4.7 DISCUSSÃO GERAL

A partir dos objetivos geral e específicos delineados, os dados coletados tanto pela análise documental quanto pelas entrevistas com os atores que estiveram envolvidos na mobilização para a aprovação do texto substitutivo ao projeto de lei 41/1993, permitiram ir ao encontro do que foi proposto pela pesquisa. Ademais, as entrevistas complementares proporcionaram a compreensão da visão política à época (e atualmente), bem como possibilitou se apreender a perspectiva da regulação sanitária.

Apesar da dificuldade metodológica decorrente da inexistência de fundamentos empíricos para a estruturação hierárquica do sistema de crenças, a pesquisa utilizou as evidências coletadas para a construção de um código de análise com o objetivo de elencar os *deep core beliefs*, *policy core beliefs*, e *secondary aspects*. Como resultado, a partir do sistema de crenças, identificaram-se duas coalizões concorrentes gravitando no subsistema político “estabelecimento farmacêutico”, dispostas a influenciar no *policymaking*: a coalizão do varejo e a coalizão da farmácia.

Os documentos possibilitaram, ainda, estabelecer a cronologia dos fatos, complementados pelas entrevistas com os atores que estiveram envolvidos na mobilização para a aprovação da lei 13.021/14. Foram identificados, também, os recursos utilizados pelas duas coalizões, contemplados na tipificação proposta por Sabatier e Weible (2007): autoridade formal legal; opinião pública; informação técnica/científica; tropas de mobilização; recursos financeiros e liderança habilidosa.

Considerando a pergunta estruturante da dissertação, as evidências forneceram uma visão geral com possíveis respostas aos entraves para a operacionalização da lei 13.021/14 na sua totalidade. Ao se ponderar quais seriam as estratégias que concorrem para a não implementação integral da lei não se pode ignorar, a partir da fala dos entrevistados (incluindo-se os complementares), que:

- existe uma lacuna de regulação sanitária que impede que os estabelecimentos ofereçam totalmente os serviços de saúde previstos na norma;
- evidenciou-se que há um desconhecimento da sociedade sobre o papel de saúde dos estabelecimentos, além de um aparente distanciamento da atuação profissional no sentido de prover tais serviços;
- a atuação do profissional farmacêutico pouco mudou, contrariando as aspirações de uma função orientativa e científica.

O ACF mostrou-se como um modelo teórico bastante útil à discussão. Algumas de suas hipóteses também parecem ter sido confirmadas no que se refere à mudança de crenças na existência de um fórum profissional (coalizão da farmácia); a estabilidade das coalizões ao longo de uma década ou mais (ambas as coalizões); a utilização de evidências e informação técnico/científica (ambas as coalizões).

No que se refere a choques internos, a CPI dos medicamentos foi um fato que favoreceu a coalizão da farmácia. Quanto a evento externo, destaca-se a expansão do mercado farmacêutico brasileiro. Também, não se deve ignorar, quanto a evento externo, o número

significativo de farmacêuticos no Brasil que, conforme anteriormente explicitado, tem sua principal empregabilidade na farmácia comunitária.

A investigação mostrou que o tamanho de uma coalizão, ou seja, a quantidade de atores nela aglutinados não determina necessariamente o poder que ela detém, corroborando a literatura. Pelas entrevistas com os representantes da farmácia, é possível observar que ela conseguiu agregar um número maior de entidades e parlamentares (autoridade legal-formal, como previsto no ACF). Ainda assim, ficou evidenciada a influência da coalizão do varejo ao conseguir assegurar que o texto substitutivo aprovado contasse com a questão dos serviços farmacêuticos, mesmo com a perda de outros atores na coalizão.

Sobre a divergência interna na coalizão do varejo, tal rompimento ficou demonstrado por meio das entrevistas, e seu motivo seria quanto a discordâncias sobre a presença obrigatória do farmacêutico na drogaria durante o horário de funcionamento. A necessidade de solucionar esse conflito pode ter direcionado a mudança política. Logo, conforme descrevem Olofsson et al. (2018), as divergências podem ocorrer dentro das próprias coalizões.

A negociação entre as coalizões garantiu os interesses da farmácia ao estabelecer que a drogaria tem função sanitária e ao garantir a responsabilidade técnica exercida por farmacêutico, o que impactou na empregabilidade de milhares de profissionais. Porém, embora a coalizão da farmácia comemore e enfatize o fato de a norma jurídica conferir à farmácia status de estabelecimento de saúde², os próprios entrevistados reconhecem que essa função ainda não se confirmou na realidade, e as drogas seguem com caráter essencialmente comercial.

