



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE FARMÁCIA**

**GLEICE ARANTES FERREIRA LOPES**

**PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL NO CONTEXTO DAS  
POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA**

**CEILÂNDIA, DF**

**2013**

GLEICE ARANTES FERREIRA LOPES

**PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL NO CONTEXTO DAS  
POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial para obtenção do grau de  
Farmacêutico, na Universidade de Brasília,  
Faculdade de Ceilândia.

**Orientador: Profa. Dra. Emília Vitória da Silva**

CEILÂNDIA,DF

2013

GLEICE ARANTES FERREIRA LOPES

**PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL NO CONTEXTO DAS  
POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Profa. Dra. Emília Vitória da Silva  
(FCE/Universidade de Brasília)

---

Profa. Dra. Margô Gomes de Oliveira Karnikowski  
(FCE/Universidade de Brasília)

---

Profa. Dra. Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners  
(FCE/Universidade de Brasília)

CEILÂNDIA, DF

2013

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus, pelo dom da vida e por todas as bênçãos que Ele me proporciona.

Agradeço aos meus pais, Joaquim dos Reis e Eudetes Ferreira, por toda confiança e amor que sempre me ofertaram.

Agradeço à minha irmã, Glaucia Arantes, pela amizade e carinho em todos os momentos da minha vida.

Agradeço ao meu namorado, Márcio Ramos, pelo apoio em toda essa fase acadêmica e pela confiança na minha capacidade de alcançar essa vitória.

Agradeço à amiga Hellyne Ribeiro, pela amizade e pelo incentivo no desenvolvimento desse trabalho.

Agradeço aos meus amigos de faculdade que de alguma forma participaram dessa jornada acadêmica, em especial às amigas, Amanda Luzia, Isabelle Gomes e Sarah Montiel, que sempre estiveram presentes em cada etapa desse processo.

Agradeço aos professores que durante esse período compartilharam seus conhecimentos e contribuíram para minha formação.

Por fim, agradeço à minha orientadora, Emília Vitória, pela dedicação e competência na orientação desse trabalho.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida: meus pais, que nunca mediram esforços para investir em meus estudos; minha irmã, que é para mim reflexo de comprometimento e determinação; e meu namorado, razão de alegria dos meus dias. Vocês são minha maior fonte de amor!

*“Não podemos buscar realização para nós mesmos e esquecer do progresso e prosperidade para nossa comunidade. Nossas ambições precisam ser amplas o suficiente para incluir as aspirações e necessidades dos outros, pelo bem deles e pelo nosso próprio.”*

*(Cesar Chavez)*

## RESUMO

O Programa Farmácia Popular do Brasil surgiu com o intuito de proporcionar à população maior acesso aos medicamentos. Nesse sentido, este trabalho objetiva aprofundar o conhecimento acerca deste Programa, buscando compreender seu papel no contexto das políticas de saúde pública. O método utilizado foi o estudo de caso qualitativo de caráter exploratório. Os dados que embasaram o seu desenvolvimento foram obtidos por meio de documentos legais, textos e artigos científicos sobre o tema. O Programa está envolvido nas ações de assistência farmacêutica que buscam promover o acesso e uso racional dos medicamentos. Considerando que a aquisição de medicamentos gera importante impacto nas despesas com saúde, conseqüentemente, o Programa pode influenciar no orçamento das famílias brasileiras. Atualmente, o Programa possui significativa abrangência no país e os medicamentos presentes no seu elenco são destinados às principais doenças que acometem a população e selecionados com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Diversos são os aspectos positivos do Programa, porém ainda há necessidade de melhorar suas formas de divulgação. Por meio da análise crítica realizada no presente estudo foi possível perceber a grande relevância social do Programa e compreender que o mesmo é uma estratégia para melhorar os serviços públicos de saúde.

**Palavras – chave:** Programa Farmácia Popular do Brasil. Políticas de Saúde. Acesso a Medicamentos. Assistência Farmacêutica.

## **ABSTRACT**

The Popular Pharmacy Program Brazil emerged in order to provide the population with greater access to medicines. In this sense, this work aims to deepen the knowledge about this program, trying to understand their role in the context of public health policy. The method was a qualitative case study of an exploratory. The data that supported its development were obtained through legal documents, texts and scientific articles on the subject. The program is involved in pharmaceutical care that seek to promote access and rational use of medicines. Whereas the procurement of drugs generates important impact on health expenditure, consequently, the program features influence the budget of Brazilian families. Currently, the program has significant coverage in the country and the drugs are present in its cast for the major diseases affecting the population and selected based on the National List of Essential Medicines. There are several positive aspects of the program, but there is still need to improve their disclosure forms. Through critical analysis performed in this study it was possible to perceive the social relevance of the program and understand that it is a strategy to improve public health services.

**Keywords:** Popular Pharmacy Program in Brazil. Health Policies. Access to Medicines. Pharmaceutical Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ABIFARMA</b>	Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica
<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
<b>AF</b>	Assistência Farmacêutica
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAP</b>	Caixa de Aposentadoria e Pensão
<b>CBAF</b>	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>ENSP</b>	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>IAP</b>	Institutos de Aposentadoria e Pensão
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan – Americana de Saúde
<b>PFPB</b>	Programa Farmácia Popular do Brasil
<b>PNAF</b>	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
<b>PNAUM</b>	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil
<b>PNM</b>	Política Nacional de Medicamentos
<b>PNS</b>	Plano Nacional de Saúde
<b>POF</b>	Pesquisa de Orçamento Familiar
<b>RENAME</b>	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
<b>RSB</b>	Reforma Sanitária Brasileira

**SAGE** Sala de Apoio à Gestão Estratégica

**SUS** Sistema Único de Saúde

**URM** Uso Racional de Medicamentos

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

Figura 1. Desenho do Programa Farmácia Popular do Brasil.....19

### GRÁFICOS

Gráfico 1. Número total de farmácias populares em funcionamento no Brasil.....31

Gráfico 2. Número de municípios com farmácia popular no Brasil.....31

Gráfico 3. Número total de farmácias – “Aqui Tem Farmácia Popular” no Brasil.....32

Gráfico 4. Número de municípios no Brasil atendidos no “Aqui Tem Farmácia Popular”.....33

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. Evolução da saúde pública no país .....	13
1.2. Políticas públicas de saúde e Assistência Farmacêutica .....	15
1.3. O Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB .....	17
2. JUSTIFICATIVA.....	21
3. OBJETIVOS .....	23
3.1. Objetivo geral: .....	23
3.2. Objetivos específicos:.....	23
4. MÉTODO.....	24
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	26
5.1. Objetivos do Programa Farmácia Popular do Brasil no contexto da assistência farmacêutica.....	26
5.2. Impacto do Programa no orçamento familiar .....	28
5.3. Dados quantitativos e abrangência do Programa .....	30
5.4. Elenco de medicamentos fornecidos pelo Programa .....	34
5.5. Análise situacional do Programa frente seus aspectos positivos e os que precisam ser melhorados .....	37
6. CONCLUSÃO.....	40
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Evolução da saúde pública no país

Atualmente, vivemos em um Estado Democrático de Direito, onde a saúde é garantida a todos os cidadãos, sendo dever do Estado fornecer meios que assegurem esse direito.

Entretanto, nem sempre essa foi a realidade dos brasileiros, que durante muito tempo sofreram com omissão do Estado nas questões sociais, inclusive no âmbito da saúde. De acordo com Aith (2007, p.64), o Estado, caracterizado pelo modelo liberal, garantia a liberdade individual, porém não se preocupava com o bem estar coletivo. O autor cita que o Estado mantinha uma atitude passiva, “como simples conservador dos direitos dos que já os possuíam, sem nada fazer pelos que não tinham qualquer direito a conservar.”

Logo, devido à abstenção do Estado, o acesso à assistência a saúde era restrito àqueles que possuíam melhor nível socioeconômico, que os permitiam custear os gastos com o tratamento médico. Já aqueles que não tinham boas condições socioeconômicas dependiam de caridade e eram atendidos nas Santas Casas de Misericórdia (GIOVANELLA, 2007).

No início do século XX, começa surgir a luta pelos direitos humanos, por meio de trabalhadores que se uniram para reivindicar melhores condições sociais e de trabalho. Esses movimentos reivindicatórios foram o ponto de partida para a instalação de um Estado intervencionista (AITH, 2007).

