

**Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Saúde Coletiva**

JULIANNA ALVES PÔRTO

**Perfil dos usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil
a partir de seis drogarias no Distrito Federal**

**Brasília
2013**

JULIANNA ALVES PÔRTO

**Perfil dos usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil
a partir de seis drogarias no Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva, sob orientação do Prof. Everton Nunes da Silva.

**Brasília
2013**

JULIANNA ALVES PÔRTO

Perfil do usuário do Programa Farmácia Popular do Brasil a partir de seis drogarias no Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília - UnB, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Professor orientador Everton Nunes da Silva
Universidade de Brasília - UnB

Professora Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira
Universidade de Brasília - UnB

Professora Silvia Badim
Universidade de Brasília – UnB

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à minha família por todo o apoio durante todas as etapas de minha vida. Sem o conselho deles guiando meus caminhos tudo teria sido mais difícil. Agradeço minha Mãe, Maria Aparecida, por ter me acompanhado todo esse tempo com muito carinho. Meu querido pai, Antônio de Pádua, por sempre me ajudar com muita sabedoria e meu irmão, Luiz Filipe, por ser mais que um irmão, ser meu grande amigo e estar ao meu lado em todos os momentos.

Tenho muito a agradecer, também, aos meus professores de graduação que ajudaram em todo o meu amadurecimento acadêmico e pessoal. Principalmente meu orientador, Everton Nunes da Silva, que soube me escutar, me aconselhar e me dar força e apoio quando tive receios e angústias.

Aos meus grandes amigos que me ajudaram a concluir esta etapa difícil de minha vida e que apenas eles sabem o quanto foi complicado para mim. Espero que todo o tempo que estive ausente seja recompensado com a memória de um trabalho cumprido.

RESUMO

A saúde é considerada um direito de todos e um dever do Estado. Nessa perspectiva, a assistência farmacêutica integra a assistência primária à saúde e consiste em uma das fontes de assegurar a saúde de forma integral. Várias políticas foram, e continuam sendo, adotadas objetivando aumentar a qualidade dos serviços de saúde e ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais. Uma iniciativa pública foi o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), constituído na lógica do co-pagamento. O trabalho objetiva construir uma análise da funcionalidade desse programa na perspectiva dos seus usuários e do embasamento literário. A metodologia consiste de um confronto das normas que regulam este tema com a realidade apresentada em seis farmácias privadas de três Regiões Administrativas do Distrito Federal e a captação de dados contidos nos registros dos usuários arquivados nas drogarias. O estudo visou à obtenção de dados econômicos e sociais capazes de caracterizar o perfil dos usuários do programa. Identificou-se nos resultados da pesquisa que a maioria dos clientes do PFPB são do sexo feminino e possuem faixa etária média de 60 anos de idade. O programa atendeu pessoas provenientes tanto de unidades de saúde públicas, quanto de unidades particulares. Verificou-se que o PFPB pode atuar como um indicador de baixa eficiência da provisão pública de medicamentos à população. O acesso ao serviço se deu em regiões de diversos níveis econômicos e provou a ampla cobertura do programa nas regiões estudadas.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Programa Farmácia Popular, Atenção Primária.

ABSTRACT

Health is considered a right for all and a duty of the State. In such perspective pharmaceutical assistance is part of the primary assistance provided to health and consists of one of the ways for guaranteeing health thoroughly. Several policies were, and still are, adopted aiming at increasing the quality of health services and increasing the population's access to essential medication. *Farmácia Popular* Program has been a public initiative carried out by Brazil and is founded on the co-pay principle. This paper aims at constructing an analysis on how such program works based on the perspective of its users and corresponding literature. The methodology consists of a face-off between the rules which regulate such theme and the existing reality of six drugstores from three Administrative Regions of the Federal District and the collection of data from the records of the given users archived in the drugstores. At last the program's user profile is analyzed in order to see if his or her data matches what was previously established by the rules. This research aimed at obtaining economic and social data for the purpose of drawing a profile of the program's users. The outcome of this research shows that most of the program's customers are female and are in their 60s. The program was used by people from both public and private health centers. It was also noticeable that *Fármacia Popular* Program might show the low efficiency of public medication supplies to the population. The access to the service took place in regions where multiple economic levels exist and proved the broad coverage of the program in the regions studied.

Key words: Pharmaceutical Assistance, *Farmácia Popular* Program, Primary Care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEME - Central de Medicamentos
CEP - Comitê de ética em pesquisa
CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPF - Cadastro de Pessoa Física
CRF - Conselho Regional de Farmácia
CRT - Certidão de Regularidade Técnica
DF - Distrito Federal
DIEESE - Departamento intersindical de estatística e Estudos Socioeconômicos
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PFPB - Programa Farmácia Popular do Brasil
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAS - Programa Nacional de Assistência
PNM - Política Nacional de Medicamentos
POF - Programa de Orçamento Familiar
RA - Região Administrativa
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Usuários das drogarias 1, 2, 3, 4, 5 e 6 segundo sexo, Distrito Federal, 2013...	25
GRÁFICO 2. Média de idade dos usuários do PFPB por drogaria pesquisada. DF, 2013.....	27
GRÁFICO 3. Usuários das drogarias 1,2,3,4,5 e 6 segundo a unidade de saúde da sua receita médica, Distrito Federal, 2013.....	31
GRÁFICO 4. Medicamentos adquiridos na drogaria 1, pelo programa "Aqui tem farmácia popular". Asa Norte, DF, 2013.....	35
GRÁFICO 5. Medicamentos adquiridos na drogaria 2, pelo programa "Aqui tem farmácia popular". Asa Sul, DF, 2013.....	36
GRÁFICO 6. Medicamentos adquiridos na drogaria 3, pelo programa "Aqui tem farmácia popular". Taguatinga, DF, 2013.....	36
GRÁFICO 7. Medicamentos adquiridos na drogaria 4, pelo programa "Aqui tem farmácia popular". Taguatinga, DF, 2013.....	37
GRÁFICO 8. Medicamentos adquiridos na drogaria 5, pelo programa "Aqui tem farmácia popular". Guará I, DF, 2013.....	37
GRÁFICO 9. Medicamentos adquiridos na drogaria 6, pelo programa "Aqui tem farmácia popular". Guará II, DF, 2013.....	38

LISTA DE MAPAS

MAPA 1. Distribuição de Hospitais, Centros de Saúde do SUS e Farmácias do Programa “Aqui tem Farmácia Popular”. Brasília, Taguatinga e Guará, DF, 2013.....	33
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Número de clientes por drogaria selecionada na pesquisa. DF, 2013.....	24
TABELA 2. Distribuição da População segundo atributos pessoais. Brasília, Taguatinga, Guará, Distrito Federal, 2011.....	27
TABELA 3. Índice de Vulnerabilidade Social. Brasília, Taguatinga e Guará. DF, 2010.....	28
TABELA 4. Renda domiciliar <i>per capita</i> e renda total do DF segundo as Regiões Administrativas, Distrito Federal, 2011.....	29
TABELA 5. Montante das vendas efetuadas nas drogarias 1,2,3,4,5 e 6 e percentual de reembolso do MS.....	39
TABELA 6. Valor estimado, por drogaria, do co-pagamento do usuário, valor do reembolso e do percentual médio do reembolso do Ministério da saúde às drogarias. DF, 2013.....	39

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. Justificativa.....	15
1.2. Objetivos.....	15
CAPÍTULO 2. METODOLOGIA.....	16
2.1. Aspectos éticos da pesquisa.....	18
CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO.....	19
3.1. Antecedentes ao SUS.....	19
3.2. Política Nacional de Medicamentos.....	20
3.3. Programa Farmácia Popular do Brasil.....	21
CAPÍTULO 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	24
4.1. População das regiões administrativas.....	24
4.2. Perfil de gênero.....	25
4.3. Perfil de idade.....	26
4.4. Perfil socioeconômico.....	28
4.5. Instituição de saúde das prescrições médicas.....	30
4.6. Farmácias do Programa Farmácia Popular do Brasil nas regiões administrativas.....	32
4.7. Medicamentos adquiridos pelos usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil.....	35
4.8. Co-pagamento do Programa Farmácia Popular do Brasil.....	38
CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
Anexos.....	44
Anexo I - Requerimento de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..	44
Anexo II - Termo de Concordância	45
Anexo III - Formulário de identificação do perfil do usuário.....	46
Anexo IV – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FS-UNB..	47

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde é um direito assegurado na Constituição Federal de 1988. Em razão disso, tem-se o direito do cidadão ao acesso de medicamentos considerados essenciais ao provimento de sua saúde. A prerrogativa de gratuidade do fornecimento de medicamentos também é fortalecida pela regulamentação da Lei 8.080 de 1990 na perspectiva de equidade, universalidade e integralidade na saúde (VIANNA, et al. 1998).

A Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece a organização básica das ações e serviços nessa área. Em seu artigo sexto, é assegurado o provimento da assistência terapêutica integral em que se inclui a assistência farmacêutica (BRASIL, 1990).

A partir da década de 70, houve várias transformações no setor farmacêutico brasileiro visando aumentar o acesso da população à assistência farmacêutica. Várias políticas e medidas vem sendo adotadas. Destaca-se a criação da Central de Medicamentos (CEME), a instituição da saúde como um direito de todos e um dever do Estado pela Constituição de 1988, a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Lei dos genéricos, a configuração da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e muitas outras que contemplam grande importância para a viabilização do acesso aos medicamentos (OPAS, 2005).

O Ministério da Saúde tem a responsabilidade de gerir as políticas farmacêuticas no âmbito Federal. Na esfera estadual e municipal, a responsabilidade é de suas respectivas secretarias. A Anvisa tem a competência sobre o controle e a fiscalização de serviços e produtos que envolvam a saúde pública, como é o caso dos medicamentos. (BRASIL, 1998)

O Programa Farmácia Popular do Brasil, criado em maio de 2004, objetivou ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais e atingir a parcela que não possui rendimento suficiente para completar seu tratamento medicamentoso (COSTA, et al. 2010). Esse programa surge em uma lógica de co-pagamento, o que gera um intenso debate em torno do possível conflito com o paradigma normativo de gratuidade do fornecimento dos medicamentos (VIANNA, et al. 1998).

O co-pagamento pode ser denominado de taxa moderadora ou contrapartida do usuário. Funciona como um mecanismo de recuperação de custos em que o usuário contribui com parte dos custos dos medicamentos que demandar. A cobrança da taxa tem por finalidade

conter os gastos em saúde e inibe o uso supérfluo dos suprimentos. A discussão que se constrói tange os conceitos de justiça e equidade do sistema (VIANNA, et al. 1998).

Nos países em desenvolvimento, vigora uma dificuldade de acesso da população aos medicamentos essenciais. Esse baixo índice de acesso é relacionado com a escassez de recursos, com a falta de recursos humanos capacitados e a dificuldade de gerir os recursos materiais das instituições de saúde (FERREIRA, 2006). Destarte a situação mundial, que envolve diversos atores públicos e privados, o problema no acesso é considerado crítico. A OMS estima que cerca de dois bilhões de pessoas não possuem acesso regular a medicamentos (OPAS, 2005).

A assistência farmacêutica, enquanto estratégia da atenção básica, contribui para efetivar as ações do SUS e leva ao aumento da qualidade de vida da população. Garantir o acesso da população aos medicamentos estabelecidos como essenciais tornou-se, portanto, uma via de garantir o direito dos indivíduos à saúde (PORTELA et al., 2010).

Destaca-se, porém, que é na assistência farmacêutica que o SUS encontra seus maiores problemas. Nessa fase em que se tem o elo final da atenção à saúde dos usuários é o ambiente onde se evidenciam as desigualdades sociais e econômicas presentes no país (ARAÚJO, et al. 2013).

A questão do financiamento em saúde tem despertado interesses e preocupações crescentes nos mais diversos setores da sociedade brasileira. Essa questão provavelmente decorrente de sua participação cada vez maior na economia de forma geral e também do impacto nas contas públicas e orçamentos familiares. Nos últimos anos, a saúde tem-se mantido como o problema mais importante enfrentado no cotidiano pela população (CONASS, 2011).

Nessa perspectiva, e devido a sua importância, a saúde se torna um tema multidisciplinar, inter-profissional e inter-setorial em que se ultrapassa a visão apenas dos profissionais de saúde e amplia sua dimensão para economistas, advogados e administradores (CONASS, 2011).

O Brasil é um país que apresenta uma forte disparidade na concentração de renda. São poucas as pessoas que podem dispor de recursos financeiros para pagar os serviços de saúde de que necessitam. Estima-se que 90% da população seja usuária do SUS, porém 61,5% desses indivíduos usam o SUS e outros serviços privados e 8,7% não usam o SUS (CONASS, 2011).