Quanto aos interesses do varejo, garantiu-se o oferecimento dos serviços de saúde, conforme se defendia. O aprendizado político entre as coalizões – que resultou na mudança da política – ficou evidente. Assim, chegou-se a um acordo negociado para que a norma fosse aprovada contemplando os interesses das coalizões. E, levando em conta que a lei engloba a prestação de serviços tal qual ocorre em outros países, um passo futuro é pensar como articular as farmácias ao sistema de saúde, da mesma maneira como acontece nos países que inspiraram o modelo vigente – pelo menos, na forma da lei.

Outro ponto que merece ser observado é sobre o momento político em que se deu a mobilização. A coalizão da farmácia contava à época, conforme citado nas entrevistas, com o importante apoio de duas parlamentares farmacêuticas – uma no Senado e outra na Câmara dos Deputados –, do partido do governo. Esse fato parece ter dado peso aos interesses da categoria profissional porque facilitava, inclusive, o acesso a outros parlamentares em busca de apoio.

² aqui, cabe uma observação porque, embora sejam reiteradamente utilizado o conceito "estabelecimento de saúde" pelos farmacêuticos, a redação da lei 13.021/14 não traz literalmente e expressamente tal definição

Esse item, assim como a capacidade de formação do fórum profissional, vai ao encontro da literatura do ACF sobre o recurso de liderança habilidosa.

Não se pode deixar de mencionar que a pandemia do novo coronavírus e as pandemias que estão por vir imporão aos agentes públicos repensar as estratégias para o cumprimento da garantia ao direito à saúde, como deixa claro o entrevistado complementar y, ex-ministro da saúde:

Então assim, a gente está vivendo a maior tragédia humana de nossa história. Essa tragédia humana que é a pandemia da covid, ela tem marcas, cicatrizes profundas e serão desafios pra saúde no próximo período.

O entrevistado defende que há três grandes desafios a serem suplantados: o controle da pandemia; a resolução dos problemas represados; e o aumento da capacidade nacional de produção de medicamentos e insumos. E, para o ex-ministro, todos eles envolvem a profissão farmacêutica, seja com a assistência, seja com a pesquisa e desenvolvimento.

Da mesma forma, os dados fornecidos pelo entrevistado do varejo sinalizam uma mudança de postura da população durante a pandemia, sugerindo que a sociedade caminha para uma realidade de autogestão da saúde, facilitada pelas informações decorrentes da pandemia de Covid-19 veiculadas na mídia. Os estabelecimentos seriam, então, um canal para prover esse autocuidado, com autotestes, por exemplo, ainda que reste uma lacuna sanitária que permita a realização dos exames:

A gente vai sair de uma pandemia com o consumidor com essa cabeça [...] As pessoas hoje sabem o que é comorbidade [...] as pessoas sabem a importância de suplementar, de ajudar o sistema imunológico, e a farmácia não está pronta pra fazer isso, porque a gente não tem uma RDC dizendo que a gente pode fazer mais exames.

Segundo o entrevistado, com a possibilidade de mais testes nas farmácias a fim de se detectar risco cardiovascular, risco de diabetes, dentre outros, o farmacêutico poderia encaminhar o usuário/paciente a um profissional médico, evitando hospitalizações e mortes. Ele cita, inclusive o caso de uma drogaria localizada próxima a uma rodovia, onde a farmacêutica, ao notar o grande movimento de caminhoneiros que lá adquiriam medicamentos para disfunção erétil, passou a abordá-los para que fizessem testes rápidos de HIV e sífilis:

Ela fez os testes ... e o que essa mulher já encaminhou de pacientes pra sífilis e HIV positivo pra uma UBS que fica ao lado de uma loja dela, é impressionante. Os médicos da UBS mandam cartas pra ela, elogiando. Imagina quantos pacientes podiam ser testados de sífilis e HIV, só dois exemplos, na beira da estrada. Quantos deles não testam e saem espalhando sífilis e HIV pelas estradas brasileiras. Isso é um papel da farmácia (entrevistado e)

Por sua capilaridade de alcance à população no território nacional, em um país tão vasto, e pelo horário de funcionamento normalmente estendido, as farmácias têm potencial para suprir as necessidades de saúde pública. Os próprios entrevistados, de ambas as coalizões e os complementares, concordam com essa concepção. Sobretudo em um período pandêmico, em que as farmácias permaneceram disponíveis, conforme destaca o entrevistado “e”:

Eu acho que a gente está saindo com a imagem muito boa dessa pandemia e falta sim usar isso também como uma interlocução com a sociedade: “olha, se a farmácia fez isso numa situação como essa, as farmácias podem fazer muito mais”. Se fez em tempos de guerra, pode fazer muito mais em tempos de paz. Essa é a mensagem que a gente tem.