Na assistência médica, o Estado começa a intervir apenas quando, por meio da Lei Eloy Chaves, em 1923, foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), demarcando o início da Previdência Social no país. As CAPs asseguravam assistência médica aos ferroviários e, mais tarde, ao tornarem-se Institutos de Aposentaria e Pensão (IAPs) passaram incorporar os trabalhadores por categorias profissionais (GIOVANELLA, 2007).

Apesar das conquistas alcançadas pelos trabalhadores no contexto de assistência à saúde, evidenciava-se ainda uma importante exclusão social, visto que o sistema previdenciário era restrito aos trabalhadores contribuintes. Conseqüentemente, a maioria da população permanecia desassistida. Batista (2007, p.37) relata que “a proteção previdenciária era um privilégio de alguns incluídos, o

que fazia com que grande parcela da população, principalmente os mais carentes, fosse vítima de injustiça social”.

Na saúde pública, durante o período em que vigorava o sistema previdenciário, o Estado atuava de modo repressivo, tendo como foco principal o combate às epidemias (principalmente febre amarela e varíola) que na época se espalhavam pelo país. Eram realizadas campanhas sanitárias que impunham a vacina contra essas doenças como uma obrigação à população (POLIGNANO, 2008).

Na década de 1970, diante da insatisfação da população com a situação do país – regime de ditadura militar, expansão da medicina previdenciária e campanhas sanitárias coercitivas – surgem, movimentos sociais e políticos que buscavam alcançar melhores condições de vida para sociedade.

Esses movimentos foram o ponto de partida para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), coincidindo com o processo em busca da democratização do país. Também influenciaram a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, instituições que fortaleceram a busca pelo direito à saúde.

A proposta da Reforma Sanitária Brasileira consistia na universalização da saúde, ou seja, a saúde como direito de todo cidadão, independente de ser contribuinte, trabalhador rural ou não trabalhador. Desse modo, nenhum cidadão brasileiro deveria ficar sem acesso à assistência pública de saúde. O movimento sanitário também propunha que as medidas de saúde deveriam garantir ações de cunho preventivo e/ou curativo, integradas em um único sistema. Nesse momento, faz-se referência pela primeira vez a um sistema de saúde unificado (ENSP, 2013).

Não obstante aos debates e os movimentos, somente na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, a Reforma Sanitária Brasileira alcançou resultados satisfatórios. Esta conferência, ainda hoje, é considerada o evento de maior importância tanto para a consolidação das bases doutrinárias da RSB quanto para a conquista de um novo modelo de assistência à saúde, o Sistema Único de Saúde – SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para Baptista (2007, p. 49) “esta conferência foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois, pela primeira vez, contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial.”

No relatório final da 8ª CNS (BRASIL, 1986, p. 4), a saúde passa a ser definida como:

Resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade das desigualdades nela existentes.

O principal resultado da 8ª CNS foi a emenda constitucional que garante a saúde como direito de todos. Assim, a Constituição de 1988 estabelece:

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

Ainda por meio da Constituição, fica instituído o Sistema Único de Saúde, posteriormente regulamentado pela Lei Federal 8.080 de 1990 – Lei Orgânica da Saúde. Sobre a implantação do sistema de saúde, Silva Filho (2010, p.24) relata que:

O Sistema Único de Saúde foi consequente resultado da indignação da sociedade com o modelo de gestão da saúde implantado no antigo regime do governo militar, onde a população saiu às ruas e manifestou seus interesses para implantação de um sistema de saúde mais justo e democrático.

O SUS é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. Dentre seus objetivos principais, destaca-se a formulação e execução de políticas econômicas e sociais destinadas a garantir a saúde como um direito fundamental (BRASIL, 1990).

Diante do histórico da saúde pública no país, percebe-se a evolução na assistência à saúde, obtida por uma nova forma de organização política e social em que o Estado é responsável por garantir a proteção do direito à saúde. Apesar das conquistas já alcançadas, ainda são necessárias mudanças no sistema de saúde, de modo à atender aos princípios constitucionais de integralidade e igualdade, permitindo uma assistência à saúde mais digna ao ser humano.

## **1.2. Políticas públicas de saúde e Assistência Farmacêutica**

A formulação de políticas públicas de saúde é responsabilidade do Estado, realizada por meio do SUS.

Para Lucchese (2004, p.3):

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

No contexto de políticas públicas, a assistência farmacêutica passa ser articulada como parte da política de saúde a partir da Lei Orgânica da Saúde, que em seu artigo 6º insere a assistência terapêutica integral – inclusive farmacêutica – no campo de atuação do SUS. Logo, de modo à atender o estabelecido na legislação, em 1998 foi criada a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (PEREIRA, 2013).

Esta política é parte essencial da Política Nacional de Saúde e tem como propósito “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 2001, p.9)

Dentre as diretrizes elencadas na PNM (BRASIL, 2001, p.34), destaca-se a reorientação da assistência farmacêutica, definida como:

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

De acordo com esta política, a reorientação do modelo de assistência farmacêutica não deve se restringir apenas à aquisição e distribuição de medicamentos; devendo abranger atividades que envolvam à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais (BRASIL, 2001).

Em 2004, por meio da Resolução 338/04 do Conselho Nacional de Saúde foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF. Dentre os princípios da PNAF, o medicamento é apresentado como insumo essencial às ações de Assistência Farmacêutica, que “deve ser compreendida como política pública

norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos [...]” (BRASIL, 2004a. p.1).

É possível identificar a importância da execução de políticas farmacêuticas no rol de intervenções em saúde, de modo a garantir à população, entre outros serviços, o acesso e uso racional dos medicamentos.

A implementação dessas políticas (PNM e PNAF) representaram avanços significativos na organização e gestão da assistência farmacêutica no SUS. Por meio dessas políticas, o Estado objetiva cumprir sua responsabilidade de promover o acesso igualitário e universal aos medicamentos (ENSP, 2013).

### **1.3. O Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB**

O Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB – surgiu frente à necessidade de proporcionar à população maior acesso aos medicamentos considerados básicos e essenciais. De acordo com o Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.5):

As peculiaridades do mercado farmacêutico brasileiro repercutem de forma relevante no processo de elaboração e execução de políticas públicas, principalmente na de Assistência Farmacêutica, apontando para a necessidade da adoção, pelo Governo Federal, de mecanismos de inclusão, traduzidos na ampliação do acesso aos medicamentos e à assistência farmacêutica.

Assim, em abril de 2004, o Governo Federal publicou a Lei 10.858 que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ – a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, visando assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde a baixo custo (BRASIL, 2004b).

Posteriormente, em maio do mesmo ano, essa lei foi regulamentada pelo Decreto 5.090/2004, que institui o Programa Farmácia Popular do Brasil. A criação do Programa considera a necessidade de universalização do acesso aos medicamentos; a necessidade de disponibilização de medicamentos a baixo custo e a necessidade de diminuição do impacto do gasto com medicamentos no orçamento familiar (BRASIL, 2004c).

O público alvo do Programa abrange de maneira igualitária tanto aquelas pessoas usuárias dos serviços públicos de saúde quanto os usuários da rede privada. Porém, diferentemente do que se poderia imaginar, o principal público alvo do Programa são os usuários da rede privada de saúde. “São cidadãos que têm

dificuldades para arcar com os custos dos tratamentos em decorrência do impacto no orçamento familiar”. Muitas vezes essas pessoas têm dificuldade de dar continuidade ao tratamento médico, visto que não conseguem adquirir os medicamentos nos estabelecimentos farmacêuticos comerciais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 12).

O Ministério da Saúde (MS) é o responsável por definir, a partir de critérios epidemiológicos e prevalências de doenças e agravos, os medicamentos disponibilizados no Programa (BRASIL, 2004c).

De acordo com o Manual Básico do Programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 9):

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

Os medicamentos incluídos no Programa são disponibilizados por meio de uma rede própria de Farmácias Populares e também por parcerias com estabelecimentos farmacêuticos da rede privada. Essas parcerias constituem extensões do Programa para a rede privada, denominadas “Aqui Tem Farmácia Popular” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O “Aqui Tem Farmácia Popular” disponibiliza os medicamentos por meio do modelo de copagamento, em que o Ministério da Saúde subsidia até 90% (noventa por cento) do valor de referência estabelecido e o usuário paga apenas a porcentagem restante.