Diante da extrema desigualdade na concentração de renda, estima-se que o consumo *per capita* de medicamentos varia de US\$ 400,00/ano em países desenvolvidos a US\$ 4,00/ano em países em desenvolvimento. As diferentes experiências internacionais tem mostrado que um problema com esse grau de complexidade exige a definição de políticas públicas. Porém, não é suficiente apenas a definição formal da política. É necessário monitoramento e avaliação dos resultados gerados (OPAS, 2005).

Por meio da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), é possível averiguar a composição do gasto doméstico das famílias. Nota-se que à medida que a renda familiar aumenta, o impacto do percentual em consumo diminui. O gasto doméstico com a saúde está posicionado em quarto lugar no *ranking* de maior consumo das famílias. Exceto pelas famílias localizadas no 1º decil de renda, (os 10% mais pobres da população). Para estes, o gasto em saúde está em quinto lugar do seu consumo geral (CONASS, 2011).

Dentro do segmento de gasto em saúde, os medicamentos ocupam a primeira posição de consumo populacional, seguidos dos gastos com planos de saúde e tratamento odontológico. Isso evidencia que a oferta pública de serviços da assistência farmacêutica continua sendo um elo frágil do SUS desde a época da medicina previdenciária (CONASS, 2011). Em média, o decil mais pobre (1ºdecil) compromete 80% de seu gasto com saúde com a atenção farmacêutica. Já o decil mais rico (10ºdecil) despense em torno de 26,7% de seu gasto com saúde e a maior parte do gasto deste segmento é relativa à medicina suplementar (CONASS, 2011).

Nesse contexto, o trabalho busca caracterizar o perfil dos usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil, por meio do confronto da legislação e das normas que regulam este tema com a realidade que se apresenta nas drogarias privadas de três Regiões Administrativas do Distrito Federal. Ademais, será estimado o percentual de co-pagamento dos usuários nas referidas drogarias.

1.1. Justificativa

Diante da Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado de garanti-lo mediante políticas públicas. Sendo assim, permear o acesso aos medicamentos essenciais é um direito à saúde que o cidadão possui e que assegura a eficiência do serviço de assistência farmacêutica (PORTELA, et al. 2010).

A farmácia constitui o elo final no processo de atendimento ao usuário e, portanto, é nesta a que se atribuem as principais dificuldades do sistema de saúde (ARAÚJO, et al. 2013). Nessa perspectiva, o Programa Farmácia Popular do Brasil objetiva ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais com a propositura de contribuir na garantia do povo à assistência terapêutica integral (COSTA, et al. 2010).

1.2. Objetivos

Objetivo geral: Caracterizar o perfil dos usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil a partir do confronto da legislação correlata com a realidade apresentada em farmácias privadas do Distrito Federal.

Objetivo específico:

- Descrever e analisar os aspectos normativos e legais da assistência farmacêutica relacionada à Farmácia Popular no Brasil.
- Identificar o perfil do usuário que utiliza a Farmácia Popular em termos de variáveis socioeconômicas (renda média, faixa etária) e de que forma se estabelece o acesso a esse serviço.
- Identificar os principais medicamentos adquiridos por meio da Farmácia Popular.
- Estimar o co-pagamento médio efetuado pelos usuários do Programa Farmácia Popular nas drogarias selecionadas.

CAPÍTULO 2. METODOLOGIA

A primeira etapa do trabalho foi a revisão da literatura sobre o Programa da Farmácia Popular. Para tal, foram utilizados os descritores apropriados e as bases eletrônicas de dados disponíveis. A partir dessa revisão da literatura, foram estruturadas questões norteadoras para identificar o perfil dos usuários da Farmácia Popular nas regiões administrativas do Brasília (RA I), Taguatinga (RA III) e Guará (RA X) no Distrito Federal.

Atualmente, a RA I compreende a cidade de Brasília, o Setor Militar Urbano e a Vila Planalto. A RA Brasília é composta por Asa Norte, Asa Sul, Estação Rodoviária, Setor de Garagens Oficiais, Parque Sara Kubitscheck (Parque da cidade), Setor de indústrias Gráficas, Área de Camping, Eixo Monumental, Esplanada dos Ministérios, Setor de Embaixadas Sul e Norte, Setor Militar Urbano, Vila Planalto, Setor de Clubes, Áreas isoladas do Torto e entre outras (CODEPLAN, 2007).

A RA III, Taguatinga, é resultado de um desmembramento territorial. Por volta de 1989, Ceilândia e Samambaia foram desmembradas de Taguatinga. Em 2003 e 2009, Águas Claras e Vicente Pires também foram desagregados da região administrativa. O motivo da nova construção territorial foi o crescimento populacional (CODEPLAN, 2007).

A RA X é composta do Guará I e II, Quadras Econômicas Lúcio Costa – QELC, Setor de Indústria e Abastecimento – SAI, Setor de Transporte Rodoviário de Cargas – STRC, Setor de Oficinas Sul – SOFS, Setor de Clubes e Estádios Esportivo Sul – SCEES, Setor de Inflamáveis – SIN, Guarazinho, Vila ZHIS – Zona Habitacional de Interesse Social, Jôquei Clube de Brasília e Parque do Guará (CODEPLAN, 2007).

A técnica utilizada foi a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. Segundo MARCONI e LAKATOS (2003), a pesquisa documental consiste na coleta de dados restrita a documentos, escritos ou não, estabelecendo o que se denomina fonte primária. Gil (1999) destaca que a principal diferença entre a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental é a natureza das suas fontes. A primeira se utiliza de autores que detém conhecimento acerca de determinado tema. A segunda estuda materiais que ainda não receberam um tratamento analítico.

Para o levantamento de dados, utilizou-se a coleta documental em arquivos particulares de instituições privadas por meio dos registros dos usuários da Farmácia Popular armazenados em drogarias privadas que assinaram o termo de concordância (anexo II). Outra fonte de coleta foi o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Companhia de

Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) e o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE).

Nos registros dos usuários das Farmácias Populares selecionadas, foram apuradas as informações sobre: faixa etária; gênero; se a receita é proveniente de unidade pública ou privada; e quais medicamentos são adquiridos habitualmente. Na fonte estatística do IBGE, foram extraídos dados de escolaridade, renda média da população, índice de Gini e Índice de Vulnerabilidade pelos setores censitários das regiões administrativas.

Nesse caso, o conceito de Vulnerabilidade Social adotado é o conceito encontrado no Programa Nacional de Assistência de 2004, que considera em seus cálculos, a renda *per capita*, o tamanho, a chefia e a composição da família. O índice é baseado na média do DF que é de 51%, as áreas que obtiverem índice menor que este se encontravam em situação de vulnerabilidade.

Na coleta de dados, foram utilizadas informações relativas aos usuários que compraram nos meses de abril de 2013 a setembro de 2013, totalizando seis meses. Buscou-se identificar o usuário habitual da farmácia. Para tanto, só foram incluídos os clientes que compravam mensalmente dentro desse período de seis meses.

A coleta dos dados realizou-se no próprio ambiente das farmácias selecionadas ou em suas proximidades onde o responsável da drogaria pudesse conferir o andamento da coleta. O registro das informações foi realizado no formulário constante no anexo III deste estudo e foi preenchido apenas pela estudante responsável pelo trabalho com auxílio do responsável pela drogaria. O estudo foi realizado nas regiões administrativas do Distrito Federal sendo: duas drogarias de Brasília (drogarias 1 e 2), duas em Taguatinga (drogarias 3 e 4) e duas no Guará (drogarias 5 e 6). Todas assinaram o Termo de Concordância constante no Anexo II.

Após a coleta e registro dos dados, foram obtidos resultados que exigiram interpretação e análise. O objetivo é evidenciar as relações existentes entre o fenômeno estudado e os fatores sociais, políticos e econômicos envolvidos. Finaliza-se por verificar se os usuários do PFPB estão contemplando o público alvo previamente definido na regulamentação desse programa e obter dados sociais e econômicos que evidenciem o perfil desses usuários.

Para representar os resultados e análises obtidas serão construídos gráficos e tabelas cuidadosamente desenhados para dar ao público conhecimento atual e real sobre o tema estudado de maneira clara e objetiva.

2.1. Aspectos éticos da pesquisa

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por se tratar de coleta de dados primários junto ao cadastro dos usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil. Os aspectos legais e éticos desta pesquisa obedeceram a Resolução nº 466 de dezembro de 2012 da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisas). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP-FS) da Universidade de Brasília. Número do parecer 448.993, CAAE 22640213.1.0000.0030.

CAPÍTULO 3 - MARCO TEÓRICO

3.1 - Antecedentes ao SUS.

Durante o Regime Militar, movimentos sociais defendiam a democratização da saúde e idealizavam uma Reforma Sanitária ao mesmo passo que se construía a Saúde Coletiva como um novo campo científico e de prática. O primeiro Congresso de Saúde Coletiva aconteceu em 1986 no Rio de Janeiro e demonstrou a organicidade entre a Saúde Coletiva e a Reforma Sanitária (PAIM, 2008).

Ainda no período de regime autoritário, criou-se em 1976 o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), localizado na Universidade de Brasília (UnB). O Centro se orienta na procura pela teoria e análise da realidade visando pactuar entre as forças sociais para gerar práticas políticas capazes de edificar a democratização da saúde (FLEURY, 1997). Dez anos após a criação do CEBES, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde e o 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ambos centrados no tema da Reforma Sanitária e com o propósito de viabilizar o direito universal à saúde (PAIM, 2008).

Durante o Regime da Ditadura (1964 – 1985), surge da Central de Medicamentos (CEME), por meio do Decreto 68.806 de junho de 1971, como órgão da Presidência da República. Inicialmente, existiam duas propostas de diferentes vertentes. O segmento militar nacionalista desejava o controle do Estado sobre o setor privado. O segmento militar não-nacionalista acolhia os interesses do setor empresarial objetivando ampliar o mercado governamental afim de que a CEME se tornasse compradora de medicamentos do setor privado. Nesses conflitos de interesses públicos e privados, foi o segundo segmento que a CEME atendeu, haja vista sua opção pelo processo de compras centralizadas (FERREIRA, 2006).

A CEME estabeleceu metas em seu projeto de organização de atingir 75% dos indivíduos de reduzido poder aquisitivo. Entendendo, assim, que a assistência farmacêutica compreendia uma medida prioritária de caráter nacional. O Projeto também estabeleceu um sistema que se divide em cinco subsistemas que abarcam: informações sobre medicamentos, produção, distribuição, pesquisa e avaliação e controle de qualidade. (COSENDEY, 2000)

Na lógica constitutiva da CEME, um dos principais marcos foi a criação em 1973 do Plano Diretor de Medicamentos. Este possuía o intuito de articular as ações do governo com a

coordenação e o controle do sistema nacional de produção, distribuição e comercialização de medicamentos (FERREIRA, 2006).

A CEME recebeu muitas críticas de desperdício e ineficiência que culminaram em sua extinção em 1997. Figurou-se a necessidade de discutir a formulação de uma política de medicamentos. Após um processo de análise e identificação dos principais problemas do setor farmacêutico nacional, surge, em 1998, a Portaria nº 3.916 do Ministério da Saúde tratando da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (PORTELA et al, 2010).

3.2 - Política Nacional de Medicamentos

A PNM foi formulada com base nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde, objetivando garantir segurança, eficácia, qualidade dos produtos e acesso da população aos medicamentos considerados essenciais a saúde. Nessa proposição, a política foi considerada o primeiro passo formal do governo com relação à problemática dos medicamentos como um direito normativo à saúde (BRASIL, 1998).

A Portaria 3.916 de 1998 traz as bases, diretrizes, prioridades, responsabilidades das esferas de governo no âmbito do SUS, dinâmica de avaliação e acompanhamento da política e contextos pautados na lógica do segmento farmacêutico. Dentre os tópicos abordados, a PNM traz como diretriz a adoção da lista de medicamentos essenciais, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e como prioridade propõe a sua revisão permanente (BRASIL, 1998).

A RENAME foi instituída por meio da Portaria do MPAS nº 233 em 1975. Entretanto, foi apenas em 1985 que ela foi formalmente aprovada. Sua finalidade é fornecer subsídios para o fornecimento de medicamentos prioritários para as unidades de saúde por meio da elaboração de uma lista de medicamentos essenciais. Desde sua criação, houve várias revisões e atualizações importantes nos anos de 1989, 1993, 2000, 2002, 2006, 2008 e 2010.

