

FERNANDA ALVES FRANÇA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**CONHECIMENTO E USO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR:
RESULTADOS DE INQUÉRITO POPULACIONAL**

Brasília, Brasil.

2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**CONHECIMENTO E USO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR:
RESULTADOS DE INQUÉRITO POPULACIONAL**

FERNANDA ALVES FRANÇA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Orientador: Profa.Dra. Noemia Urruth Leão Tavares

Brasília, Brasil.

2019

FERNANDA ALVES FRANÇA

**CONHECIMENTO E USO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR:
RESULTADOS DE INQUÉRITO POPULACIONAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Noemia Urruth Leão Tavares, Presidente
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília-
UnB

Prof. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos, Membro Interno
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília-
UnB

Prof. Dr. Rondineli Mendes da Silva, Membro Externo
Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ

Prof. Dr. Rafael Santos Santana, Suplente
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília-
UnB

Ao Deus da minha vida que me deu forças e permitiu chegar até aqui; aos meus avós, que são a minha base sólida; aos meus pais que sempre estiveram do meu lado e me incentivaram a seguir nessa trajetória; ao meu namorado, por toda paciência e compreensão; A minha orientadora, por ser tão parceira, dedicada e amiga.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, como tudo em minha vida, agradeço a Deus por sua infinita bondade ter me permitido chegar até aqui, a Ele toda a honra e toda glória para sempre.

Agradeço também de todo meu coração aos meus pais, por todo apoio que sempre me foi dado, por todo amor e por todo esforço para que a realização dos meus sonhos se tornasse possível. Não poderia deixar de agradecer aos meus avós, por todo incentivo, amor, por serem minha base sólida e desejarem sempre o melhor para mim. Ao meu namorado, por toda paciência, compreensão, carinho e amor, e por me acalmar todas as vezes que o mundo parecia desabar. A vocês, minha família, sou eternamente grata por tudo que sou, por tudo que consegui conquistar até aqui. Aos meus amigos, por toda parceria e apoio, em especial Viviane e Bruna.

Minha gratidão especial á Prof. Dra. Noemia Urruth Leão Tavares, minha orientadora e, acima de tudo uma grande amiga, pela pessoa e profissional que és. Obrigada por toda sua dedicação, por muitas vezes, deixar de lado seus momentos de descanso para me auxiliar, orientar e acalmar. E, principalmente, obrigada por sempre ter acreditado e depositado sua confiança em mim ao longo de todos esses anos de trabalho que se iniciaram ainda na graduação. Sem sua orientação, apoio, confiança e amizade, não somente neste trabalho, mas em todo o caminho percorrido até aqui, nada disso seria possível.

RESUMO

Objetivo: Investigar a prevalência e os fatores associados ao conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) segundo características socioeconômicas e de condições de saúde da população brasileira. **Método:** Análise de dados provenientes da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), inquérito domiciliar de base populacional, de delineamento transversal, baseado em amostra probabilística da população brasileira. Os desfechos analisados foram o conhecimento e a utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil. As variáveis independentes foram: sexo; idade; cor da pele autorreferida; região de residência; escolaridade; plano de saúde, classificação econômica, número de doenças crônicas, hospitalização no último ano; e número de medicamentos utilizados nos 15 dias anteriores à aplicação do questionário. Estimaram-se prevalências e razões de prevalência (RP) ajustadas por sexo e idade, e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) mediante regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** As estimativas demonstram o conhecimento do PFPB por cerca da metade da população brasileira (53,3%; IC95% 51,1-55,6), e 14,4% (IC95%:13,3-15,6) referiu utilizá-lo para acesso aos medicamentos. Os segmentos populacionais que mais conheciam e utilizavam o programa, eram mulheres; idosos (60 anos e mais); pessoas com melhor classificação econômica e com plano de saúde; pessoas diagnosticadas com 2 ou mais doenças crônicas; que referiam internação no último ano e uso de 5 ou mais medicamentos nos 15 dias anteriores à entrevista. **Conclusão:** O conhecimento do PFPB na população brasileira se mostrou amplamente distribuído na população, e sua utilização maior nos segmentos populacionais de maior idade, com múltiplas comorbidades, uso de medicamentos e mais alta renda.