Em relação à gestão do Programa, o Decreto 5.090/04, em seu artigo 2º, estabelece:

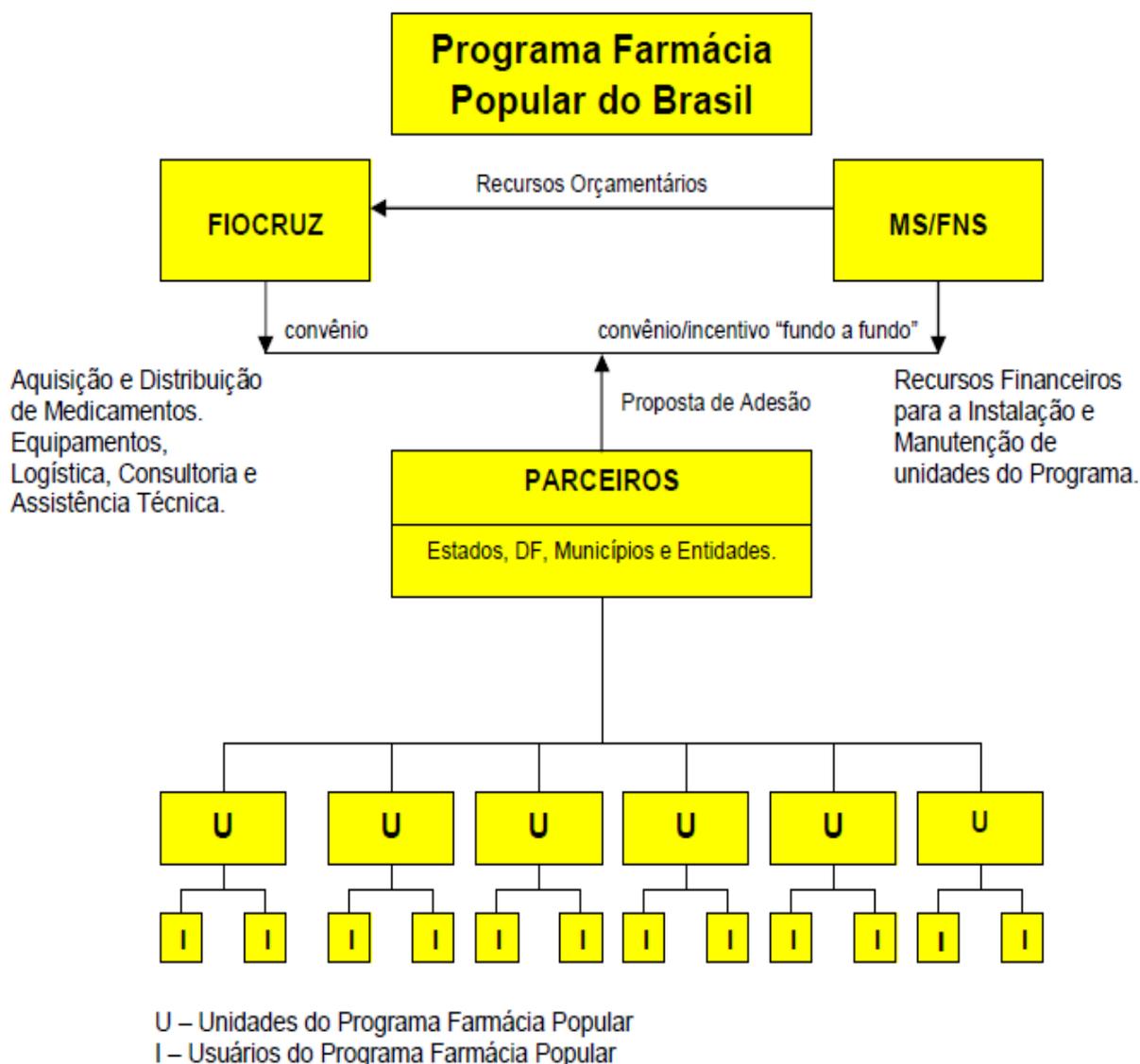
A Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ será a executora das ações inerentes à aquisição, estocagem, comercialização e dispensação dos medicamentos, podendo para tanto firmar convênios com a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sob a supervisão direta e imediata do Ministério da Saúde.

Os recursos financeiros para o Programa – provenientes do Governo Federal – são instituídos pela Portaria nº 2.587 de 2004 e decorrem por conta do orçamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004d).

A implantação do Programa obedeceu a critérios socioeconômicos, abrangendo inicialmente municípios sedes de regiões metropolitanas que compõem aglomerados urbanos (Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo), classificados de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Esses locais foram priorizados devido ao maior número de pessoas que utilizam o setor privado para adquirir medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

De maneira exemplificada, a figura 1 apresenta a configuração geral do Programa.

**Figura 1.** Desenho do Programa Farmácia Popular do Brasil



Atualmente, o Programa está presente em todos os estados brasileiros, porém não abrange os municípios em sua totalidade. Em 2013, os registros são de 4.288 unidades de farmácias no país envolvidas no Programa, tanto da rede própria quanto “Aqui Tem Farmácia Popular” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Diante da abrangência do Programa no país, considerando os motivos que incentivaram sua criação e o seu atual elenco de medicamentos, surge o questionamento se o mesmo estaria suprindo as necessidades da população no âmbito da assistência farmacêutica e satisfazendo a demanda por acesso aos medicamentos.

## 2. JUSTIFICATIVA

Desde a Constituição de 1988 são previstas políticas públicas que garantam o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Nesse contexto, o Programa é inserido no rol de estratégias governamentais realizadas para alcançar o direito à saúde estabelecido na Constituição.

Diante das sucessivas modificações ocorridas no cenário da saúde pública nas últimas décadas, a criação das políticas PNM e PNAF constituem-se importantes avanços legais da assistência farmacêutica no País. Logo, os objetivos do Programa vão ao encontro dessas políticas e integram as ações de assistência farmacêutica, visto que surge da necessidade de suprir os déficits relacionados ao acesso aos medicamentos.

Sobre o Programa e sua relação com o fornecimento público de medicamentos, Santos-Pinto *et. al.* (2011, p. 2965) cita:

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

Desde sua implantação, em 2004, a cada ano ocorre o aumento do número de farmácias do Programa, tanto da rede própria quanto da rede privada. Apesar ser considerada uma política de saúde pública relativamente nova, sua evolução faz com que esteja hoje presente em uma abrangente área do País. Em 2013, dados do MS, mostram que 432 municípios do Brasil possuem unidades da rede própria do PFPB e 3.742 municípios possuem farmácias privadas conveniadas ao Programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Assim, devido sua rápida expansão e atual abrangência, o Programa torna-se de grande importância nos indicadores de saúde pública do país, exercendo influência sobre os gastos com saúde do orçamento público e também da população.

Mesmo após, aproximadamente, 10 anos da implantação do Programa e de sua extensa dimensão, percebe-se que tanto profissionais de saúde quanto a sociedade ainda desconhecem os seus objetivos e funcionamento, a despeito de estar inserido no cotidiano da população por meio da mídia e campanhas publicitárias em farmácias e drogarias.

Portanto, o presente trabalho justifica-se também no sentido de possibilitar uma melhor compreensão do Programa no contexto de políticas públicas voltadas para provisão de medicamentos, podendo servir de referência para profissionais de saúde e acadêmicos que se interessem pelo assunto.

Ademais, o Programa também envolve critérios relacionados ao URM, podendo então ser visto como uma oportunidade de incorporar a Atenção Farmacêutica no âmbito do SUS. Pereira (2013, p.75) considera que a regulamentação do Programa, além de permitir o acesso aos medicamentos essenciais, apresenta influência também sobre a promoção do URM, estando então de acordo com o previsto nas políticas farmacêuticas – PNM e PNAF. Ainda a respeito desse assunto, o Manual Básico do Programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.25) estabelece que “as unidades do Programa devem desempenhar papel de núcleo de educação em saúde sobre temas relacionados ao uso racional de medicamentos [...]”.

Ao apreciarmos os aspectos que envolvem o Programa, nos deparamos com a possibilidade do mesmo reduzir o impacto dos gastos com saúde no orçamento familiar, considerando a influência que a aquisição de medicamentos exerce sobre esses gastos. Logo, garantir o acesso aos medicamentos, principalmente para famílias de menor renda, caracteriza o mérito do Programa como política pública, fundamentado na ideia de que para muitas famílias essa é a única forma de obtenção dos medicamentos (IPEA, 2013).