Contudo, eis aí uma questão crítica na operacionalização integral da lei, que não foi abordada de forma explícita por nenhum dos respondentes, mas que se apreende por meio dos discursos. Enquanto os representantes das entidades farmacêuticas, da Anvisa, e o próprio ex-ministro da saúde defendem que a norma jurídica, enquanto política pública, tem o potencial de ser uma porta de entrada ao sistema de saúde com o potencial de ampliar o acesso da população desassistida, não fica claro de onde partiria o financiamento desse serviço. Ao mesmo tempo em que se entende que a farmácia prestaria assistência farmacêutica gratuita, deduz-se que o segmento varejista vê a norma como uma oportunidade para que o estabelecimento seja suplementar ao sistema de saúde e para que o farmacêutico possa ter uma melhor remuneração pelos serviços extras prestados.

Naturalmente, como já mencionado, a legislação do SUS prevê que as ações do sistema podem ser realizadas em parceria com o setor privado. Há que se destacar, porém, que o financiamento da saúde pública é um grande desafio a ser superado, e o Brasil é considerado um dos países que menos investe recursos, como apontado pela OMS (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

Cabe ressaltar que a conquista do SUS foi fruto de uma coalizão de defesa envolvendo atores de segmentos diversos como o sindical, movimento popular, movimento social, Santas Casas, mas como aponta o entrevistado y:

Na medida que o SUS vem sendo construído e se ampliando, vai surgindo uma certa fragmentação nessa grande coalizão. Eu acho que com os novos desafios do SUS, isso fica muito evidente e crescente no período mais recente, quando a gente tem uma crise política, institucional, econômica gravíssima no país. [...] A partir de 2015 houve uma subtração permanente dos recursos da saúde, na mudança da emenda constitucional que limitou a receita da saúde, logo depois vinculou uma parte da execução desses recursos a emendas parlamentares, e depois em 2016 a aprovação do congelamento de 20 anos (dos recursos da saúde) [...] Então você vem subtraindo os recursos da saúde, enfraquecendo o SUS institucionalmente no congresso nacional.

Desse modo, o enfraquecimento do sistema público dentro do próprio congresso ameaça a garantia do direito social. Adicionalmente, a subtração de recursos e o congelamento de gastos se impõem como obstáculos crescentes ao sistema.

As entrevistas foram ao encontro da literatura no que diz respeito à necessária mudança de paradigma da farmácia, de modo a deslocar o foco no medicamento e passar a centrar no paciente/usuário. Não se pode deixar de citar, porém, que o Brasil tem uma cultura de automedicação pela população. A intoxicação medicamentosa é um problema de saúde pública, como aponta o Sinitox (ALMEIDA et al., 2020) que onera o sistema público com internações evitáveis, mas que pode ser evitada com a correta orientação ao usuário por meio da assistência farmacêutica prestada nas próprias drogarias.

Quanto à formulação da lei, os dados parecem indicar que a política veio “de cima para baixo”. Embora alguns dos entrevistados reconheçam que os usuários e os farmacêuticos são atores fundamentais na formulação das políticas públicas no setor da farmácia comunitária, nota-se que, a partir das falas dos próprios entrevistados, há uma lacuna entre o que a lei preconiza e o alcance dela a esses atores. A análise suscita a complexidade do *policymaking*, bem como a percepção de que a aprovação de uma norma jurídica não é suficiente para a implementação de uma política. O caminho a ser percorrido entre a formulação de uma política e sua implementação é permeado por questões demasiado complexas. Fazer o caminho inverso, ou seja, ouvir os farmacêuticos na ponta seria mais um passo a fim de compreender a questão em um nível macro, e buscar estratégias para a operacionalização efetiva da lei.