Os critérios de seleção dos medicamentos são baseados em recomendações da OMS e são considerados: dados consistentes e adequados de eficácia e segurança de estudos clínicos; evidência de desempenho em diferentes tipos de unidades de saúde; disponibilidade da forma farmacêutica em que a qualidade adequada, incluindo a biodisponibilidade, possa ser assegurada; estabilidade nas condições previstas de estocagem e uso; custo total de tratamento e preferência por monofármacos.

3.3. Programa Farmácia Popular do Brasil.

Existem vários documentos normativos que legislam sobre os temas de assistência farmacêutica e sobre o próprio Programa Farmácia Popular do Brasil. O primeiro documento legal discutido é a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004 que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento. Essa disposição tem a finalidade de assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde a baixo custo (BRASIL, 2004).

Sobre o tema, a Lei nº 10.858/2004 traz: “a Fiocruz poderá disponibilizar medicamentos produzidos por laboratórios oficiais da União ou dos Estados, bem como medicamentos e outros insumos definidos como necessários para atenção à saúde” (BRASIL, 2004).

O Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, cria o Programa Farmácia Popular do Brasil baseado nos preceitos de universalidade no acesso da população aos medicamentos e considerando a necessidade de reduzir o impacto causado no orçamento familiar pelo gasto com medicamentos essenciais à saúde. O Programa consiste na disponibilização de medicamentos por meio de convênios firmados com Estados, Distrito Federal, municípios, rede privada de farmácias, drogarias e hospitais filantrópicos. Os medicamentos a serem disponibilizados serão definidos pelo Ministério da Saúde, segundo as evidências epidemiológicas (BRASIL, 2004).

A Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento em saúde na forma de blocos de financiamento. A portaria estabelece cinco blocos de financiamento e dentre eles a assistência farmacêutica. Este bloco é constituído de três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Os recursos que compõem cada bloco de financiamento são repassados fundo a fundo, em conta única, transferidos para Estados, Municípios e Distrito federal. Os recursos do bloco de assistência farmacêutica devem ser movimentados em contas específicas para cada componente do bloco e serão destinados exclusivamente ao custeio das ações definidas (BRASIL, 2007).

Os medicamentos serão disponibilizados à população pela “Rede Própria” e pelo “Aqui tem farmácia popular. A ‘Rede Própria’ é constituída por farmácias Populares em parceria com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos. A dispensação

dos medicamentos ocorrerá mediante ressarcimento correlato de todas as etapas desde os custos de produção até a dispensação (BRASIL, 2012).

Valendo-se desse entendimento, a Portaria nº. 971/2012, artigo 4º, traz: “na "Rede Própria", 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, Municípios e Instituições, sob a supervisão direta e imediata do MS” (BRASIL, 2012).

O “Aqui tem farmácia Popular” é constituído por meio de convênios com a rede privada de farmácias e drogarias. Sua operacionalização é realizada diretamente com o Ministério da Saúde mediante relação convenial. Nesse caso, o Ministério da Saúde pagará até noventa por cento do valor de referência estabelecido aos medicamentos e o paciente será obrigado a pagar a diferença entre o percentual pago pelo Ministério da Saúde e o Preço de Venda. Os medicamentos definidos para o tratamento de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* serão distribuídos gratuitamente. (BRASIL, 2012)

A Portaria nº. 971 de 2012 estabelece dez critérios para que uma drogaria possa aderir ao programa, sendo eles: requerimento e termo de adesão assinados pelo representante legal da empresa; ficha cadastral preenchida; inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), da Secretaria de Receita Federal do Brasil; registro na junta comercial; autorização de funcionamento emitida pela ANVISA, ativa e válida, nos termos da legislação vigente; situação de regularidade com a Previdência Social; farmacêutico responsável técnico com Certificado de Regularidade Técnica (CRT) válido e emitido pelo Conselho Regional de Farmácia (CRF); dispor de equipamento eletrônico habilitado a emitir cupom fiscal e vinculado para processamento das operações eletrônicas do Programa, conforme detalhamento constante no na Seção VII deste Capítulo; dispor de sistema de gerenciamento eletrônico capaz de realizar requisições eletrônicas, por meio de interface web; e pessoal treinado para atuar no PFPB, de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos (BRASIL, 2012).

A cada dispensação de medicamentos a um usuário é obrigatório a emissão do cupom fiscal e do cupom vinculado. Neste último é obrigatório conter informações como: nome completo do beneficiário, número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), assinatura do beneficiário, endereço, razão social e CNPJ da empresa, nome do responsável legal da empresa, Unidade da Federação, número de inscrição do médico no Conselho Federal de Medicina, valor total da venda, do subsídio do MS, da parcela a ser paga pelo beneficiário,

data da compra, nome do medicamento, quantidade autorizada, identificação do operador da transação entre outros (BRASIL, 2012).

O paciente deve assinar o cupom vinculado e o estabelecimento deve manter por 5 anos as vias assinadas para apresentá-las caso seja solicitado. As drogarias só podem comercializar e dispensar os medicamentos se observarem duas condições: o paciente deve apresentar documento oficial com foto e CPF, também deve apresentar prescrição médica com CRM do médico, assinatura e carimbo do estabelecimento de saúde, nome e endereço residencial. As farmácias deverão providenciar 2 cópias legíveis da prescrição arquivando-as e mantendo no estabelecimento por 5 anos. Os medicamentos do PFPB terão as prescrições médicas com validade de 120 dias a partir de sua emissão e por isso as vendas posteriores a esse período deverão ser efetuadas com a apresentação de nova prescrição médica (BRASIL, 2012).

Analisados todos os critérios e condições propostos pelo programa, o Ministério da Saúde emite autorização por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (BRASIL, 2012).

CAPÍTULO 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em conformidade com os dados coletados nas seis drogarias, identificaram-se variáveis demográficas (sexo, faixa etária) e socioeconômicas (escolaridade, índices de Gini e de vulnerabilidade social, renda *per capita*). Os resultados foram dispostos por Regiões Administrativas, nas quais foram selecionadas duas drogarias, sendo elas: RA I: Brasília (Asas Norte e Sul), RA III: Taguatinga (Centro e Norte) e RA X: Guará (Guará I e II).

Percebeu-se que a maioria dos usuários compra uma vez por mês nas drogarias selecionadas, ocorrendo poucos casos de clientes que compraram uma única vez durante os seis meses e outros que compraram duas vezes no mês. Provavelmente isso ocorre em razão de que as medicações mais procuradas são de uso contínuo do paciente e são remédios próprios para doenças crônicas. Outro fator considerável é que os clientes que compram geralmente possuem residência próxima à farmácia na qual são clientes habituais. Assim, foram contabilizados 290 usuários, distribuídos da seguinte forma:

TABELA 1. Número de usuários por drogaria selecionada na pesquisa. DF, 2013.

Região Administrativa	Território	Número de usuários incluídos
RA I - Brasília	Asa Norte	40 clientes
	Asa Sul	40 clientes
RA III - Taguatinga	Taguatinga Norte	50 clientes
	Taguatinga Centro	50 clientes
RA X - Guará	Guará I	55 clientes
	Guará II	55 clientes
Total:		290 clientes

Fonte: Elaboração própria.

4.1. População das Regiões administrativas

Segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD 2011), estima-se que Brasília possui um total de 209.926 habitantes, sendo 97.289 do sexo masculino e 112.637 do sexo feminino.

Em 2011, a população de Taguatinga foi delineada com 197.783 habitantes pela Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD). Na pesquisa, percebe-se que a maioria

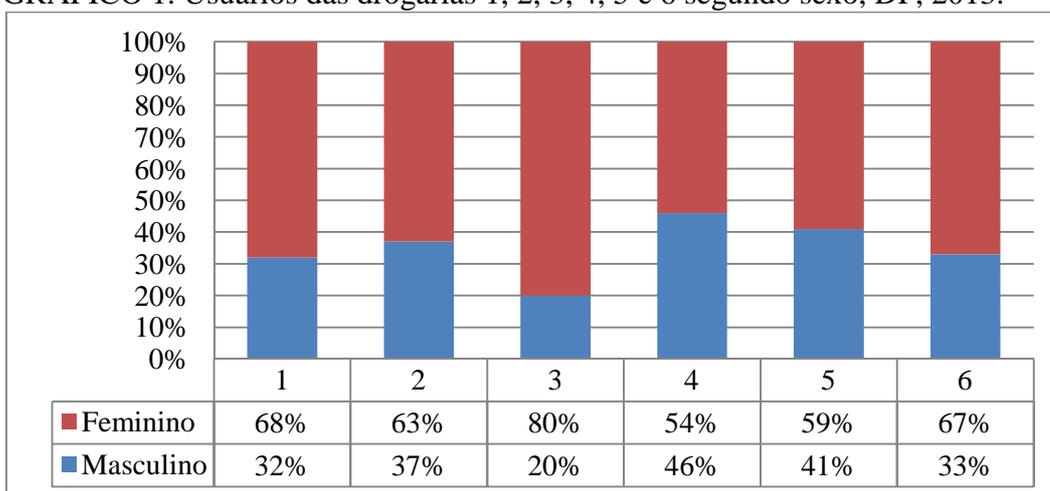
da população é do sexo feminino, 108.166 mulheres, e a parcela masculina é de 89.617 homens.

Segundo a PDAD (2011), a RA X, Guará, possui uma populao total de 107.817. Deste total, 59.176 do sexo feminino e 48.641 do sexo masculino. Segundo o DIEESE (2010) a populao do Guará I é de aproximadamente 24.435 pessoas e do Guará II 39.627 pessoas.

4.2. Perfil de gênero

 perceptível que em todas as regiões que foram objeto de estudo, a maior parcela da populao  do sexo feminino. Durante a coleta de dados nas drogarias esse aspecto também foi evidenciado.

GRÁFICO 1. Usuários das drogarias 1, 2, 3, 4, 5 e 6 segundo sexo, DF, 2013.



Fonte: Elaborao própria.

Na RA I, Brasília, coletaram-se dados da drogaria 1 e 2 localizadas na Asa Norte e Asa Sul, respectivamente. Dos 40 clientes selecionados da drogaria 1, 68% eram do sexo feminino e 32% do sexo masculino. Na Asa Sul, o desenho dos usuários permaneceu com a maioria dos clientes do gênero feminino, com 63%, e o sexo masculino apareceu em 37% da amostra.

Na RA III, representada pelas drogarias 3 e 4, foram selecionados 50 clientes de cada drogaria. Nessa região também se matem claro o perfil da maioria dos usuários do gênero feminino. Na drogaria 3 se obteve o maior percentual de usuários do sexo feminino (80%) e apenas 20% dos indivíduos selecionados era do sexo masculino.

No Guará, a característica do usuário do programa, permanece majoritariamente feminina. Na drogaria 5, localizada no Guará I, 59% dos 55 usuários selecionados eram do

sexo feminino e 41% do gênero masculino. Na drogaria 6 do Guará II, 67% dos usuários eram do sexo feminino enquanto que 33% era do sexo masculino.

Esses dados demonstram que o gênero é um dos fatores que interfere no uso dos serviços de saúde pelo paciente. Straub (2005) sugere que a razão das mulheres buscarem mais os serviços de saúde, do que os homens, está relacionada ao fato de elas terem um maior risco de adoecer. Isto ocorreria porque existe uma maior probabilidade das mulheres de se envolver com profissões relacionadas ao cuidado, como, enfermagem, professoras de crianças, cuidado com idosos e outras. Outros fatores são os aspectos sociais e culturais da saúde. As mulheres estão mais predispostas do que os homens a relatar sintomas e usar serviços de saúde. O sexo masculino, por outro lado, se intitula como o “sexo forte” e a partir dessa ideia não estão propensos a fraquejar mediante a dor.

Vários estudos e pesquisas apontam que os homens vivem menos que as mulheres. Laureti (1994) ao traçar o perfil epidemiológico da população masculina revela que em dados de vários países da América o homem apresenta uma expectativa de vida ao nascer sempre menor do que as mulheres. O trabalho revela que as principais causas de morte são as doenças cardiovasculares, neoplasias malignas e violência, sobressaindo os acidentes.

Figueiredo (2004) apresenta a concepção de que os homens não são incipientes com sua saúde. O autor afirma que a pouca presença do sexo masculino nos serviços de atenção primária se dá porque o homem prefere utilizar serviços de saúde mais objetivos, como farmácias ou prontos-socorros. No entanto não se observou durante a coleta de dados uma presença forte dos homens nas drogarias. Na drogaria 3, por exemplo, 80% dos usuários eram do sexo feminino, enquanto apenas 20% do sexo masculino. No cenário em tela, é possível que a ausência do homem na atenção primária implique também a redução dos homens na Farmácia Popular, haja vista que o PFPB vincula o atendimento do usuário à prescrição médica.