A análise da atual situação do Programa no contexto da saúde pública suscita a discussão sobre o impacto social do mesmo, permitindo reconhecer sua importância frente às necessidades dos brasileiros. Desta maneira, é possível identificar os aspectos favoráveis à população, assim como os que necessitam ser aprimorados para atender os princípios doutrinários do SUS – universalidade, equidade e integralidade.

Por fim, a exploração do tema é justificável para ampliar o conhecimento a respeito desse programa que se manifesta de grande relevância no contexto de assistência à saúde.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral:**

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma análise crítica do Programa Farmácia Popular do Brasil no contexto das políticas de saúde pública.

#### **3.2. Objetivos específicos:**

- Descrever o Programa Farmácia Popular do Brasil.
- Relatar os antecedentes históricos da implementação do Programa.
- Analisar, no contexto da assistência farmacêutica, os objetivos do Programa que envolvem o acesso e o uso racional de medicamentos.
- Discutir o impacto do Programa no orçamento familiar.
- Obter dados referentes à quantidade atual de Farmácias Populares existentes no país; incluindo a rede privada credenciada ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.
- Correlacionar o elenco de medicamentos atendidos pelo Programa com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.
- Realizar uma análise do Programa frente seus aspectos positivos e os que precisam ser melhorados.

#### 4. MÉTODO

O presente trabalho adotou como estratégia metodológica o estudo de caso qualitativo, de caráter exploratório.

Em relação ao estudo de caso, Merriam (1988, apud André 2005) citado por Duarte e Barros (2006, p. 161), aponta que esse tipo de estudo possui quatro principais características:

1. Particularismo: o estudo se centra em uma situação, acontecimento, programa ou fenômeno particular, proporcionando assim uma excelente via de análise prática de problemas da vida real;
2. Descrição: o resultado final consiste na descrição detalhada de um assunto submetido à indagação;
3. Explicação: o estudo de caso ajuda a compreender aquilo que submete à análise, formando parte de seus objetivos a obtenção de novas interpretações e perspectivas, assim como o descobrimento de novos significados e visões antes despercebidas.
4. Indução: a maioria dos estudos de caso utiliza o raciocínio indutivo, segundo os princípios e generalizações emergem a partir de análise de dados particulares. Em muitas ocasiões, mais que verificar hipóteses formuladas, o estudo de caso pretende descobrir novas relações entre elementos.

Na definição de Yian et al. (2001, p.32), também citado por Duarte e Barros (2006, p.216) “o estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real”.

Segundo Oliveira (2008, p. 38) o caráter exploratório do estudo permite “obter as informações desejadas, a fim de compreender melhor o problema”.

Desse modo, o método de estudo adotado permite aprofundar o conhecimento sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil, detalhar sua situação atual e investigar sua associação com a saúde pública no país.

A coleta de dados para o desenvolvimento do estudo foi efetuada por meio de pesquisa bibliográfica e documental que possibilitaram levantar as informações necessárias para alcançar os objetivos do trabalho.

Foi utilizada a base de dados Pubmed para acesso aos artigos científicos publicados em periódicos de saúde pública. Para localização das referências foram utilizados, de forma individual e cruzada, os seguintes descritores: “Programa Farmácia Popular do Brasil”, “Políticas de Saúde Pública no Brasil”, “Reforma Sanitária”, “Assistência Farmacêutica”, “Legislação Farmacêutica”, “Acesso à Medicamentos” e “Políticas Farmacêuticas”.

As informações relacionadas à legislação e regulamentação do Programa foram obtidas por meio de sites de entidades governamentais, principalmente Ministério da Saúde. Foi realizado um levantamento sobre as principais leis, decretos, portarias e resoluções relacionadas ao tema.

Por meio da leitura e análise crítica de artigos, textos e documentos legais foi possível encontrar evidências para embasar o desenvolvimento do assunto, permitindo a discussão da problemática em questão e contribuindo para uma maior compreensão da relação entre as políticas públicas de saúde e o uso de medicamentos.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1. Objetivos do Programa Farmácia Popular do Brasil no contexto da assistência farmacêutica.**

O PFPB tem como objetivo principal ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) “medicamentos essenciais são aqueles que atendem as necessidades prioritárias de saúde de uma população” (OMS, 2002, p.1).

Esse objetivo principal não é isolado, envolve também um conjunto de outros propósitos o qual o programa se destina. Nesse sentido, o Programa também se propõe a fornecer medicamentos a usuários da rede privada de saúde, possibilitar aquisição de medicamentos a baixo custo, diminuir gastos familiares com a compra de medicamentos e reduzir as despesas do SUS com internações.

Diante desse contexto, os objetivos do Programa vão ao encontro da assistência farmacêutica no Brasil – que também tem como foco principal a promoção do acesso a medicamentos. Assim, no âmbito da Atenção Básica, o Programa deve ser visto como uma importante estratégia de expandir as ações de assistência farmacêutica no país.

Considerando a percepção de que muitos usuários da rede privada de saúde e também da rede pública não continuam o tratamento médico devido à falta de condições de adquirir os medicamentos prescritos, o Programa visa atender essa demanda permitindo o acesso à terapia medicamentosa e, conseqüentemente, possibilitando a continuidade do tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

É importante ressaltar também que os casos de abandono do tratamento podem ter como conseqüências, entre outras, as internações hospitalares. Desse modo, o Programa também apresenta relevante contribuição na redução dos gastos do SUS com saúde, principalmente com internações, quando estas são decorridas da não continuidade do tratamento (INOCENCIO E DE VIVO, 2011).

Ao reconhecer o peso dos gastos com medicamentos no orçamento familiar, principalmente de famílias de baixa renda, presume-se que o Programa possa contribuir de maneira expressiva para redução das despesas dessas famílias com saúde. O impacto da aquisição de medicamentos no orçamento familiar dos brasileiros é discutido posteriormente no tópico 5.2.

O fornecimento de medicamentos a baixo custo e sem restrição de origem da receita (setor público ou privado) tem o intuito de alcançar o maior número de pessoas da população, visando então garantir o princípio do SUS de universalidade do acesso (PEREIRA, 2013, p. 63). Assim, são favorecidos principalmente pessoas de menor nível socioeconômico, que teriam dificuldades, por exemplo, de adquirir medicamentos para doenças crônicas, visto que são de uso contínuo.

Também cabe destacar, que assim como nas ações de assistência farmacêutica, o Programa não se restringe apenas em promover o acesso a medicamentos, mas envolve também questões referentes ao Uso Racional de Medicamentos (URM).

Em relação ao URM, a PNM (BRASIL, 2001, p. 37) define:

É o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

Desta forma, o Programa, por meio do seu regulamento, incentiva o URM ao exigir apresentação do receituário médico para aquisição do medicamento. Dentro desse contexto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005):

Além de possibilitar o acesso irrestrito das pessoas que necessitam de medicamentos, a exigência da receita para todos os medicamentos disponíveis inibe a automedicação, que se configura num grave problema de saúde pública.

A ideia de que o Programa atende à necessidade de promover o uso racional é reforçada a partir da compreensão de que o URM envolve também a implementação da RENAME, e esta é a base para escolha do elenco de medicamentos fornecidos pelo Programa.

Considerando os objetivos do Programa, Pereira (2013, P.61) cita: “o Programa Farmácia Popular do Brasil enquanto alternativa de acesso aos medicamentos, [...] tem se caracterizado importante instrumento no contexto da assistência farmacêutica.”

Por fim, percebe-se que esses objetivos convergem no sentido de garantir o acesso aos medicamentos, buscando alcançar melhores condições de saúde e, conseqüentemente, de vida para população.

## 5.2. Impacto do Programa no orçamento familiar

No que diz respeito a distinção de classes sociais em relação ao acesso de medicamentos, dados da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (ABIFARMA) revelam que “enquanto apenas 15% da população brasileira, com renda acima de dez salários mínimos, consomem 48% do mercado total, 51% da população, com renda abaixo de quatro salários mínimos, consomem somente 16% desse mercado” (ABIFARMA, 1999, apud MACHADO DOS SANTOS, 2001, p.5).

Em relação aos dados citados no parágrafo anterior, percebe-se que o acesso de medicamentos no Brasil, nessa época, ocorria de maneira iníqua, comprometendo a assistência farmacêutica e os fundamentos do SUS (MARIN *et. al.*, 2003).