Finalmente, retoma-se a hipótese estruturante da pesquisa e, diante dos dados coletados, entende-se que tal hipótese demonstra ter sido corroborada, ou seja, a dificuldade de implementação da lei 13.021/14 reside no fato de operacionalizar uma política pública num ambiente privado regido por forças do mercado. E, retomando Hepler (1990), a mudança de paradigma para uma atuação centrada no paciente requer, dentre outras estratégias, do apoio dos empregadores. A retomada do papel do farmacêutico com reconhecidas funções sanitária e social tem a ver com a prestação dos serviços farmacêuticos, mas, também, com o reconhecimento remuneratório e de autonomia dentro dos estabelecimentos, superando uma mera relação trabalhista na farmácia.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando por teoria norteadora o *Advocacy Coalition Framework (ACF)*, a pesquisa permitiu identificar duas coalizões em disputa por seus interesses no que se refere às farmácias comunitárias no Brasil: a coalizão do varejo e a coalizão da farmácia. Por um lado, a coalizão do varejo defendia a desobrigação legal de contratação de farmacêutico para as farmácias comunitárias, sem manipulação, de modo que se pudessem abrir mais estabelecimentos pelo país. Para esse grupo, o farmacêutico geraria apenas ônus ao empresário, uma vez que a comercialização de produtos nas embalagens originais não necessitava da presença do profissional de nível superior. Ademais, a coalizão do varejo argumentava que com a abertura de mais lojas pelo país, a população teria maior acesso à aquisição de medicamentos.

Contrariamente aos anseios do varejo, o grupo em oposição não só se manifestou contrário ao projeto, como também propôs um texto substitutivo que, além de prever a obrigatoriedade da presença do farmacêutico, também incluía o conceito de assistência farmacêutica e conferia caráter sanitário à farmácia. Ademais, era advertido que os medicamentos não eram mercadorias ordinárias, mas insumos para a saúde, e seu acesso carecia de atividade orientativa do profissional habilitado.

E, a partir de embates que duraram quase 20 anos, chegou-se a um texto substitutivo fruto da negociação das coalizões: a lei federal 13.021/2014. O texto da lei, com alguns vetos presidenciais, foi aprovado por unanimidade nas duas casas legislativas. Trata-se de um marco legal importante, contudo, permeado de questões históricas e culturais. E, a partir dos achados, sobretudo com as entrevistas, a operacionalização da lei na sua integralidade dependeria de: reconhecimento social, regulação sanitária e performance ativa do profissional farmacêutico.

Nota-se que a disputa entre as coalizões é permanente, e que a formação é dinâmica. Questiona-se se o lucro seria uma crença relativamente fixa ou motivo para a mudança das coalizões (a entidade do varejo que permaneceu nas negociações viu uma oportunidade de mercado com a inserção dos serviços farmacêuticos nas drogarias, inclusive se antecipando para questões como a que vimos em decorrência da pandemia do novo coronavírus).

Os grandes trunfos da lei 13.021/14 foram a manutenção obrigatória do profissional farmacêutico como responsável técnico pela drogaria, a designação de função sanitária ao estabelecimento, a permissão para a prestação de serviços de saúde, e a disponibilização de soros e vacinas. Embora esses últimos dois itens não sejam obrigatórios às farmácias comunitárias, eles conferem importância no que diz respeito ao acesso à assistência farmacêutica e à ampliação dos serviços de imunização.

E, embora a categoria farmacêutica tenha comemorado a aprovação da lei 13.021/14 como uma grande conquista profissional, nota-se que, quase oito anos depois, pouco mudou. O que se observa de implementação é apenas a presença obrigatória do farmacêutico responsável. O caráter sanitário do estabelecimento, prestador de serviços, com a disponibilização de soros e vacinas, ainda permanece em grande parte no papel. Resta, por enquanto, a promessa da retomada do papel social do farmacêutico, como profissional de saúde, que cuida da sua comunidade. Prevalece no país o modelo de comércio, sem orientação sanitária.

Concluiu-se que a norma veio “de cima” pra baixo e, embora alguns entrevistados reconheçam que os usuários das políticas e os farmacêuticos são atores fundamentais na formulação das políticas públicas no setor da farmácia comunitária, nota-se que, a partir das falas dos próprios entrevistados, há uma lacuna entre o que a lei preconiza e o alcance dela a esses atores.