4.3. Perfil de Idade

Nota-se que em todas as regiões administrativas a maior parte da população se encontra na faixa etária de 15 a 29 anos. A segunda maior faixa etária é a de 30 a 44 anos. A faixa etária de menor número é a de 0 a 14 anos. Esse dado revela a situação de transição demográfica em que a população de crianças e jovens vai diminuindo ao longo do tempo e o número de adultos e idosos aumenta devido, também, a melhoria da expectativa de vida.

TABELA 2. Distribuição da População segundo atributos pessoais. Brasília, Taguatinga, Guará, Distrito Federal, 2011.

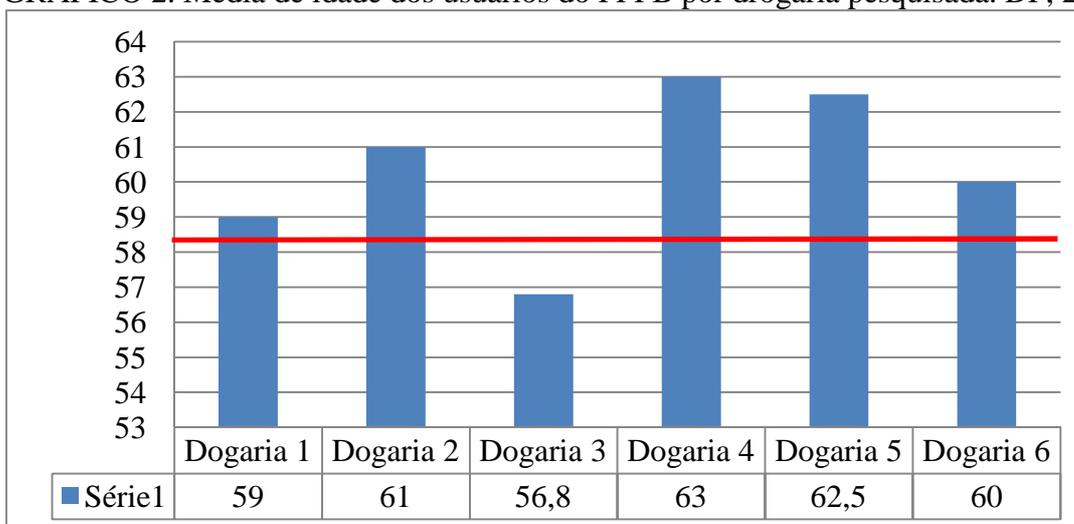
Sexo (números absolutos)	Brasília	Taguatinga	Guará
Masculino	97.289	89.617	48.641
Feminino	112.637	108.166	59.176
Idade			
0 a 14 anos	26.861	32.462	16.929
15 a 29 anos	48.645	49.425	26.845
30 a 44 anos	47.405	43.568	24.484
45 a 59 anos	41.091	36.083	20.488
60 anos e ou mais	45.926	36.246	19.071
Estimativa (número de pessoas)	209.926	197.783	107.817
Índice de Vulnerabilidade Social	43,3	42,5	44,2

Fonte: Pesquisa Distrital por amostra de domicílios – PDAD/DF – 2011.

De acordo com o gráfico 2, é possível identificar que a média de idade encontrada na pesquisa realizada com os clientes das 6 drogarias revela que o perfil de idade do usuário do programa é em média de 60 anos. Isso acontece porque o PFPB atende majoritariamente a terapêutica relacionada às doenças crônicas.

As necessidades de saúde diminuem durante o final da infância, adolescência e idade adulta jovem. O uso de serviços de saúde tende a aumentar novamente na meia-idade e terceira idade, como resultado da prevalência crescente das doenças crônicas relacionadas com a faixa etária (STRAUB, 2005).

GRÁFICO 2. Média de idade dos usuários do PFPB por drogaria pesquisada. DF, 2013.



Fonte: Elaboração própria. Dados da pesquisa.

4.4. Perfil Socioeconômico

O nível socioeconômico também é um fator que interfere no comportamento das pessoas com relação à sua saúde. Para Straub (2005), as pessoas de rendas mais elevadas relatam melhores condições de saúde do que as pessoas com baixo poder aquisitivo. Entretanto, quando as pessoas de alto *status* econômico ficam, de fato, doentes, tem mais probabilidade de procurar um serviço de saúde.

A partir do Índice de Vulnerabilidade Social, é possível identificar os territórios onde se concentram população mais vulnerável. Os territórios que apresentam índice superior à média do Distrito Federal (51%) são considerados vulneráveis.

TABELA 3. Índice de Vulnerabilidade Social. Brasília, Taguatinga e Guará. DF, 2010.

Região Administrativa	Território	Índice de Vulnerabilidade Social
RAI - Brasília	Brasília	---
RA III - Taguatinga	Areal	54,7
	Colônia Agrícola	35,9
	QNA a QNJ	46,3
	QNL	42,5
	QNM	44,1
	QSA a QSF	27,4
	Total	42,5
RA X - Guará	Guará I	44,2
	Guará II	45,7
	Total:	44,2

Fonte: DIEESE. Pesquisa socioeconômica em Territórios de Vulnerabilidade Social no Distrito Federal. 2010.

De acordo com as bases do DIEESE (2010), das cidades satélites do DF, as que apresentaram maior índice de vulnerabilidade foram: Ceilândia, Chácara (74%); Fazendinha, Itapoã (72%); e Ceilândia QNM (66%). Os territórios com os melhores índices foram: Santa Maria, Santos Dumont (23%); Brazlândia, Setor Sul (24%); e Taguatinga, QSA a QSF (27%). Nessa relação não se consideraram algumas Regiões Administrativas. Estas foram excluídas do universo, porque se tratavam de regiões com valores elevados de renda familiar. A exclusão se refere ao Grupo I (tabela 3): Plano Piloto, Lago Sul e Lago Norte, Cruzeiro, Sudoeste e Octogonal, Park Way, Jardim Botânico e Águas Claras. Sendo assim, as bases estatísticas do DIEESE não apresentam um índice de vulnerabilidade para a região de Brasília como um todo, porque o Plano Piloto é considerado região de alta renda familiar.

Taguatinga possui apenas uma área com índice superior a 51%. No caso, o Areal, que possui 54,7% representando um território vulnerável. Ademais, as quadras QSA a QSF possuem um dos menores índices de vulnerabilidade (27,4%), haja vista a exclusão das

regiões do grupo I (tabela 3). Com relação à RA X, o índice de vulnerabilidade social é de 44,2 para o guará I e 45,7 para o guará II. (Programa Nacional de Assistência 2004, DIEESE, 2011). O índice de Gini é de 0,413 (PDAD, 2011).

TABELA 4. Renda domiciliar *per capita* e renda total do DF segundo as Regiões Administrativas, Distrito Federal, 2011.

Grupo	Região administrativa	Renda domiciliar mensal	
		Domiciliar	Per capita
Distrito Federal		4.640,86	1.318,85
Grupo I Alta Renda (acima de R\$ 2.501,00)	Lago Sul	18.950,96	5.756,38
	Lago Norte	14.084,57	4.865,00
	Sudoeste/Octogonal	11.963,81	4.727,42
	Park Way	12.809,28	3.656,21
	Brasília	10.484,55	3.648,89
	Jardim Botânico	11.817,42	3.449,62
	<hr/>		
Grupo II Média - Alta Renda (entre R\$ 1.001,00 e R\$ 2.500,00)	Águas Claras	7.980	2.375,70
	Cruzeiro	6.580	2.021,16
	Guará	6.016,32	1.850,35
	Vicente Pires	6.327,82	1.707,94
	Sobradinho	4.872,95	1.455,34
	Núcleo Bandeirante	4.544,85	1.388,09
	Sobradinho II	4.858,82	1.330,25
	Taguatinga	4.427,16	1.310,86
	Candangolândia	4.066,56	1.064,08
	Gama	3.604,08	1.015,77
<hr/>			
Grupo III Média - Baixa Renda (entre R\$ 501,00 e R\$ 1.000,00)	Riacho Fundo	3.271,14	850,72
	SAI	2.736,80	827,94
	Santa Maria	2.483,73	658,97
	Ceilândia	2.351,83	642,69
	Brazlândia	2.443,12	642,21
	Planaltina	2.308,51	634,35
	Samambaia	2.158,99	577,67
	Riacho Fundo II	2.156,37	563,31
	São Sebastião	1.877,41	501,47
<hr/>			
Grupo IV Baixa Renda (até R\$ 500,00)	Recanto das Emas	1.914,18	491,12
	Paranoá	1.957,86	487,55
	Varjão	1.575,83	424,65
	Itapoã	1.358,96	343,80
	SCIA - Estrutural	1.263,01	306,42

Fonte: Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD/DF – 2011.

A Tabela 3 traz a média de renda das regiões administrativas do DF. Nela é possível evidenciar que Brasília se enquadra no Grupo I considerado de alta renda. Sendo assim, a

renda *per capita* da cidade é de R\$ 3.648,89. A renda *per capita* é um indicador adequado, porém como se trata de uma média ele pode esconder possíveis desigualdades da região.

A medida de desigualdade mais conhecida atualmente é o Índice de Gini. Este indicador assume valores de 0 a 1 e quanto mais próximo de 0, mais igual é a distribuição de renda e quanto mais próximo de 1, mais desigual. No Caso, o índice de Gini em Brasília assume o valor de 0,378, um valor relativamente bom em comparativo com as demais regiões.

O índice de Gini em Taguatinga é de 0,453 e o do Guará é de 0,413. Comparando-se as regiões, Brasília apresenta uma menor desigualdade social e, nesse caso, Taguatinga expõe a região de maior desigualdade social.

Com relação à média de renda, Taguatinga se encontra no Grupo II considerado de média alta renda. A renda *per capita* da cidade é de R\$ 1.310,86. O Guará se encontra no Grupo II e também é considerado um território de média-alta renda. A cidade possui uma renda *per capita* de R\$ 1.850,35. Estabelecendo-se um comparativo, a renda *per capita* da RA X é um pouco maior que a de Taguatinga e menor que a de Brasília. Nesse contexto, é possível identificar que o PFPB atende usuários em regiões de diversos níveis econômicos.

4.5. Instituição de saúde das prescrições médicas.

Em 2004, na criação do Programa Farmácia Popular, o principal objetivo era atingir a população com orçamento familiar entre 4 e 10 salários mínimos, que utiliza o sistema de saúde privado. Já que seria a parcela da população que tem condições de desembolsar uma parte de seu salário para pagar seu tratamento farmacêutico. No Entanto, o Programa não criou barreiras para o acesso à população.

Para obter a medicação pelo PFPB o usuário precisa apresentar sua prescrição médica. A partir dos registros da receita é possível identificar qual a unidade de saúde que prestou o atendimento ao paciente. Sendo assim, mensurou-se a quantidade de receitas que vieram de instituições públicas e de instituições particulares de saúde.

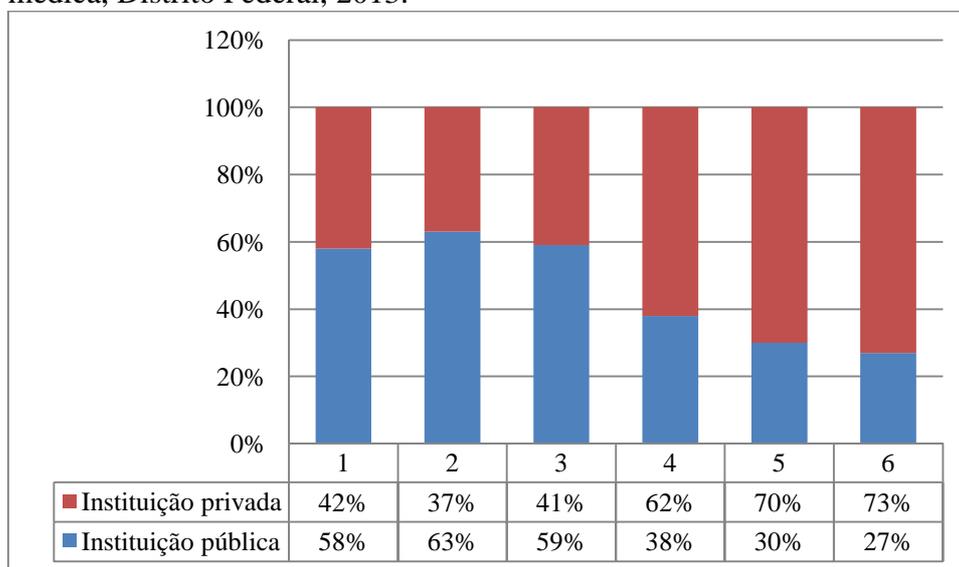
Na drogaria 1, de Brasília, averiguou-se que a maioria das receitas era de unidades de saúde públicas, com 58%, enquanto 42% das receitas foram de instituições particulares de saúde. Na drogaria 2, 63% das receitas eram de unidade de saúde pública, enquanto 37% das receitas foram de instituições privadas de saúde. Sendo assim, verificou-se que, nas duas drogarias pesquisadas em Brasília, a maioria das receitas foi proveniente de instituições públicas de saúde.