Não obstante isso, a aquisição de medicamentos apresenta significativa influência nas despesas com assistência à saúde, tanto no orçamento público quanto das famílias brasileiras. Dados do MS, descritos no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012 – 2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.47) expõem:

No período de 2003-2010, os gastos com medicamentos passaram de 5,8% no orçamento do MS, para 12,5% (R\$ 1,9 bilhão, em 2003, e R\$ 6,98 bilhões em 2010). Esse incremento possibilitou ampliar a lista de medicamentos adquiridos diretamente pelo MS; aumentar o repasse para assistência farmacêutica básica (R\$ 1,00, em 1999, para R\$ 5,10 em 2010); estender o elenco de medicamentos disponibilizados; e assegurar o acesso aos medicamentos dos Programas estratégicos. Permitiu também a implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB), que viabiliza o acesso da população a medicamentos [...], visando assegurar o menor preço ao usuário e diminuir, assim, o impacto no orçamento familiar.

Pesquisas de Orçamentos Familiares (POFs), realizadas pelo IBGE, nos períodos de 2002 – 2003 e 2008 – 2009 indicam que “o gasto com medicamentos foi o principal componente do gasto com saúde das famílias brasileiras”. Ainda de acordo com essas pesquisas, tem-se que as famílias de menor renda são as que mais apresentam comprometimento do orçamento familiar devido à aquisição de medicamentos, quando comparadas com famílias de maior renda (IPEA, 2013, p. 6).

Ainda em relação ao acesso e utilização de medicamentos, um inquérito domiciliar realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2005, p.160) concluiu que:

No Brasil, quanto ao acesso, os indicadores de capacidade aquisitiva para o tratamento de doenças importantes no nível da atenção

básica evidenciaram que a despesa com medicamentos para o trabalhador que ganha salário mínimo compromete de forma importante seu orçamento familiar, espoliando os recursos necessários à cobertura de outras necessidades básicas. (OPAS, 2005, p. 160)

A renda familiar está diretamente relacionada aos gastos com saúde, sendo assim, quanto maior a renda de uma determinada família, maior serão os gastos direcionados a saúde. Porém, é importante compreender que quando se trata de comprometimento orçamentário, as famílias de baixa renda sofrem maior impacto (IPEA, 2013).

Outro estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) avaliou os dados das POFs, anteriormente citadas, demonstrou que o percentual do orçamento comprometido com medicamentos nas famílias de menor renda foi 7,4% no período de 2002 a 2003, passando para 5,8% no período de 2008 a 2009. Já nas famílias de maior renda, esse percentual passou de 1,4% a 1,6%, considerando os mesmos períodos. Logo, constata-se que, nos períodos entre as duas POFs realizadas, ocorreu uma redução no comprometimento orçamentário das famílias de menor renda (IPEA, 2013, pg. 23).

Essa redução pode estar relacionada a diversos fatores inerentes ao acesso da população aos medicamentos, podendo ser resultado de uma maior cobertura dos serviços do SUS; criação políticas públicas de assistência farmacêutica; alteração nos preços de medicamentos (genéricos), entre outros. De acordo com Diniz *et. al.* (2007, pg. 154):

Isso seria devido aos avanços de cobertura do SUS, com a implementação de vários programas que alcançam mais sistematicamente os estratos mais pobres e medianos da população e na atenção de alta complexidade que alcança também as classes com maiores rendimentos. Com isso, a população, principalmente a de menor renda, estaria utilizando mais o SUS com implicações para redução do seu desembolso direto com saúde.

Compete citar a criação, em 2012, da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), que apresenta objetivos diretamente associados ao contexto da discussão (BRASIL, 2012a):

- I. Avaliar a utilização de medicamentos, com a caracterização das morbidades ou condições de saúde para as quais eles são utilizados;

- II. Avaliar indicadores de acesso aos medicamentos;
- III. Avaliar indicadores de racionalidade do uso;
- IV. Caracterizar o uso e o acesso a medicamentos segundo variáveis demográficas, sociais, de estilo de vida e de morbidade;
- V. Avaliar as políticas públicas de assistência farmacêutica e sua efetivação na Atenção Básica de Saúde;
- VI. Avaliar a organização dos serviços de Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para fins de garantia de acesso e uso racional de medicamentos pela população;
- VII. Avaliar os fatores que interferem na consolidação das políticas públicas de acesso a medicamentos; e
- VIII. Identificar e discutir a influência das políticas públicas de acesso a medicamentos nos gastos individuais com estes produtos e no combate a iniquidade.

Com os resultados da PNAUM, espera-se conhecer o perfil atual de consumo dos medicamentos, no Brasil, o que poderá nortear as futuras ações, e adequações do PFPB.

Ainda com relação aos gastos familiares, tem-se que muitas pessoas que necessitam de medicamentos e não conseguem adquirir por meio do SUS realizam a aquisição em farmácias privadas, comprometendo, na maioria dos casos, valores destinados a outras despesas. Sendo assim, a implementação de programas de assistência farmacêutica, como o PFPB, tornam-se de grande importância, principalmente quando consideradas famílias de baixa renda.

Em comparação aos outros programas de assistência farmacêutica existentes no SUS, o PFPB tem como vantagem o modelo de copagamento, que garante a população o acesso ao medicamento nos casos de falta na distribuição da rede pública. Desse modo, mesmo o usuário tendo que pagar uma pequena porcentagem do valor de custo do medicamento, o comprometimento do orçamento familiar é muito menor, visto que o valor do medicamento fora do Programa é mais elevado.

Assim, o PFPB pode gerar a população uma redução dos gastos com medicamentos no orçamento familiar, favorecendo famílias de todos os níveis socioeconômicos e tornando-se uma boa opção para aquisição dos mesmos.

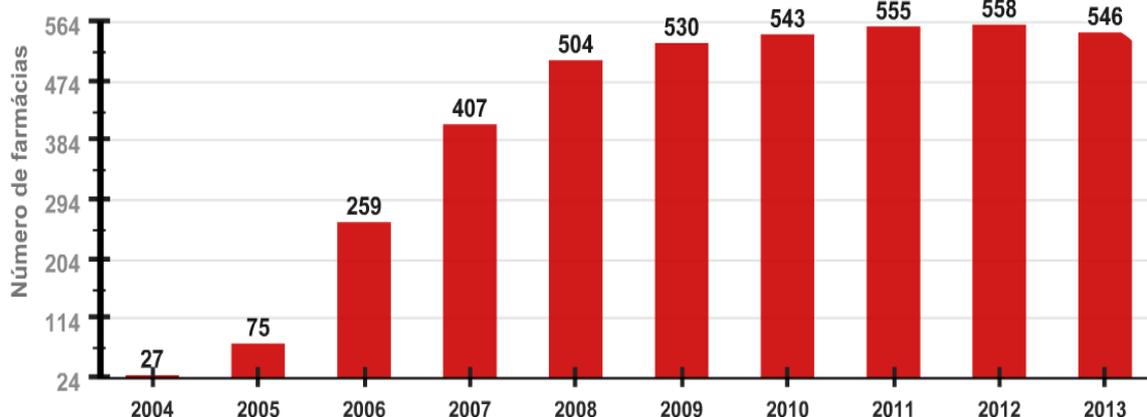
### **5.3. Dados quantitativos e abrangência do Programa**

Indicadores de saúde disponibilizados pelo MS, por meio da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), mostram a abrangência do PFPB, tanto da rede própria quanto das farmácias da rede privada conveniadas ao Programa – “Aqui Tem

Farmácia Popular”. Esses indicadores, referentes ao mês de agosto de 2013, são apresentados nos Gráficos a seguir (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O Gráfico 1 aponta os dados do número total de farmácias populares da rede própria em funcionamento no Brasil, desde a implementação do Programa, em 2004, até 2013.