De fato, como demonstra o ACF, parece demasiado simples pensar na análise da implementação apenas sob as abordagens *bottom-up* ou *top-down* porque a própria pesquisa demonstrou como é complexa a discussão em torno da operacionalização de uma norma jurídica. A intencionalidade do sujeito implementador – nesse caso, o farmacêutico – é perpassada por outras questões como: a relação trabalhista; a lógica dos espaços locais (a concepção da farmácia como comércio e a ausência de regulações sanitárias específicas); os valores e ideias dos atores implementadores (que não têm uma concepção de si mesmos como profissionais de saúde); e sua discricionariedade. Há que se levar em conta que a implementação envolve constrangimentos locais, como mostra a literatura. Esse quadro geral se agrava com a percepção social de que a drogaria é comércio, e o desconhecimento, ou a falta de reconhecimento, do profissional farmacêutico nesses espaços.

Problematiza-se, também, conforme hipótese proposta na dissertação, que a dificuldade de implementação da política pública reside no espaço de ação, ou seja, o mercado privado. A valorização do profissional farmacêutico também depende das relações estabelecidas e não somente numa capacidade de agência do sujeito. Existe uma sobrecarga para o profissional de atividades administrativas e gerenciais relacionadas a escala de funcionários, aquisição e armazenamento de estoque, atualização de documentos legais, utilização de sistemas financeiros. E, embora existam insumos e correlatos cujo controle são de responsabilidade exclusiva, e atividades de competência estrita do farmacêutico, há muito que possa ser feito por outros integrantes da equipe.

A prestação da assistência farmacêutica é privativa do farmacêutico e acaba não sendo cumprida em virtude do excesso de outras atividades. Ficou evidente que a questão da

desvalorização do profissional também abrange o quesito remuneratório, a despeito do crescimento do mercado varejista no país, mesmo durante a pandemia. Mas, se o profissional teria, na visão dos entrevistados, um desestímulo salarial para desempenhar a AF porque significaria o acúmulo de mais uma tarefa, o empresariado defende que seria essa atividade que embasaria uma melhor remuneração. Nesse ponto, parece haver um impasse significativo para encorajar uma mudança de paradigma.

Ressalta-se que a operacionalização integral da norma trará benefícios à saúde pública, como a garantia do acesso por meio da atenção primária, dadas a capilaridade e disponibilidade das farmácias comunitárias em todo o território nacional. E nessa garantia de acesso, o farmacêutico desempenharia o seu papel social e sanitário de profissional de saúde. As farmácias são o primeiro e, em alguns casos, o último ponto de contato do usuário com o sistema de saúde, e elas têm o potencial de resolver muitas complicações relacionadas à saúde, além de correta orientação e encaminhamento adequado a outros profissionais ou serviços. Numa cultura de automedicação e poli medicação reconhecidas, e considerando o envelhecimento da população, o estabelecimento farmacêutico tem um papel importante a cumprir.

Cabe estabelecer como incentivar essa função nas drogarias e pensar em estratégias para a articulação com o sistema vigente, de modo a garantir o acesso universal e evitar mais um ponto de mercantilização da saúde voltada a uma pequena parcela privilegiada da população. O avanço tecnológico, a ampliação de testes rápidos nas drogarias, a conscientização em torno de vacinas, futuras pandemias, problemas de saúde represados com a Covid-19, o desmonte de unidades de saúde, enfim, todos esses pontos se configuram como questões que convergem para a farmácia.

Reconhece-se que a pesquisa se limita por basear na análise documental de documentos políticos e nas entrevistas com os atores pertencentes a uma elite do subsistema político, de forma que ela oferece apenas uma perspectiva de um contexto que se mostra multifacetado. Portanto, pesquisas futuras deveriam ouvir o farmacêutico na ponta – na drogaria – a fim de se traçar outras percepções. E, do mesmo modo, seria útil pesquisar a percepção social sobre as farmácias comunitárias.

Em tempo, uma outra limitação da pesquisa, de caráter prático, foi resultante da própria pandemia de Covid-19. A própria doença causada pelo vírus, a imposição de distanciamento social, o acesso restrito ao Congresso Nacional, e a instituição do *home-office* dificultaram o contato com os entrevistados, gerando uma série de desmarcações e remarcações com os participantes. A persistência da pesquisadora foi fundamental para concluir as entrevistas, mas houve atrasos no cronograma da dissertação.

A pesquisa pretendeu oferecer uma contribuição social para pensar em estratégias futuras para assegurar o direito à saúde. A pandemia da Covid-19 desnudou muitas fragilidades na gestão pública, em diferentes campos, mas na área da saúde os prejuízos foram enormes. E, embora a dissertação traga algumas reflexões iniciais, ela não esgota absolutamente o tema em questão.