Na Drogaria 3 de Taguatinga, 59% das receitas era de unidade de saúde pública enquanto 41% das receitas foram de instituições particulares de saúde. Visualizando o mapa 3 a drogaria pesquisada se encontra próxima ao Centro de Saúde. O que indica a possibilidade dessa Farmácia Popular estar sendo frequentada como complemento à Farmácia Básica do Centro de Saúde local.

Identificou-se que na drogaria 4, 62% das receitas eram de unidade de saúde particular, enquanto 38% das receitas foram de instituições públicas de saúde. Ao visualizar-se o mapa 1 verifica-se que a drogaria pesquisada encontra-se afastada do Centro de Saúde e do Hospital Regional. Isso seria uma possível explicação para a diferença encontrada nas duas drogarias de Taguatinga.

Na RA X, a maioria das receitas foi de unidades de saúde particulares. Na drogaria 5, localizada no Guará I, 70% das receitas foram de instituições privadas e apenas 30% das receitas foram de instituições públicas. Na drogaria 6, situada no Guará II, percebe-se um percentual um pouco maior, 73% das receitas provenientes de unidades de saúde particulares e 27% de unidades de saúde públicas. Verifica-se pelo Mapa 1 que as duas drogarias não se encontram muito próximas ao Centro de Saúde da Região ou Hospital Regional.

GRÁFICO 3. Usuários das drogarias 1,2,3,4,5 e 6 segundo a unidade de saúde da sua receita médica, Distrito Federal, 2013.



Fonte: Elaboração própria.

Durante a pesquisa, foi possível perceber que nem todos os medicamentos indicados pelo médico eram adquiridos na Farmácia Popular. Este fato pode indicar que o usuário

adquire uma parte dos medicamentos na farmácia do Centro de Saúde ou Hospital Regional e a parte restante ele obtém na Farmácia privada pelo Programa Farmácia Popular.

O PFPB vem absorvendo uma grande parcela de usuários provenientes do SUS. O atual cenário demonstra que a rede pública não vem sendo capaz de atender a demanda por medicamentos de forma suficiente. A baixa disponibilidade dos medicamentos essenciais nas unidades públicas penaliza, principalmente, os indivíduos em situações mais vulneráveis, que geralmente dependem da obtenção gratuita dos medicamentos, como meio de tratamento de sua saúde (PINTO, 2008).

4.6. Farmácias do Programa Farmácia Popular do Brasil nas regiões administrativas

O *site* do Ministério da Saúde disponibiliza uma lista de drogarias cadastradas no Programa “Aqui tem farmácia Popular”. Na lista, consultada em novembro de 2013, constaram aproximadamente 29 drogarias registradas e situadas na Asa Norte. Em setembro do mesmo ano, a contagem era de 25 drogarias cadastradas e autorizadas a vender pelo Programa. Também é possível obter o número de farmácias populares na sala de situação em saúde em que se encontram o telefone, o endereço e o mapa com a localização das drogarias.

Para a Asa Sul, no mês de novembro de 2013, contabilizam-se, na lista, 44 drogarias em funcionamento com o programa, e no mês de setembro o número foi em torno de 50 drogarias autorizadas à dispensação dos medicamentos pelo Programa Farmácia Popular.

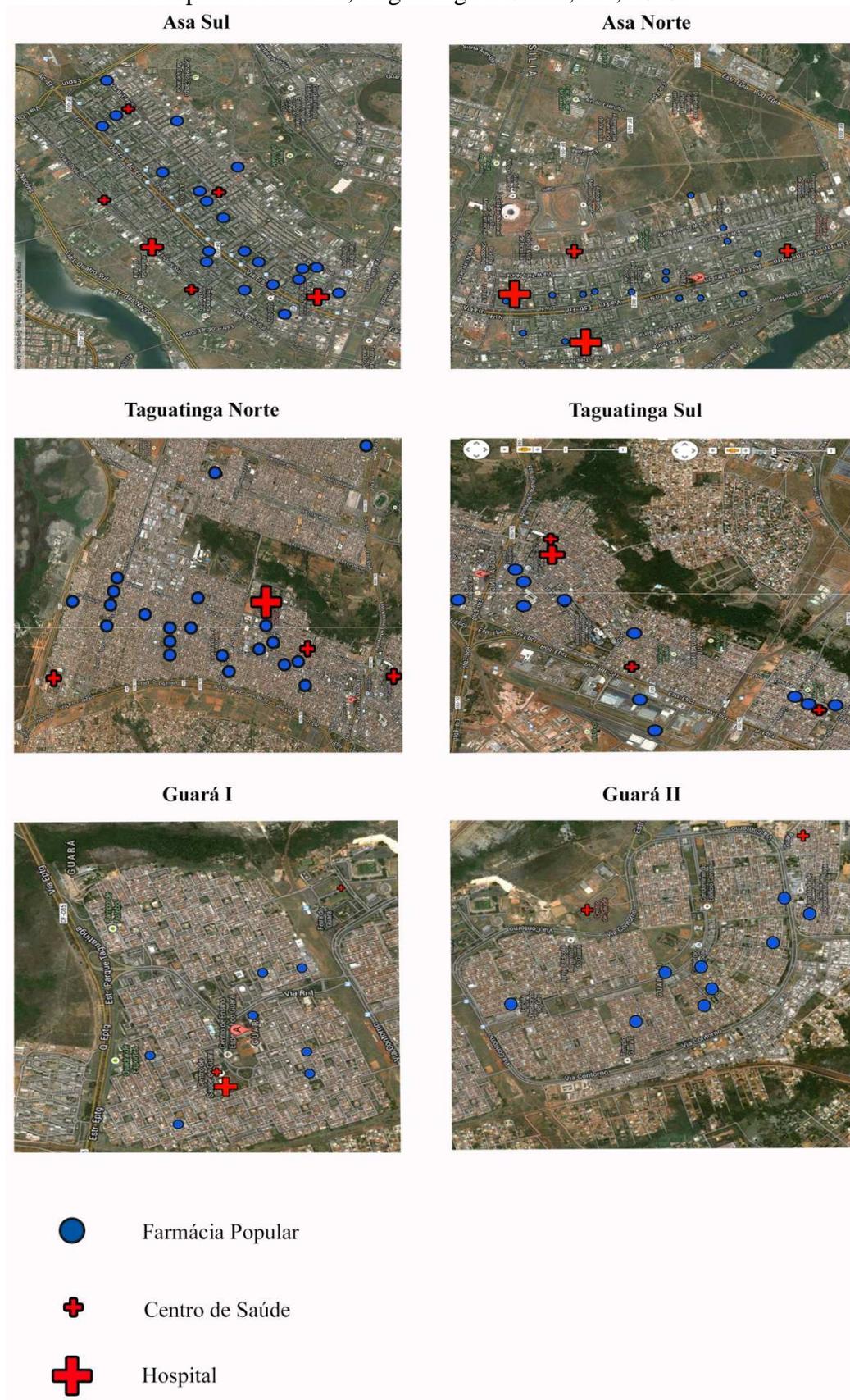
Na RA III, Taguatinga, existe uma cobertura relativamente boa do Programa Farmácia Popular, haja vista que na marcação extraída da sala de situação algumas farmácias não aparecem no mapa e aparecem apenas na lista do Ministério da Saúde. Na lista consta que Taguatinga possui aproximadamente 59 drogarias inscritas no Programa.

Percebe-se que em Taguatinga Norte a cobertura do Programa Farmácia Popular não é tão ampla. Uma área considerável se encontra descoberta, enquanto que em uma pequena região se concentra uma grande quantidade de drogarias inscritas no Programa.

Identifica-se na lista que na RA X, Guará, estão inscritas no Programa do Ministério da Saúde “Aqui tem Farmácia Popular”, 7 drogarias no Guará I, e 9 no Guará II. As unidades são distribuídas por toda a região garantindo uma boa cobertura à população local.

Visualizando a sala de situação e tendo em vista o endereço dos hospitais e centros de saúde, é possível construir um mapa para demonstrar a distribuição geográfica aproximada das farmácias populares, Hospitais Regionais e Centros de Saúde do SUS.

MAPA 1. Distribuição de Hospitais, Centros de Saúde do SUS e Farmácias do Programa “Aqui tem Farmácia Popular”. Brasília, Taguatinga e Guar4, DF, 2013.



Fonte: Elaboração Própria.

No mapa 1, é possível perceber que em todas as regiões existe uma boa cobertura do Programa “Aqui tem Farmácia Popular”. Nesse contexto, cumpre-se o objetivo do governo de facilitar o acesso da população aos medicamentos. Haja vista que o usuário do serviço de saúde do SUS pode obter seu tratamento medicamentoso próximo ao Centro de Saúde que o atende, próximo à sua residência ou até mesmo nas proximidades de seu local de trabalho.

A consulta nas duas bases de dados mencionadas revela algumas divergências de informações, com relação à quantidade de drogarias e também com endereços e telefones diferentes. Essa dificuldade de atualização do sistema se deve basicamente à inscrição de novas drogarias no programa e a suspensão de drogarias já inscritas.

Na Portaria nº 971 de maio de 2012 em seu artigo 10, encontram-se os critérios necessários para autorizar a inscrição das drogarias no Programa. Qualquer farmácia que não obedeça a um dos critérios pode ter seu cadastro suspenso imediatamente, haja vista que o sistema de vendas dos medicamentos pela farmácia privada é integrado ao sistema do Ministério da Saúde. Dessa forma, fica fácil para o Ministério suspender, a qualquer momento, o funcionamento do sistema da farmácia popular, da drogaria, e monitorar o funcionamento do programa nas farmácias cadastradas.

Outra forma de monitorar as drogarias cadastradas no programa são as auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas da União. Nessas auditorias, é possível avaliar se todos os critérios e condições estabelecidas na Portaria 971 estão sendo seguidas corretamente.

No registro dos usuários das farmácias pesquisadas, e a partir do respectivo endereço de cada indivíduo, identificou-se que 90% dos usuários da drogaria 1, 87,5% dos usuários da drogaria 2, 68% dos usuários da drogaria 3, 72% dos usuários da drogaria 4, 92,8% dos usuários da drogaria 5 e 90,91% dos usuários da drogaria 6 possuem residência próxima da drogaria em que utiliza o serviço do Programa “Aqui tem farmácia popular”.

Nessa perspectiva, percebe-se que boa parte dos usuários do programa busca uma farmácia popular próxima de sua residência. Nas drogarias 5 e 6 do Guará foram onde se obteve o maior percentual de indivíduos que residem próximo à drogaria que utilizam. As drogarias 3 e 4 de Taguatinga foram os locais em que houve o menor percentual de indivíduos que residem perto da farmácia em que utilizam o serviço da farmácia popular.