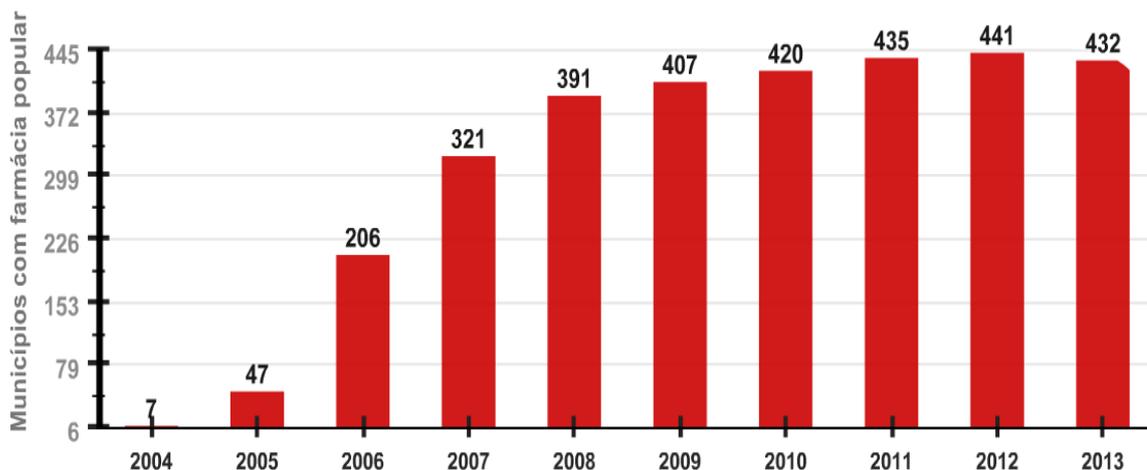
Gráfico 1. Número total de farmácias populares em funcionamento no Brasil



Fonte: MS, 2013

O Gráfico 2 aponta os dados relativos ao número de municípios no Brasil que possuem farmácias populares da rede própria.

Gráfico 2. Número de municípios com farmácia popular no Brasil



Fonte: MS, 2013

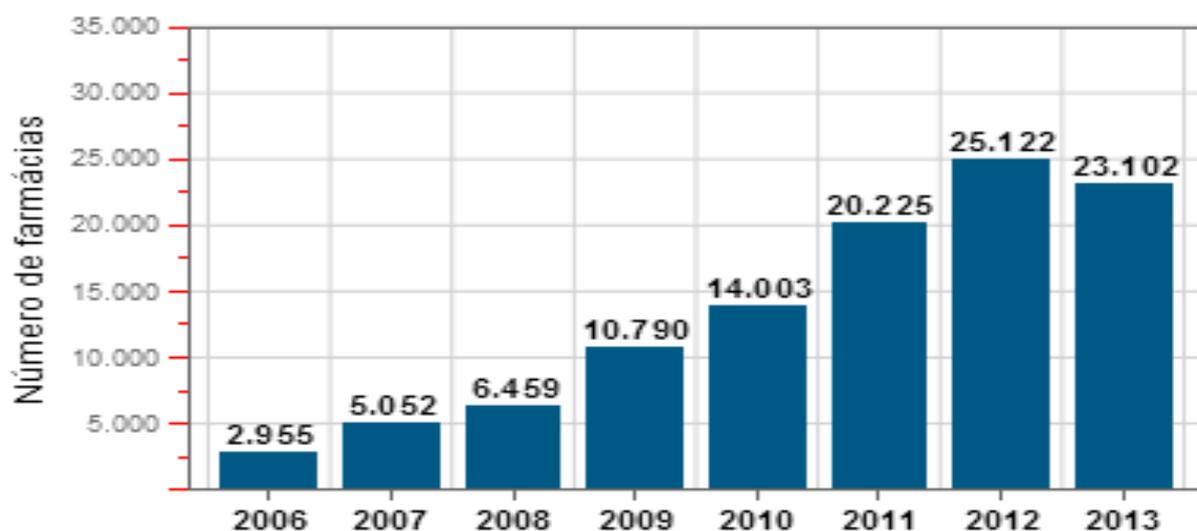
Ao analisar os Gráficos 1 e 2, observa-se que desde a implementação do Programa em 2004 até 2013 houve significativo aumento do número de farmácias populares da rede própria e também maior abrangência municipal. Até agosto de

2013 foram contabilizadas 546 farmácias populares da rede própria em funcionamento, distribuídas em 432 municípios do país.

A partir de 2006, algumas farmácias da rede privada passaram a fazer parte do PFPB, representando à expansão do Programa no país – “Aqui Tem Farmácia Popular”.

O Gráfico 3 apresenta dados referentes ao número de farmácias da rede privada credenciadas ao Programa – “Aqui Tem Farmácia Popular”.

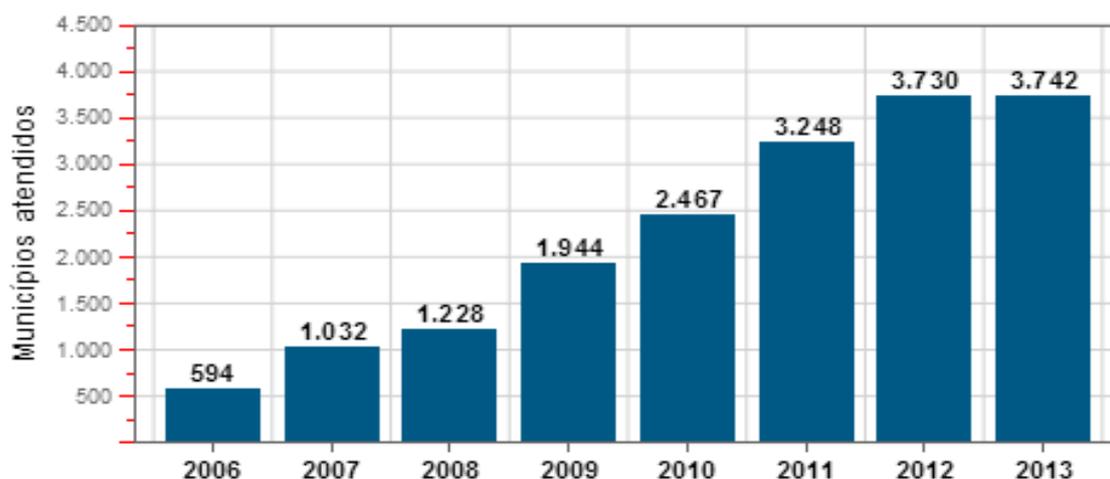
Gráfico 3. Número total de farmácias – “Aqui Tem Farmácia Popular” no Brasil



Fonte: MS, 2013

O Gráfico 4 indica o número de municípios no país que possuem farmácias privadas credenciadas o Programa – “Aqui Tem Farmácia Popular”.

Gráfico 4. Número de municípios no Brasil atendidos no “Aqui Tem Farmácia Popular”



Fonte: MS, 2013

Os Gráficos 3 e 4 demonstram o crescimento do Programa por meio das redes privadas. Em 2006 eram apenas 2.955 farmácias, distribuídas em 594 municípios. Já em 2013, são 23.102 farmácias da rede privada conveniadas ao Programa que atendem um total de 3.742 municípios.

No Gráfico 3 há uma expressiva diminuição do número de farmácias, no período dos últimos dois anos, passando de 25.122 farmácias em 2012 para 23.102 farmácias em 2013. Essa diminuição pode ser decorrência, por parte de MS, de uma maior fiscalização do cumprimento das normas e regras que regem o PFPB, resultando no descredenciamento de farmácias por irregularidades na execução do Programa. O descredenciamento também pode ocorrer a pedido do representante legal ou procurador do estabelecimento (BRASIL, 2012b).

De modo geral, ao comparar os Gráficos 1, 2, 3 e 4, percebe-se o quanto o PFPB – rede própria e “Aqui Tem Farmácia Popular” – se expandiu desde sua criação. Essa expansão está relacionada não somente à quantidade de farmácias em funcionamento e ao número de municípios atendidos, mas também envolve um importante aumento da população que tem acesso ao Programa.

Quando considerada a abrangência do Programa nas Regiões do país, verifica-se que o Sudeste e Nordeste apresentam maior número de municípios com farmácias da rede própria, respectivamente 148 e 143. Já em relação ao quantitativo de municípios com farmácias conveniadas – “Aqui Tem Farmácia Popular”, esse número aumenta significativamente, sendo o Sudeste, Sul e Nordeste as Regiões

que possuem maior extensão do Programa, respectivamente, 1.445, 1.009 e 833 municípios atendidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nas demais Regiões – Centro-Oeste e Norte – o número municípios compreendidos pelo Programa é menor, porém relevante. No Centro-Oeste são 29 municípios atendidos pela rede própria e 324 pela rede conveniada. Já no Norte as unidades próprias do Programa abrangem 58 municípios e as farmácias privadas 131 municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Apesar da evidente diferença no quantitativo de municípios contemplados pelo Programa em cada Região, é importante considerar que aquelas que apresentam maior abrangência são também as que possuem maior número de municípios. Enquanto as Regiões Centro-Oeste e Norte possuem em média 400 municípios, as demais possuem acima de 1.000. Assim, proporcionalmente, é justificável a grande diferença nos dados apresentados.