REFERÊNCIAS

ABRAFARMA - Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias. O grande varejo farmacêutico em números. São Paulo, SP: ABRAFARMA, 2020. Disponível em: https://dedddc6a-a78f-4ab9-a66f-7e257251578b.filesusr.com/ugd/03661a_c33000af46be413c8a77b841e05df5fe.pdf. Acesso em: 16 jan. 2022.

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; ARAÚJO, Patrícia Sodré; COSTA, Edin  Alves; BARROS, Rafael Damasceno; LIMA, Yara Oyr m Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.2, p.159-172. 2018.

ALMEIDA, Ana Beatriz Morais Almeida; UCHOA, Gabriela Ferreira; CARVALHO, Alyne Mara Rodrigues; VASCONCELOS, Leonardo Freire; MEDEIROS, Diego Silva; CAVALCANTE, Malena Gadelha. Epidemiologia das intoxica es medicamentosas registradas no Sistema Nacional de Informa es Tóxico-Farmacológicas de 2012-2016. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 431-440, abr./jun. 2020.

ALMEIDA, S lvia Rebouças Pereira de; V ERAS, Maura Pardini Bicudo. O programa farmácia popular: alcance e limites como alternativa de acesso a medicamentos essenciais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 22, n. 72, p. 278-295, maio/ago. 2017.

ARAÚJO, Suely Mara Vaz Guimarães de. Política Ambiental no Brasil no período de 1992-2012: um estudo comparado das agendas verde e marrom. 2013 – 486 p. Tese (Doutorado em Ciência Política)- Instituto de Ciência Política, Programa de Pós-Gradua o em Ciência Política. Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BRASIL. Lei n  5.991, de 17 de dezembro 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15991.htm. Acesso em: 16 fev. 2022.

BRASIL. Lei n  8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condi es para a promo o, prote o e recupera o da saúde, a organiza o e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em: 16 fev. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados, **Relatório da CPI- Medicamentos** destinada a investigar os reajustes de preços e a falsifica o de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios, instituída pela Resolu o n  5, de 1999, Brasília, DF. 2000. Disponível em https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimed/cpimed_relp.PDF Acesso em: 16 fev. 2022.

BRASIL. Lei n  13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscaliza o das atividades farmacêuticas. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2014/lei-13021-8-agosto-2014-779151-norma-actualizada-pl.pdf> Acesso em: 16 fev. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: https://bvsm.sau.br/bvs/sau/legis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html Acesso em: 16 fev. 2022

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). O setor farmacêutico no Brasil sob as lentes da conta-satélite de saúde, Brasília, DF, 2020. Disponível em http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10328/1/td_2615.pdf Acesso em: 16 fev. 2022

BROOKS, Eleanor. Using the Advocacy Coalition Framework to understand EU pharmaceutical policy. **European Journal of Public Health**, v. 28, n. 3, p. 11-14, 2018.

BRUNS, Suelma de Fátima; OLIVEIRA, Egléubia Andrade de; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; LUIZA, Vera Lúcia. O modelo de ambiguidade-conflito como ferramenta de análise dos desafios da Assistência Farmacêutica em João Pessoa (PB). **Saúde Debate**, v. 39, n. especial, 64-75, dez. 2015.

CARRIJO, Cesar Duarte. Análise das coalizões de defesa sobre o caso do marco regulatório das organizações da sociedade civil. 2019. 140 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

CAPELARI, Mauro Guilherme Maidana; ARAÚJO, Suely Mara Vaz Guimarães de; CALMON, Paulo Carlos Du Pin. Advocacy Coalition Framework: Um Balanço Das Pesquisas Nacionais. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 7, n.2, p. 91-99, abr.-jun. 2015.

CAVALCANTI, Maísa; SOBRINHO, José Lamartine Soares. Participação social na Política Nacional de Medicamentos brasileira: análise a partir do modelo de coalizão de defesa. **Atas- Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 1477- 1486, 2017.

CFE - CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Brasília, DF. 2008. Disponível em: www.cfe.org.br. Acesso em: 16 fev. 2022.

CORRER, Cassyano J.; PONTAROLO, Roberto; RIBEIRO, Alyne Simon de Carvalho. A farmácia comunitária no Brasil. In: CORRER, Cassyano J.; OTUKI, Michel F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed. 2013.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do "campo de públicas". **Revista de Administração Pública**, v. 50, n. 6, p. 959-979, 2016.