Isso demonstra que os indivíduos procuram as farmácias que se encontram próximas de sua residência, mas também mostra que dependendo da região em que se encontra a farmácia pode haver variações. Drogarias que se encontram em regiões de grande circulação de pessoas, como aglomerados comerciais, tende a possuir um maior percentual de indivíduos

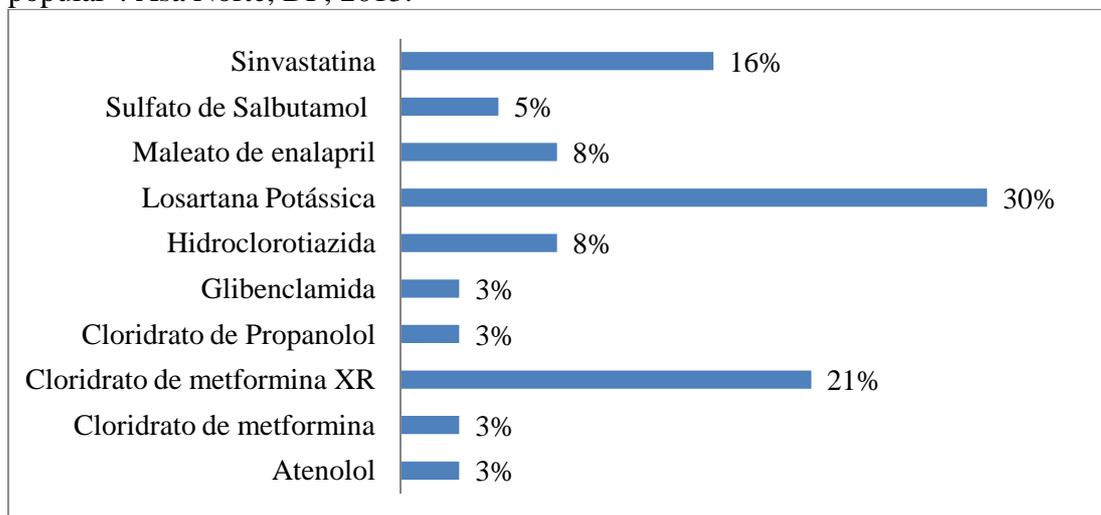
que utilizam os serviços de farmácias populares perto do local de trabalho ou próximas do local por onde transitam diariamente, como, por exemplo, farmácias que se localizam no caminho da casa do indivíduo para o seu trabalho.

4.7. Caracterização dos principais medicamentos vendidos pelo PFPB

Os registros das drogarias permitem identificar os medicamentos que os usuários do PFPB adquiriram. No relatório de vendas também constam o valor do produto, o valor do reembolso que o Ministério da Saúde repassa à drogaria e o valor total que a farmácia recebe.

Nessa perspectiva, verificou-se que a maioria dos medicamentos comprados na Drogaria 1 foi a Losartana Potássica 50mg (30% das vendas), seguida do Cloridrato de Metformina 500mg XR (21% das vendas). Losartana Pótassica 50mg é um remédio próprio para o tratamento da hipertensão arterial, enquanto o Cloridrato de Metformina 500mg XR é um remédio indicado para o tratamento da Diabetes *Mellitus*.

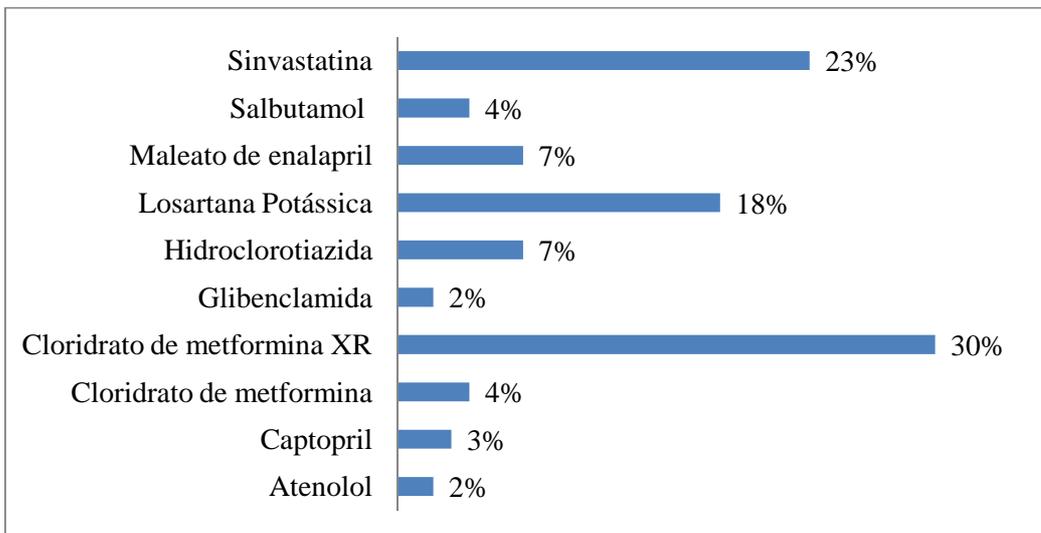
GRÁFICO 4. Medicamentos adquiridos na drogaria 1, pelo programa "Aqui tem farmácia popular". Asa Norte, DF, 2013.



Fonte: Elaboração própria.

Considerando a relação das vendas da drogaria 2, verifica-se que a maioria dos medicamentos comprados foi o Cloridrato de Metformina 500mg XR (30% das vendas) e logo em seguida a Sinvastatina (23% das vendas). A Losartana Pótassica 50mg também teve uma distribuição considerável com 18% das vendas. Traçando um perfil pela condição de saúde, o medicamento mais demandado é para o controle da diabetes, seguido do controle dos níveis de lipídios ou lipoproteínas no sangue e da hipertensão arterial, respectivamente.

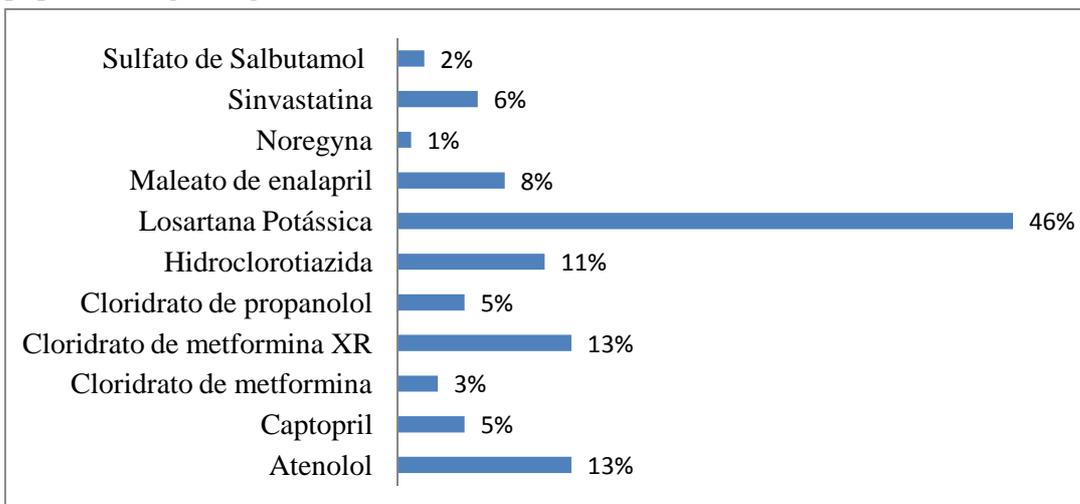
GRÁFICO 5. Medicamentos adquiridos na drogaria 2, pelo programa "Aqui tem farmácia popular". Asa Sul, DF, 2013.



Fonte: Elaboração Própria.

Haja vista a dispensação dos medicamentos, a drogaria 3 teve a Losartana Potássica 50mg presente em 46% de suas vendas pelo Programa Farmácia Popular. O segundo medicamento com o maior número de vendas pelo programa foi o Atenolol 25mg com 13%. O Atenolol 25mg é um remédio utilizado no tratamento da hipertensão arterial. Nessa drogaria apareceu o medicamento Noregyna, em 1% das vendas, que é um contraceptivo feminino cujo princípio ativo é o enantato de noretisterona 50mg + valerato de estradiol 5mg.

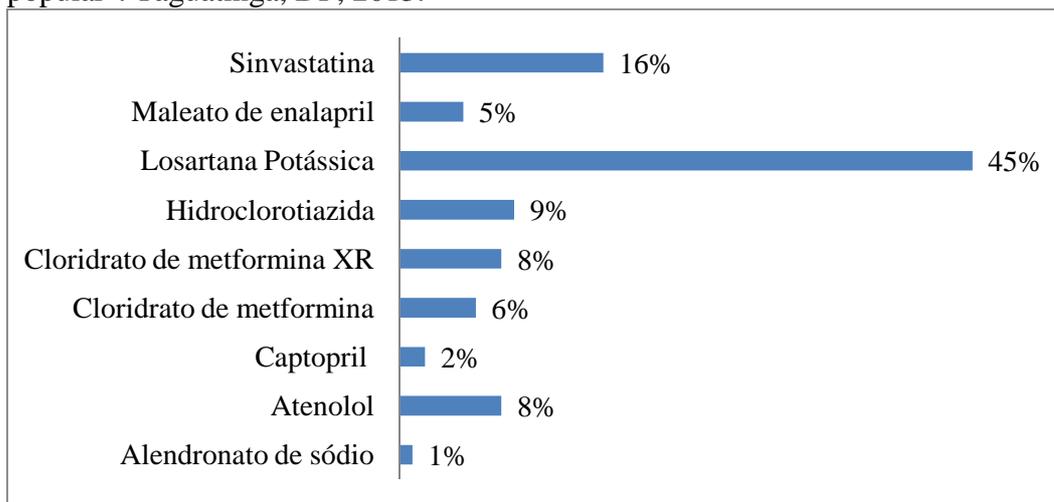
GRÁFICO 6. Medicamentos adquiridos na drogaria 3, pelo programa "Aqui tem farmácia popular". Taguatinga, DF, 2013.



Fonte: Elaboração própria.

Na drogaria 4, a maioria das vendas de medicamentos do programa foi de Losartana Potássica 50mg (45%) e o segundo remédio mais vendido foi a Sinvastatina (16%). Essa foi uma das poucas drogarias em que apareceu o medicamento Alendronato de sódio (1%), indicado para o tratamento da osteoporose.

GRÁFICO 7. Medicamentos adquiridos na drogaria 4, pelo programa "Aqui tem farmácia popular". Taguatinga, DF, 2013.



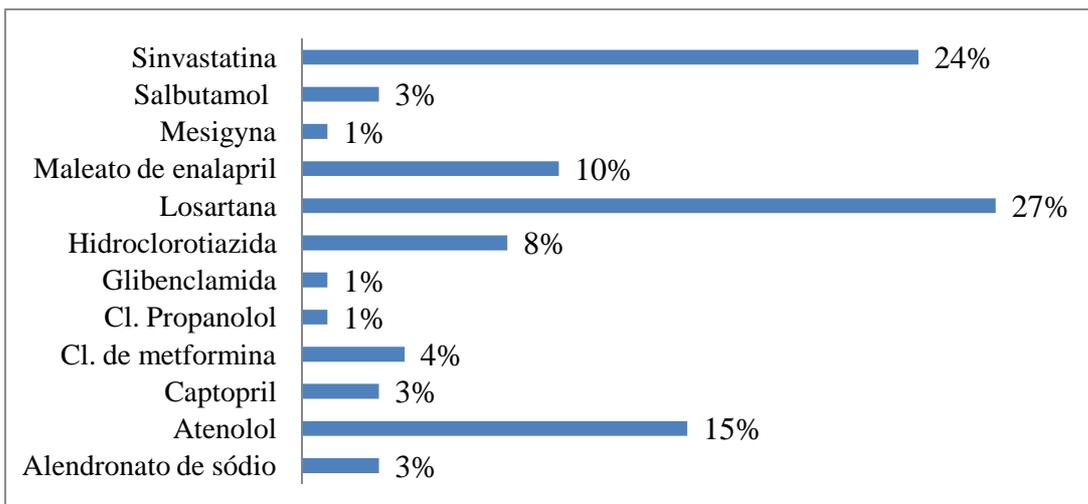
Fonte: Elaboração própria.

A drogaria 5 teve a Losartana Potássica 50mg na maior parte de suas vendas, com 27%, e em seguida a Sinvastatina apareceu em 24% das compras efetuadas pelos usuários do PFPB. Esta drogaria também obteve 1% de vendas de anticoncepcionais, o medicamento Mesigyna cujo princípio ativo é o enantato de noretisterona 50mg + valerato de estradiol 5mg.

No conjunto do estudo das farmácias evidencia-se que os anticoncepcionais apareceram apenas em duas farmácias e com um baixo percentual (1%). Isso pode indicar que as Farmácias Básicas das unidades de saúde pública estão provendo esse medicamento de forma eficiente para a população.

No contexto geral o medicamento mais demandado é destinado ao tratamento da hipertensão arterial, seguido da diabetes *mellitus* e da dislipidemia (controle dos níveis de lipídios e, ou lipoproteínas no sangue).