Diante dos dados apresentados, é notável o quão rápido foi crescimento do Programa. Porém, considerando que o Brasil possui 5.570 mil municípios e uma população de 201.032.714 milhões de habitantes (IBGE, 2013), compreende-se que ainda há necessidade de estender o Programa para alcançar todos os municípios e o maior número de beneficiados, para então, garantir a universalidade do acesso aos medicamentos.

#### **5.4. Elenco de medicamentos fornecidos pelo Programa**

Os medicamentos que compõem o elenco do PFPB são, no âmbito do SUS, pertencentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF). Esse elenco é destinado as principais doenças que atingem a população, sendo definido a partir de evidências científicas e epidemiológicas que garantam maior segurança e eficácia no tratamento. A lista de medicamentos disponíveis pode apresentar diferenças entre regiões do país devido há necessidade de atender as características próprias de cada população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

De acordo com o caput do artigo 3º do Decreto nº 5.090/2004:

O rol de medicamentos a ser disponibilizado em decorrência da execução do Programa "Farmácia Popular do Brasil" será definido pelo Ministério da Saúde, considerando-se as evidências epidemiológicas e prevalências de doenças e agravos.

Cabe destacar que esse rol de medicamentos é estabelecido com base na RENAME, que “compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS” (BRASIL, 2012d, p.1).

Considerando o ciclo de assistência farmacêutica – que envolve etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação – e a necessidade de selecionar os medicamentos do Programa, Pereira (2013, p.39) esclarece:

No campo da logística de medicamentos, a seleção de medicamentos é considerada o eixo do ciclo da assistência farmacêutica. As demais atividades desenvolvidas no ciclo se dão com base na correta seleção dos medicamentos. Neste sentido é fundamental que haja uma seleção racional de medicamentos, devendo estes estarem baseados na RENAME e no Formulário Terapêutico Nacional, considerando, principalmente a necessidade, a eficácia, o benefício/risco e o benefício/custo.

Ainda de acordo com Pereira (2013, p. 73), a RENAME é um instrumento racionalizador das prescrições e fundamental para efetivação da assistência farmacêutica. Nesse sentido, ele declara:

Ao se falar de ampliação do número de medicamentos dispensados pelo Programa, considerando que todos fazem parte da RENAME, tal ampliação significa que a prescrição destes medicamentos tem sido estimulada.

No rol de medicamentos do Programa constam medicamentos para tratamento de hipertensão, diabetes, infecções, verminoses, asma, dislipidemias, doença de Parkinson, glaucoma, osteoporose e rinite. Além de analgésicos, antiinflamatórios, anticoncepcionais e também preservativos masculinos e fraldas geriátricas.

Tanto na rede própria quanto privada do Programa, destaca-se o fornecimento gratuito dos medicamentos para tratamento da asma, diabetes e hipertensão. Primeiramente, a Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012, em seu artigo sétimo, dispõe:

“No aqui tem farmácia popular” e na “Rede Própria”, os medicamentos definidos para tratamento da hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus serão distribuídos gratuitamente aos usuários.

Posteriormente, a Portaria nº 1.146, de 1º de junho de 2012, acrescenta a esse artigo os medicamentos para asma.

Em relação ao valor daqueles medicamentos que devem ser pagos pela população, os artigos 8º e 9º da Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012, declaram que na rede própria e na rede privada, respectivamente (BRASIL, 2012b):

Art. 8º A dispensação dos medicamentos e/ou correlatos ocorrerá mediante o ressarcimento correspondente, tão somente, aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação, conforme valores de dispensação estabelecidos.

Art. 9º O MS pagará até 90% (noventa por cento) do valor de referência estabelecido, sendo obrigatório o pagamento pelo paciente da diferença entre o percentual pago pelo MS e o pv-at do medicamento e/ou correlato adquirido.

Conforme discutido anteriormente, qualquer medicamento pertencente ao Programa somente é dispensado mediante apresentação de receituário médico ou odontológico. Essa exigência ocorre inclusive para medicamentos isentos de prescrição. Assim, de maneira indireta, há o incentivo da prescrição dos medicamentos presentes na RENAME para que as pessoas consigam adquirir os mesmos por meio do Programa, logo, há também promoção do URM.

Desde sua implantação até o atual momento, o rol de medicamentos do Programa passou por algumas atualizações descritas, resumidamente, a seguir:

- Em 2006 – inclusão de medicamentos para hipertensão e diabetes por meio da expansão do Programa – “Aqui Tem Farmácia Popular”.
- Em 2007 – inclusão de contraceptivos no elenco do “Aqui Tem Farmácia Popular”.
- Em fevereiro e março de 2010 – inclusão do medicamento fosfato de oseltamivir (tratamento da Influenza H1N1) na rede própria do Programa e “Aqui Tem Farmácia Popular”.
- Em abril de 2010 – aumento da cobertura do “Aqui Tem Farmácia Popular” com inclusão de medicamentos para o tratamento da dislipidemia e diabetes.
- Em outubro de 2010 - disponibilização de medicamentos para asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma. Além da ampliação do elenco de

medicamentos para hipertensão arterial e o fornecimento de fraldas geriátricas para incontinência.

- Em 2011 – inclusão do medicamento cloridrato de metformina (comprimido de ação prolongada) no “Aqui tem Farmácia Popular”.

Atualmente são 112 medicamentos, além do preservativo masculino, inclusos no elenco da rede própria Programa e 24 disponíveis no “Aqui tem Farmácia Popular”, além das fraldas geriátricas. Os medicamentos estão disponíveis em diversas apresentações comerciais, ampliando as possibilidades de prescrição de acordo com as necessidades patológicas de cada indivíduo. O elenco de medicamentos contemplados pelo Programa encontra-se disponível no site do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)).

### **5.5. Análise situacional do Programa frente seus aspectos positivos e os que precisam ser melhorados**

Considerando as questões discutidas anteriormente, é possível levantar os principais benefícios do Programa à população, destacando a sua contribuição na tentativa de suprir os déficits do sistema público no acesso aos medicamentos.

Um estudo sobre a implantação do PFPB realizado por Ferreira (2007), no Rio de Janeiro e no Distrito Federal, mostrou que a maioria das prescrições aviadas pelas farmácias do Programa eram originadas do SUS, sugerindo a falha do sistema de saúde na provisão gratuita dos medicamentos à população.

Assim, perante a dificuldade de acesso aos medicamentos no SUS, o Programa viabiliza a realização do tratamento ao fornecer esses medicamentos a preços acessíveis, principalmente considerando aquelas pessoas que não tem condições de pagar pelo medicamento devido aos altos custos dos mesmos.

O fornecimento dos medicamentos a preços acessíveis reflete diretamente em uma maior economia da população, conseqüentemente, reduzindo os gastos familiares com saúde.

A esse respeito, o estudo de Ferreira (2007, p.103) concluiu:

Com relação ao custo dos medicamentos na FPB, um número extremamente baixo de usuários alegou não ter comprado os medicamentos no programa devido ao preço, o que indica não ser este um fator limitante do acesso.

De modo geral, o Programa atende uma grande demanda da população, que envolve tanto usuários do SUS quanto usuários das redes privadas de saúde, contribuindo assim para melhora da saúde pública e das condições de vida do cidadão.

Dentre outros aspectos que devem ser levantados podemos ressaltar a obrigatoriedade da presença do farmacêutico para o credenciamento das farmácias e drogarias no Programa, assim como a adoção da RENAME como parâmetro para elaboração do elenco de medicamentos. Ambas prerrogativas refletem diretamente na promoção do URM e podem ser consideradas como uma possibilidade do Programa futuramente concretizar a Atenção Farmacêutica no âmbito do SUS.

O progresso das ações de assistência farmacêutica no País obtido a partir da implantação do Programa também deve ser considerado quando apreciados os aspectos positivos do mesmo. Para Pereira (2013, p.76) “o Programa tem cumprido importante papel no âmbito da assistência farmacêutica, tendo se consolidado, seja do ponto de vista financeiro, seja pela sua articulação com outras ações estruturantes do MS”.