FERNANDEZ-LLIMÓS, F.; TUNEU, L.; BAENA, M. I.; GARCIA-DELGADO, A.; FAUS, M. J. Morbidity and Mortality Associated with Pharmacotherapy. Evolution and Current Concept of Drug-Related Problems. **Current Pharmaceutical Design**, v. 10, p. 3947-3967, 2004.

FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 164 p.

GARCIA, Marcelo de Oliveira; RODRIGUES, Pedro Eni Lourenço; EMMENDOERFER, Magnus Luiz; GAVA, Rodrigo; SILVEIRA, Suely de Fátima Ramos. Usos da Pesquisa Documental em Estudos sobre Administração Pública no Brasil. **Teoria e Prática em Administração**, v. 6, n. 1, p. 40-68, 2016.

GOMES, Carlos Alberto Pereira; FONSECA, Aroldo Leal da; ROSA, Mário Borges; MACHADO, Mirthes Castro; FASSY, Maria de Fátima; SILVA, Rosa Maria da Conceição e. **A Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Ed. FUNED, 2010. 170 p.

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

JENKINS-SMITH, H.; NOHRSTEDT, D.; WEIBLE, C.; SABATIER, P. The Advocacy Coalition Framework: foundations, evolution and ongoing research. In: SABATIER, P.; WEIBLE, C. (org.). **Theories of the Policy Process**. Boulder: Westview Press, 2014. p. 183-225, 1999.

KRIPKA, Rosana Maria Luvezuke; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa de Lara. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **Atas- Investigação Qualitativa em Educação**, vol. 2, 2015.

LARSEN, Jakob Bjerg; VRANGBÆK, Karsten; TRAULSEN, Janine M. Advocacy coalitions and pharmacy policy in Denmark—Solid cores with fuzzy edges. **Social Science & Medicine** v. 63, p. 212–224, 2006.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A Construção do Saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, 1999. 342 p.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez., 2013.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 143-161, 2017.

MAZZEI, Bianca Burdini; FARAH, Marta Ferreira Santos. O processo de implementação de uma Política Pública - um instrumento de análise. In: LIMA, Luciana Leite; SCHABBACH, Letícia Maria. **Políticas públicas**: questões teórico-metodológicas emergentes. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2020.

MELO, Cristiano Santos Lúcio de; VIEIRA, Diego Mota. Coordenação de coalizões de defesa utilizando mapas cognitivos. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 552-563, jul./set., 2018.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antônio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lúcia Andrade. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017.

NASCIUTTI, J. C. R. Pandemia e perspectivas no mundo do trabalho. **Caderno de Administração**, Maringá, v. 28, ed. esp., jun.2020.

OLOFSSON, Kristin L.; KATZ, Juniper; COSTIE, Daniel P.; HEIKKILA, Tanya; WEIBLE, Christopher M. A dominant coalition and policy change: an analysis of shale oil and gas politics in India. **Journal of Environmental Policy & Planning**, v. 20, n. 5, p. 645-660, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, 1978, Alma Ata. Declaração de Alma-Ata. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> Acesso em: 16 fev. 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. Brasília, DF, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC : OPS, 2013. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/serierapsano6-2013.pdf>

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan./mar. 2014.

PAUMGARTEN, Francisco José Roma; OLIVEIRA, Ana Cecilia Amado Xavier de. Uso off label, compassivo e irracional de medicamentos na pandemia de Covid-19, consequências para a saúde e questões éticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, 3413-3419, 2020.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga; OUVENEY, Assis Maffort; PINTO, Luiz Felipe; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, 1777-1789, 2018.

RODRIGUES, Diana Cruz; SOBRINHO, Mário Vasconcellos; VASCONCELLOS, Ana Maria de Albuquerque. Formação de coalizão de defesa e atores chaves da política. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 6, p. 1711-1728, 2020.

SABATIER, Paul A . WEIBLE, Christopher M. Coalitions, Science, and Belief Change: Comparing Adversarial and Collaborative Policy Subsystems. **The Policy Studies Journal**, v. 37, n. 2, 2009.

SABATIER, Paul A; WEIBLE, Christopher M. The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications. *In*: SABATIER, Paul A. **Theories of the Policy Process**. Colorado: Westview Press, 2007. 416 p.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, João Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n.1, p.1-15, jan./jun. 2009.