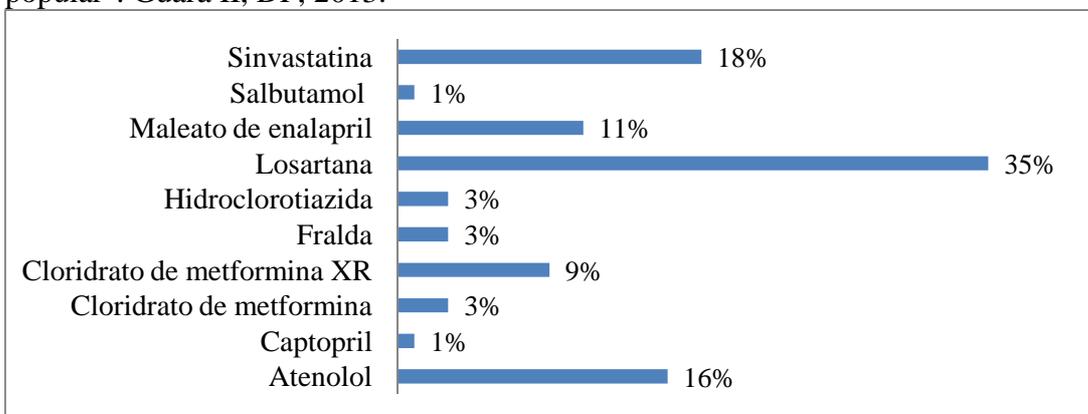
GRÁFICO 8. Medicamentos adquiridos na drogaria 5, pelo programa "Aqui tem farmácia popular". Guará I, DF, 2013.



Fonte: Elaboração própria.

Na drogaria 6 o medicamento mais vendido foi a Losartana Potássica 50mg (35% das vendas) e o segundo medicamento mais comprado foi a Sinvastatina. Essa foi a única drogaria em que apareceu a fralda (3%), indicada para incontinência urinária.

GRÁFICO 9. Medicamentos adquiridos na drogaria 6, pelo programa "Aqui tem farmácia popular". Guará II, DF, 2013.



Fonte: Elaboração própria.

4.8. O co-pagamento do PFPB

Diante da Portaria 971/12, existe no PFPB, uma série de medicamentos que são fornecidos de forma gratuita pelo programa. São os medicamentos para hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e asma. Aos demais medicamentos, listados na portaria, o Ministério da Saúde indica o valor máximo que vai desembolsar, para as drogarias, por cada comprimido da medicação.

Na tabela 5, é possível perceber o montante das vendas efetuadas pelas seis drogarias no período de seis meses referente ao PFPB. Identifica-se que as farmácias do Guará foram as que tiveram um maior número de vendas pelo programa. A partir de um comparativo com as receitas nota-se que nas farmácias em que o percentual de receitas particulares foi maior, também foi maior o valor do desembolso pelo beneficiário. Nas drogarias em que a maior parte das receitas foi de unidades de saúde públicas foi onde se obteve o menor percentual de co-pagamento, pelos beneficiários, e maior reembolso do MS.

TABELA 5. Montante das vendas efetuadas nas drogarias 1,2,3,4,5 e 6 e percentual de reembolso do MS.

Estabelecimento	Renda líquida	Reembolso do MS	Valor do beneficiário	Reembolso MS (em%)
Drogaria 1	8.644,74	6.951,8	1.692,94	80%
Drogaria 2	8.039,21	7.045,32	993,89	88%
Drogaria 3	5.262,26	4.952,61	309,65	94%
Drogaria 4	9.934,84	7.863,03	2.071,81	79%
Drogaria 5	28.788,94	23.294,28	5.615,86	81%
Drogaria 6	15.382,63	11.047,46	4.335,17	72%
Média do reembolso do MS (em%)				82%

Fonte: Elaboração própria.

No apanhado de dados de todas as drogarias, tem-se que a grande maioria dos medicamentos comprados no PFPB não necessita de desembolso do paciente. Tendo em vista que 82% do valor dos medicamentos foram custeados pelo MS, apenas uma média de 18% é o que o usuário gasta para obter seu remédio. Na Tabela 6, são listados todos os medicamentos que foram encontrados na coleta de dados e que necessitam do pagamento do usuário. Dentre os medicamentos que o usuário precisa pagar para obtê-lo pelo PFPB, a Sinvastatina foi o remédio mais vendido.

TABELA 6. Valor estimado, por drogaria, do co-pagamento do usuário, valor do reembolso e do percentual médio do reembolso do Ministério da saúde às drogarias. DF, 2013.

	Drogaria 1	Drogaria 2	Drogaria 3	Drogaria 4	Drogaria 5	Drogaria 6	Reembolso do MS	Média do reembolso do MS (em%)
Alendronato de sódio 70mg*	x	x	x	2,99	25,07	x	13,46	49%
Sinvastatina 10mg**	0,78	x	x	x	x	5,98	7,02	54%
Sinvastatina 20mg**	1,53	2,1	9,74	2,13	3	3	13,77	79%
Sinvastatina 40mg**	2,97	2,97	43,87	12,67	13,92	11,13	26,73	65%

Enantato de noretisterona + valerato de estradiol**	x	x	13,6	x	13,6	x	10,18	43%
Fralda M (9 tiras)	x	x	x	x	x	43	23	34%
Fralda G (8 tiras)	x	x	x	x	x	45,5	20,45	31%

Fonte: Elaboração própria.

*Valor da caixa com 4 comprimidos

**Valor da caixa com 30 comprimidos

Dentre esses medicamentos listados na tabela 6, o usuário pode obter o desconto máximo de 90%, que é o que está descrito na Portaria 971/12 como o valor máximo que o MS se dispõe a desembolsar por esses medicamentos. No caso, se o usuário obtivesse 90% de desconto ele desembolsaria apenas 10% do valor do medicamento. Porém o que se nota é que o usuário pode gastar na compra de seus medicamentos até 69% do valor do produto. Quando se considera apenas os medicamentos que utilizam co-pagamento do usuário esse percentual é alto. No entanto, a maioria dos usuários adquire medicamentos que são gratuitos ou medicamentos que o repasse do Ministério da Saúde é elevado. Acarretando no resultado da tabela 5, que mostra que no montante de vendas total de seis meses, nas seis drogarias, o Ministério da saúde custeou em média 82% do valor dos medicamentos do PFPB.

Gilson Carvalho (2010) argumenta que o pagamento de taxas, mesmo que irrisórias, é uma atitude reprovável. Pautando-se do preceito que a Constituição Federal de 1988 garante a toda população o direito à saúde. Seria então, vedado ao governo dispor de recurso público para subvenções a instituições privadas com fins lucrativos.

Silva Filho (2010) discute a inconstitucionalidade do Programa Farmácia Popular. O autor assinala que o programa restringe o acesso universal e integral aos medicamentos, beneficiando a classe média e ferindo os princípios do SUS.

No entanto, o presente trabalho indica que uma grande parte da população usuária da rede pública está garantindo o seu direito aos medicamentos mediante o uso do PFPB e talvez sem este não pudesse sequer tratar de sua saúde da forma adequada.

CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Farmácia Popular permite ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais para a saúde. O Programa é acessado principalmente por pessoas do sexo feminino em uma faixa etária média de 60 anos. O programa está inserido em regiões de diversos níveis econômicos demonstrando a grande demanda que existe por medicamentos essenciais de baixo custo para a população. Os medicamentos mais demandados no PFPB são para o tratamento de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.

O Programa também contempla os usuários da rede pública de saúde e da rede privada. Questiona-se o motivo do Programa ser acessado por pessoas provenientes de unidades de saúde pública e se nota que existe uma deficiência na provisão pública de medicamentos à população, o que implica que os usuários recorram às unidades do PFPB.

Outros fatores também podem motivar o usuário a procurar o PFPB, como a proximidade das farmácias com a residência ou trabalho do usuário, o menor tempo de espera pelo atendimento e a pronta disponibilidade de medicamentos que o usuário encontra na farmácia popular e pode não encontrar na unidade de saúde pública.

Quando se tem um programa do governo que atende uma população que utiliza a rede particular entende-se que possa haver um benefício às populações de classe média. Porém uma família brasileira possui muitos gastos, com educação, alimentação, moradia e gastos que por vezes comprometem grande parte do salário dessa família. Nesse caso, o PFPB também pode garantir uma melhor qualidade de vida a essas pessoas reduzindo os gastos em saúde.

O Ministério da Saúde se compromete com a maior parte do gasto dos medicamentos, sendo cerca de 82% nas farmácias pesquisadas. Sendo assim o co-pagamento dos usuários é bem pequeno. Tendo-se em vista que a maioria dos usuários adquire seus medicamentos em farmácias próximas de suas residências, local de trabalho ou trajeto que percorre diariamente o valor despendido no co-pagamento do usuário pode ser compensado no valor que esse usuário deixa de gastar com transporte até uma instituição de saúde pública.

O PFPB pode ser visto como um indicador de má qualidade da provisão de medicamentos nas unidades de saúde públicas. Sendo assim, o que se faz necessário é o comprometimento da gestão dos serviços públicos em garantir a melhoria da prestação desse serviço para que ele nem sequer fosse necessário. Porém para isso seria preciso uma melhoria do sistema de saúde pública como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Aílson da Luz André de et al . Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O financiamento da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. p. 124.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set. 1990. p. 18055.

BRASIL. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2004; 21 maio.

BRASIL. Lei nº 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** 2004; 13 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico (Série A. Normas e Manuais técnicos). Brasília, DF; 2005.

BRASIL. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União** 1998; 30 out.

BRASIL. Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União** 2007; 31 jan.

BRASIL. Portaria nº. 971, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, 2011; 3 fev.

CARVALHO, Gilson. Farmácia Popular: o Governo vendendo remédios quando deveria distribuir pelo SUS. **Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDSA**. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza_conteudo1.php?id=1715> Acesso em 22mar.2010.

COSENDEY MAE. **Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil** [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

COSTA, Hayndra de Sousa et al. Programa Farmácia Popular do Brasil: evolução do programa na cidade de São Luís – MA. **Rev. Pesquisa Saúde**, v.11, n.3. 2010.

DIEESE. **Pesquisa socioeconômica em territórios de vulnerabilidade social do Distrito Federal**. Relatório analítico final da pesquisa socioeconômica em territórios de vulnerabilidade social do Distrito Federal. Brasília, DF. 2011. p. 471.

FERREIRA, Rogério Luiz. **Análise de implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Out. 2013.

FLEURY, Sonia (org). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo, Lemos Editorial, 324 p. ilus. 1997.

GDF. SEPLAN. CODEPLAN. **Coletânea de informações socioeconômicas**. Brasília, DF. 2007. p. 31.

GDF. SEPLAN. CODEPLAN. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Distrito Federal, 2011**. Brasília, DF. 2012. p. 148.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAURENTI R *et al.* 1998. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas. Uma contribuição para o enfoque de gênero**. Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; Ministério da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília, DF; 2005. (Série técnica medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde)

PAIM, Jairnilsom Silva. 20 Anos de Construção do Sistema Único de Saúde. **Rev. Tempus Acta de Saúde Coletiva**, Brasília, v.2, n.1, Dez. 2008.

PINTO, Cláudia Du Bocage Santos et al. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, Aug. 2010.

PORTELA, A. S. et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Rev. Ciênc. Farm. Básica apl.** 31(1), 2010.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage; COSTA, Nilson do Rosário; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, Junho 2011.

STRAUB, R. Atendimento de saúde e comportamento do paciente, in: STRAUB, R. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Armed, 2005, p. 425-436.

VIANNA, S.M., Piola SF, Reis COO. Gratuidade no SUS: controvérsias em torno do copagamento. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1998. (Série texto para discussão, nº 587).

REQUERIMENTO

**REQUER LIBERAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO – TCLE**

Eu Julianna Alves Pôrto pesquisadora residente na QE 30 Bloco A loja 03 apt 201, Guará II - DF. Telefone: (61) 92936804. E Everton Nunes da Silva orientador responsável pelo Projeto titulado: Perfil do usuário do Programa Farmácia Popular do Brasil: uma perspectiva da funcionalidade do programa.

Vem requerer a esse Comitê de tica em Pesquisa, a liberao da exigência do **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**, tendo em vista que o projeto de pesquisa mencionado, a ser desenvolvido no Distrito Federal nas Regiões: Ceilândia, Guará e Brasília. No período do mês de Setembro e outubro, necessita apenas: Captar dados dos usuários sobre gênero, faixa etária, endereço, unidade de saúde que eles utilizam e os medicamentos que são adquiridos pelo Programa Farmácia Popular. Para isso serão utilizados os dados contidos no cadastro armazenado no arquivo das drogarias privadas que assinaram o termo de concordância em fornecer o acesso a essas informaes. Portanto a pesquisa não gera contato direto com o usuário e nem vincula o nome do cliente com as informaes obtidas, garantindo sigilo de quaisquer dados individuais.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Brasília _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador responsável

Anexo - II

TERMO DE CONCORDÂNCIA

O Senhor(a) _____ cargo
_____ da drogaria _____

localizada _____ está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa: **Perfil do usuário do Programa Farmácia Popular do Brasil: uma perspectiva de análise da funcionalidade do programa**, de responsabilidade da estudante Julianna Alves Pôrto e do orientador Everton Nunes da Silva. O objetivo é captar dados sobre os usuários do PFPB para uma análise do perfil do cliente que utiliza este serviço e averiguar se o resultado obtido corresponde aos princípios que norteiam o PFPB. O estudo será realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF.