Em relação ao modelo de copagamento adotado pelo Programa, surgem duas questões opostas a serem consideradas. Como já discutido anteriormente, esse modelo pode ser visto como um aspecto positivo, pois permite ao usuário ter acesso ao medicamento pagando um preço baixo e acessível. Porém, Silva Filho (2010, p.65) considera esse modelo inconstitucional “pelo fato do usuário ter que pagar para ter acesso aos medicamentos essenciais [...]”. Para o autor, o Programa para atender aos princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade deveria distribuir os medicamentos gratuitamente, logo, mesmo o valor cobrado sendo considerado “simbólico”, esse modelo não permitiria aos menos favorecidos financeiramente o acesso aos medicamentos. Assim, o modelo de copagamento gera um impasse quanto ao fato de ser um aspecto positivo ou não do Programa.

De maneira geral, um ponto que ainda precisa ser melhorado no Programa refere-se ao elenco de medicamentos que, a despeito das atualizações realizadas desde sua implantação, ainda há necessidade de ampliação de modo a incluir medicamentos para o tratamento de outras doenças e também aqueles que não são fornecidos pelo SUS.

Para aumentar a demanda de usuários beneficiados pelo Programa é necessário também melhorar suas formas de divulgação, que embora existentes ainda não fornecem informações suficientes para que a população compreenda de maneira clara as suas vantagens.

A expansão do Programa no País também é outro ponto que necessita de avanço, considerando que por meio da ampliação e qualificação do acesso aos medicamentos será possível alcançar, no âmbito da saúde, a universalidade da assistência farmacêutica.

## 6. CONCLUSÃO

O presente trabalho realizou uma análise crítica do Programa Farmácia Popular do Brasil, buscando apresentar seus fundamentos no contexto das políticas de saúde pública. A partir da leitura criteriosa da bibliografia utilizada foi possível concluir que o Programa é claramente uma estratégia do Governo Federal de melhorar o serviço público de saúde, por meio da ampliação do acesso à população aos medicamentos considerados essenciais.

Foram relatados os principais fatos históricos que antecederam a criação do Programa, relacionados ao desenvolvimento da saúde pública e da assistência farmacêutica no país. Com isto, diante do papel do Estado nas questões sociais como responsável pela garantia do direito à saúde, foi possível compreender as circunstâncias do surgimento do Programa.

A partir da investigação das principais bases legais do Programa e fazendo associação com as políticas – PNM e PNAF – constata-se que seus objetivos estão diretamente embasados na provisão da assistência farmacêutica no país. Logo, manifesta-se por meio do Programa mais uma possibilidade de promover o acesso e o URM.

No decorrer do estudo, determinados enfoques relacionaram a economia da população em consequência da utilização do Programa. Isso seria resultado dos preços de aquisição dos medicamentos por meio Programa, que permite uma economia de até 90% do valor que normalmente a pessoa pagaria pelo medicamento na rede privada. Nesse contexto, o Programa é considerado uma estratégia para diminuir as despesas com medicamentos, reduzindo então o impacto dos gastos com saúde no orçamento familiar dos brasileiros.

O levantamento de dados referentes ao número de farmácias da rede própria e também conveniadas – “Aqui Tem Farmácia Popular” deram demonstrações acerca da dimensão do Programa no país. É notável a rápida expansão do Programa desde a sua criação (em 2004) até meados de 2013. Porém, apesar da sua abrangência e da crescente demanda da população beneficiada, deve-se considerar também que muitos municípios ainda não estão inclusos no Programa. Entende-se, portanto que o Programa ainda deve ser estendido ao restante dos municípios brasileiros para conseguir atender a população de maneira universal e satisfatória.

Importante destacar também que o público alvo do Programa abrange além do pretendido quando da sua criação. O estudo expõe que o Programa envolve não somente usuários provenientes da rede privada de saúde, mas também abrange de maneira significativa os usuários do setor público. Isto pode ser explicado pela ineficiência do SUS em prover a esses usuários do sistema público o acesso aos medicamentos.

Essa falha do SUS na distribuição de medicamentos é ainda mais evidenciada quando se considera que o elenco adotado pelo Programa esta totalmente correlacionado com a RENAME. Assim, tanto o Programa como o SUS objetivam fornecer medicamentos considerados essenciais para o tratamento das principais doenças da população, porém o SUS se mostra incapaz de atender a demanda, ficando por conta do Programa a função de suprir essa lacuna do sistema.

Ademais, o presente estudo considerou os aspectos positivos e negativos do Programa para sua apreciação como uma política de saúde pública. Deste modo, observa-se que ainda há muito para melhorar, destacando-se o aumento do elenco de medicamentos, expansão no país e melhor divulgação. Porém, de um modo geral, o Programa mostrou ampla relevância social, suprimindo os déficits do sistema público no acesso aos medicamentos e viabilizando o tratamento, principalmente para pessoas de baixa renda.

Por fim, ao considerar que os medicamentos são fundamentais para a manutenção e qualidade de vida de pessoas acometidas por alguma doença, conclui-se que o Programa é de grande importância no rol de intervenções em saúde, podendo contribuir para melhoria de alguns aspectos relacionados à assistência farmacêutica no Brasil.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, F. Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2007.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C. PONTES, A. L. M. (orgs.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Ed.:Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007. p. 37. Disponível em: <[http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp\\_3.pdf](http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_3.pdf)> Acesso em Mar. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf%20](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf%20)> Acesso em Jun. 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF.

BRASIL. Lei Federal 8.080, de 19 de dezembro de 1990. Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.25) Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Lei n. 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz – a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Decreto n. 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei 10.858, de 20 de maio de 2004, institui o Programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.587, de 6 de dezembro de 2004. Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004d.

BRASIL. Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.146, de 1 de junho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 971/GM/MS, de 17 de maio de 2012, para ampliar a cobertura da gratuidade no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2012d.

DINIZ, B. P. C.; SERVO, L. M. S.; PIOLA, S. F.; EIRADO M. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: SILVEIRA, F. G.; SERVO, L. M. S.; MENEZES, T.; PIOLA, S. F. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília: Ipea, 2007. v.2. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/10\\_Cap04.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/10_Cap04.pdf)> Acesso em Set. 2013.

DUARTE, J.; BARROS, A. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. Editora Atlas 2ª edição, 2006.

ENSP. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. Assistência farmacêutica em foco no estado do Rio de Janeiro: normas e documentos para ação. Introdução. Fiocruz. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/introducao>>. Acesso em Jun. 2013.

GIOVANELLA, L. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro, 2010.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da População por Sexo e Idade para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2013.

INOCENCIO, M.; DE VIVO, B. Acesso a medicamentos: análise das estratégias do Estado para o desenvolvimento do Programa Farmácia Popular. Cadernos Gestão Pública e Cidadania FGV, São Paulo, v.16, n.59, jun./dez. 2011.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. Rio de Janeiro, 2013.

LUCCHESI, Patrícia. Introdução: Políticas Públicas em Saúde. BVS Saúde Pública Brasil. Publicado em 30 de julho de 2004. Disponível em:

<<http://www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/11/lucchese-2004.pdf>>. Acesso em Ago. 2013

MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. Melhoria da Eqüidade no Acesso aos Medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da 'competição extra-preço'. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2001.

MARIN, N. *et. al.* Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Farmácia Popular do Brasil. Manual Básico. 56p.: Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/05\\_MANUAL\\_BASICO\\_farmacia\\_popular.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/05_MANUAL_BASICO_farmacia_popular.pdf)> Acesso em Ago. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015. 114 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Saúde Não Tem Preço. Disponível em: < <http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em 3 Jun. 2013.

OLIVEIRA, G de. Avaliação de desempenho com foco em competências – perspectivas comportamental dos recuperadores de ativos bancários. Biguaçu, 2008.

OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS – 4. Selección de Medicamentos Esenciales. Ginebra: OMS, 2002.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Série técnica medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde, 3. Brasília, 2005.

PEREIRA, M. A. Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal. Rio de Janeiro, 2013.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>> Acesso em Ago. 2013.

SANTOS-PINTO, C. D. B., COSTA, N. R., OSORIO-DE-CASTRO, CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. Ciência & Saúde Coletiva, 16(6):2963-2973, 2011.

SILVA FILHO, H. M. da. Direito à Saúde: a inconstitucionalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil. João Pessoa, 2010.