SADOVINIK, Alan R. Qualitative Research and Public Policy. *In*: FISCHER, F.; MILLER, G. J.; SIDNEY; M. S. **Public Policy Analysis – Theory, Politics, and Methods**. Boca Raton: CRC Press, 2007, Chapter 28

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas**. Conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013. 168 p.

SECCHI, Leonardo. **Análise de políticas públicas**: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. 1. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017. 475 p.

SECCHI, Leonardo; COELHO, Fernando de Souza; PIRES, Valdemir. **Políticas públicas**: conceitos, casos práticos, questões de concursos. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2019. 200 p.

TAKASHI, A. R. W.; ARAUJO, L. Case study research: opening up research opportunities. **RAUSP Management Journal**, v. 55, n.1, p. 100-111, 2020.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1987. 176 p.

VICENTE, Victor Manuel Barbosa. A Análise de Políticas Públicas na Perspectiva do Modelo de Coalizões de Defesa. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 77-90, jan./jun. 2015.

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.

YANOW, D. Qualitative - Interpretive Methods in Policy Research. In: FISCHER, F.; MILLER, G. J.; SIDNEY, M. S. **Handbook of Public Policy Analysis** – Theory, Politics, and Methods. 1. ed. New Jersey: Routledge, 2006. 668 p.

WEIBLE, Christopher. Expert-Based Information and Policy Subsystems: A Review and Synthesis. **The Policy Studies Journal**, v. 36, n. 4, 2008.

WEIBLE, Christopher M; SABATIER, Paul A.; JENKINS-SMITH, Hank C.; NOHRSTEDT, Daniel; HENRY, Adam Douglas; deLEON, Peter. A Quarter Century of the Advocacy Coalition Framework: An Introduction to the Special Issue. **The Policy Studies Journal**, v. 39, n. 3, 2011.

WEIBLE, Christopher M. Instrument Constituencies and the Advocacy Coalition Framework: an essay on the comparisons, opportunities, and intersections. **Policy and Society**, v. 37, n.1, p. 59-73, 2018.

WU, Xun; RAMESH, M.; HOWLETT, Michael; FRITZEN, Scott. **Guia de Políticas Públicas**: Gerenciando Processos. Brasília: Enap, 2014. 159 p.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: Planejamento e Métodos. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

INICIANDO A ENTREVISTA

- Apresentação e agradecimento pela disponibilidade do entrevistado
- Breve apresentação dos objetivos da pesquisa e explicação do tempo estimado da entrevista
- Ler e explicar as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- Coletar a assinatura TCLE
- Entregar para o entrevistado uma cópia do TCLE assinada pelo pesquisador (no caso de entrevistas realizadas por vídeo conferência ou outro meio remoto, enviar por *email* a cópia do TCLE assinada pelo pesquisador)

PARTE I - IDENTIFICAÇÃO (PERFIL E TRAJETÓRIA)

1. Nome:
2. Cargo/função/posição que ocupa na ORGANIZAÇÃO:
3. Desde quando ocupa o cargo/FUNÇÃO/posição:
4. Você poderia explicar um pouco sobre a sua trajetória profissional?

PARTE II – A PERCEPÇÃO DAS POLÍTICAS E DA REGULAÇÃO DO SETOR E DO PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO NA SUA FORMULAÇÃO

5. De uma forma geral como você avalia as políticas públicas e as regulamentações que afetam o setor da farmácia comunitária?
6. Quais atores você considera fundamentais na formulação dessas políticas públicas, bem como na regulamentação do setor? Justifique.
7. Como você definiria a relação de sua organização com tais atores?
8. Como você percebe o papel de sua organização no processo de formulação de políticas e na regulamentação do setor?

PARTE III – A PERCEPÇÃO SOBRE A LEI 13.021 E O SETOR DA FARMÁCIA COMUNITÁRIA

Em 2014, o Congresso Nacional aprovou a Lei 13.021 que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

9. Você poderia explicar brevemente sobre como se chegou ao texto final da Lei 13.021/14?
10. Quais os pontos positivos e as limitações da Lei 13.021/2014 na sua opinião? Houve avanços?

11. Qual o modelo de farmácia você entende ser o mais adequado à realidade brasileira?
12. E qual o papel do farmacêutico nesse modelo de farmácia?
13. Quais os principais desafios para o setor da farmácia comunitária nos próximos anos?
 - Finalizar agradecendo a participação

Nome do entrevistador:

Tempo da entrevista:

Data da entrevista: _____/_____/_____