O estudo envolve **a utilização de informações contidas no cadastro dos usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil que estão armazenadas no arquivo da drogaria** para captação de dados sociais e demográficos. A pesquisa tem duração de **um mês**, com previsão de início para **Setembro e finalização em Outubro**.

Brasília, _____ / _____ / _____

Responsável da Drogaria: _____

Assinatura/carimbo

Professor orientador da Pesquisa: _____

Assinatura

Pesquisador Responsável pela pesquisa: _____

Assinatura

Anexo - III

Formulário para coleta de dados

Título da Pesquisa: Uma perspectiva de análise da funcionalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil baseada no perfil de seus usuários.

Data: ____/____/2013

1) Endereço: _____

2) Região administrativa da Drogaria _____

3) Sexo: () Feminino () Masculino

4) Faixa etária:

() menor de 18 anos. () de 18 a 30 anos.

() de 30 a 60 anos. () maior de 60 anos.

5) Medicamentos adquiridos habitualmente, pelo Programa:

6) A receita do usuário é:

() do setor privado de saúde. () do setor público de saúde.

Anexo IV - Parecer Consubstanciado do CEP



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uma perspectiva de análise da funcionalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil baseada no perfil de seus usuários.

Pesquisador: Everton Nunes da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22640213.1.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 448.983

Data da Relatoria: 12/11/2013

Apresentação do Projeto:

A atenção à saúde é um direito humano assegurado na Constituição Federal de 1988. Em razão disso, tem-se o direito do cidadão ao acesso de medicamentos considerados essenciais ao provimento de sua saúde. A prerrogativa de gratuidade do fornecimento de medicamentos também é fortalecida pela regulamentação da Lei 8.080 de 1990 na perspectiva de equidade, universalidade e integralidade na saúde (VIANNA, et al. 1996). A Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece a organização básica das ações e serviços de saúde. Em seu artigo sexto é assegurado o provimento da assistência terapêutica integral em que se inclui a assistência farmacêutica (BRASIL, 1990)

A partir da década de setenta, houve várias transformações no setor farmacêutico brasileiro visando aumentar o acesso da população à assistência farmacêutica. Várias políticas e medidas vêm sendo adotadas. Destaca-se a criação da Central de Medicamentos (CEME), a Instituição da saúde como um direito de todos e um dever do Estado pela Constituição de 1988, a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), a criação da Anvisa, a Lei dos genéricos, a configuração da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e muitas outras que contemplam grande importância para a viabilização do acesso aos medicamentos (OPAS, 2005). O Ministério da Saúde tem a responsabilidade de gerir as políticas farmacêuticas no âmbito Federal. Na esfera estadual e

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cep@unb.br



municipal, a responsabilidade é de suas respectivas secretarias. A Anvisa tem a competência sobre o controle e a fiscalização de serviços e produtos que envolvam a saúde pública, como é o caso dos medicamentos. (BRASIL, 1998) O Programa Farmácia Popular do Brasil, criado em maio de 2004, objetivou ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais e atingir a parcela que não possui rendimento suficiente para completar seu tratamento medicamentoso (COSTA, et al. 2010). Esse programa surge em uma lógica de co-pagamento. O que gera um intenso debate em torno do possível conflito com o paradigma normativo de gratuidade do fornecimento dos medicamentos (VIANNA, et al. 1998).

O co-pagamento pode ser denominado de taxa moderadora ou contrapartida do usuário. Funciona como um mecanismo de recuperação de custos em que o usuário contribui com parte dos custos dos medicamentos que demandar. A cobrança da taxa objetiva conter os gastos em saúde e inibe o uso supérfluo dos suprimentos. A discussão que se constrói tange os conceitos de justiça e equidade do sistema (VIANNA, et al. 1998). Nos países em desenvolvimento, vigora uma dificuldade de acesso da população aos medicamentos essenciais. Esse baixo índice de acesso é relacionado com a escassez de recursos, com a falta de recursos humanos capacitados e a dificuldade de gerir os recursos materiais das instituições de saúde (Ferreira, 2006). Diante a situação mundial, que envolve diversos atores públicos e privados, o problema no acesso é considerado crítico. A OMS estima que cerca de dois bilhões de pessoas não possuem acesso regular a medicamentos (OPAS, 2005).

A assistência farmacêutica enquanto estratégia da atenção básica contribui para efetivar as ações do SUS e leva ao aumento da qualidade de vida da população. Garantir o acesso da população aos medicamentos estabelecidos como essenciais tornou-se, portanto, uma via de garantir o direito dos indivíduos à saúde (PORTELA et al., 2010). Destaca-se, porém, que é na assistência farmacêutica que o SUS encontra seus maiores problemas. Nessa fase em que se tem o elo final da atenção à saúde dos usuários é o ambiente onde se evidenciam as desigualdades sociais e econômicas presentes no país (ARAÚJO, et al. 2013). A questão do financiamento em saúde tem despertado interesses e preocupações crescentes nos mais diversos setores da sociedade brasileira. Essa questão provavelmente decorrente de sua participação cada vez maior na economia de forma geral e também do impacto nas contas públicas e orçamentos familiares. Nos últimos anos, a saúde tem-se mantido como o problema mais importante enfrentado no cotidiano pela população (CONASS, 2011). Nessa perspectiva, e devido a sua importância, a saúde se torna um tema multidisciplinar, inter-profissional e inter-setorial em que se ultrapassa a visão apenas dos profissionais de saúde e amplia sua dimensão para economistas, advogados e administradores



(CONASS, 2011). O Brasil é um país que apresenta uma forte disparidade na concentração de renda. São poucas as pessoas que podem dispor recursos financeiros para pagar os serviços de saúde de que necessitam. Estima-se que 90% da população seja usuária do SUS, porém 61,5% desses indivíduos usam o SUS e outros serviços privados e 8,7% não usam o SUS (CONASS, 2011). Diante da extrema desigualdade na concentração de renda estima-se que o consumo per capita de medicamentos varia de US\$ 400,00/ano em países desenvolvidos, a US\$ 4,00/ano em países em desenvolvimento. As diferentes experiências internacionais têm mostrado que um problema com esse grau de complexidade exige a definição de políticas públicas. Porém não é suficiente apenas a definição formal da política. É necessário monitoramento e avaliação dos resultados gerados (OPAS, 2005). Por meio da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) é possível averiguar a composição do gasto doméstico das famílias. Nota-se que a medida que a renda familiar aumenta, o impacto do percentual em consumo diminui. O gasto doméstico com a saúde está posicionado em quarto lugar no ranking de maior consumo das famílias. Exceto pelas famílias localizadas no 1º decil de renda, (os 10% mais pobres da população). Para estes o gasto em saúde está em quinto lugar do seu consumo geral (CONASS, 2011).

Dentro do segmento de gasto em saúde os medicamentos ocupam a primeira posição de consumo populacional, seguidos dos gastos com planos de saúde e tratamento odontológico. Isso evidencia que a oferta pública de serviços da assistência farmacêutica continua sendo um elo frágil do SUS desde a época da medicina previdenciária (CONASS, 2011). Em média, o decil mais pobre (1ºdecil) compromete 80% de sua renda com a atenção farmacêutica. Já o decil mais rico (10ºdecil) despende em torno de 26,7% de sua renda e a maior parte do gasto deste segmento é relativo à medicina suplementar (CONASS, 2011). Garantir o acesso aos medicamentos essenciais é um direito a saúde que o cidadão possui e que assegura a eficiência do serviço de assistência farmacêutica (PORTELA, et al. 2010). A farmácia constitui o elo final no processo de atendimento ao usuário e, portanto é nesta a que se atribuem as principais dificuldades do sistema de saúde (ARAÚJO, et al. 2013). Nessa perspectiva, o Programa Farmácia Popular do Brasil objetiva ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais com a propositura de contribuir na garantia do povo à assistência terapêutica integral (COSTA, et al. 2010). Nesse contexto, o trabalho objetiva construir uma análise da funcionalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil por meio do confronto da legislação e das normas que regulam este tema com a realidade que se apresenta nas farmácias privadas de quatro Regiões Administrativas do Distrito Federal. Buscar-se-á obter dados econômicos e sociais capazes de contribuir na tomada de decisões de gestores e no planejamento estratégico das ações de saúde.



Continuação do Protocolo 442/2012

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Analisar a funcionalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a perspectiva do perfil dos seus usuários e a partir do confronto da legislação correlata com a realidade apresentada em farmácias privadas do Distrito Federal.

Objetivos secundários:

- ¿ Descrever e analisar os aspectos normativos e legais da assistência farmacêutica relacionada à Farmácia Popular no Brasil.
- ¿ Identificar o perfil do usuário que utiliza a Farmácia Popular em termos de variáveis socioeconômicas (renda média, faixa etária) e de que forma se estabelece o acesso a esse serviço.
- ¿ Identificar os principais medicamentos adquiridos por meio da Farmácia Popular
- ¿ Estimar o gasto evitado aos usuários da Farmácia Popular, caso estes tivessem que comprar o medicamento em farmácia não vinculada ao programa de Farmácia Popular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora não haverá riscos aparentes ao sujeito de pesquisa, visto que não haverá contato físico entre pesquisador e ele. Ademais, o pesquisador assinará um termo de sigilo sobre as informações obtidas nos registros das drogarias, bem como não identificará individualmente os sujeitos de pesquisa no trabalho final.

Benefícios: Conhecer o perfil dos usuários que utilizam o Programa Farmácia Popular. Apurar o gasto que os usuários evitam por adquirir medicamentos pelo Programa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa vinculado a Trabalho de conclusão de curso da acadêmica JULIANA ALVES PÓRTO, do curso de farmácia da Faculdade de Ceilândia, que tem como orientador o Prof. EVERTON NUNES DA SILVA. Trata-se de pesquisa quantitativa e qualitativa a ser realizada em bancos de dados presentes em Drogarias a respeito do programa de farmácia popular. Com isso, busca-se a estratificação sócio-econômica de seus usuários. O trabalho objetiva construir uma análise da funcionalidade desse programa na perspectiva dos seus usuários e do embasamento literário. A metodologia consiste de um confronto das normas que regulam este tema com a realidade apresentada em seis farmácias privadas de três Regiões Administrativas do Distrito Federal e a captação de dados contidos nos registros dos usuários arquivados nas drogarias. Finaliza-se identificar se o perfil do usuário do PFPB condiz com o estabelecido previamente em suas normatizações. O estudo visa a obtenção de dados econômicos e sociais capazes de contribuir na tomada de decisões de gestores e no planejamento estratégico das ações de saúde. a amostra está estimada em 320 usuários. A pesquisadora submeteu a este CEP: 1) folha

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-2947 Fãx: (61)3307-3769 E-mail: cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 448.003

de rosto; 2) projeto de pesquisa; Termo de concordância de seis farmácias do Distrito Federal; 4) Carta de encaminhamento; 5) Termo de responsabilidade do pesquisador; 6) termo de dispensa de consentimento livre e esclarecido; 7) Currículo vitae dos pesquisadores; 8) Planilha de orçamento e Cronograma de atividades. O projeto encontra-se delineado de maneira satisfatória, envolvendo apenas de coleta de dados de bancos governamentais, onde os pesquisadores garantem o sigilo das informações e das identidades dos sujeitos das pesquisas. O currículo dos pesquisadores é compatível com a complexidade do projeto, a planilha de orçamento e o cronograma de atividades é compatível com o projeto e será custeado pelos próprios pesquisadores. Há o pedido de dispensa de TCLE que acompanha a resolução 466/2012

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de concordância institucional, de responsabilidade do pesquisador, de dispensa de consentimento livre e esclarecido encontram-se delineados de maneira satisfatória e de acordo com o estabelecido na resolução 466/2012 CNS/MS

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando as características do presente projeto e sua documentação encontrar-se de acordo com a resolução 466/2012 somos de parecer favorável a execução do presente projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASÍLIA, 06 de Novembro de 2013

Assinador por:
Natan Monsoreas de Sá
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1047 Fax: (61)3307-3700 E-mail: cepfs@unb.br