Descritores: Assistência Farmacêutica; Inquéritos Epidemiológicos; Política de Saúde, Estudos Transversais.

ABSTRACT

This paper aims to investigate the prevalence and factors associated with the knowledge and use of the Brazilian Popular Pharmacy Program (PFPB) by socioeconomic characteristics and health conditions of the Brazilian population. We conducted a data analysis of data from the National Survey on Access, Use and Promotion of the Rational Use of Medicines (PNAUM), a population-based, cross-sectional household survey based on a probabilistic sample of the Brazilian population. In this analysis we use data collected with a sample of adults (≥ 20 years). The outcomes analyzed were the knowledge and use of the Brazilian Popular Pharmacy Program. The independent variables were gender, age, self-reported skin color, region of residence, schooling, health plan, economic classification, number of chronic diseases, hospitalization in the last year, and number of medicines used in the 15 days before the application of the questionnaire. Prevalence and prevalence ratios (PR) adjusted for gender and age, and the respective 95% confidence intervals (95% CI) were estimated using robust Poisson regression. Estimates show the knowledge of PFPB by about half of the Brazilian population (53.3%; 95% CI 51.1-55.6), and 14.4% (95% CI: 13.3-15.6) referred its use to have access to medicines. The population segments that knew and used the program the most were female; older adults (60 years and over); people with better economic class and health plan; people diagnosed with two or more chronic diseases; who reported hospitalization in the last year and use of five or more medications in the 15 days before the interview. The knowledge of PFPB in the Brazilian population was widely distributed in the population, and its more extensive use was in the older population segments, with multiple comorbidities and use of medicines and best economy class.

Descriptors: Pharmaceutical Care; Epidemiological Surveys; Health Policy, Cross-Sectional Studies.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** Informações sobre despesas com medicamentos extraídos da Pesquisa de Orçamento Familiar28
- Tabela 1 (artigo)** - Prevalência e razão de prevalência do conhecimento do Programa Farmácia Popular do Brasil segundo variáveis demográficas e socioeconômicas na população brasileira. PNAUM, 2014.....57
- Tabela 2 (artigo)** - Prevalência e razão de prevalência do conhecimento do Programa Farmácia Popular do Brasil segundo condições de saúde, uso de serviços de saúde, número de medicamentos e características relacionadas ao uso de serviços de saúde na população brasileira. PNAUM, 2014.....58
- Tabela 3 (artigo)** - Prevalência e razão de prevalência do uso do Programa Farmácia Popular do Brasil segundo variáveis demográficas e socioeconômicas na população brasileira. PNAUM, 2014.....59
- Tabela 4 (artigo)** - Prevalência e razão de prevalência do uso do Programa Farmácia Popular do Brasil segundo condições de saúde, uso de serviços de saúde, número de medicamentos e características relacionadas ao uso de serviços de saúde na população brasileira. PNAUM, 2014.....60

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E FIGURAS

Figura 1- Etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica.....	25
Figura 2- Modelo Teórico para avaliação do acesso a medicamentos para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.....	27
Figura 3- Operacionalização do Programa Farmácia Popular do Brasil.....	34
Figura 4- Evolução do Programa Farmácia Popular do Brasil.....	35
Quadro 1 - Formas de provisão de Medicamentos no Brasil de acordo com a efetivação do acesso, gratuidade e tipo de financiamento.....	28
Figura 1 (artigo) - Evolução do Programa Farmácia Popular do Brasil.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AF	Assistência Farmacêutica
AFAB	Assistência Farmacêutica na Atenção Básica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ATFP	Aqui tem Farmácia Popular
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PFPPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Política Nacional de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SNTP	Saúde Não Tem Preço
SUS	Sistema Único de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	13
2	INTRODUÇÃO.....	14
3	OBJETIVOS.....	17
3.1	Objetivo Geral.....	17
3.2	Objetivos Específicos.....	17
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
4.1	Construção do Sistema de Saúde Brasileiro.....	18
4.1.1	As Políticas de Assistência Farmacêutica no Contexto do SUS.....	21
4.2	Acesso a Medicamentos.....	24
4.2.1	Fontes de Provimento de Medicamentos no Brasil.....	27
5	MÉTODOS.....	37
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
6.1	ARTIGO	42
7	CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
9	ANEXOS.....	69

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Conhecimento e Uso do Programa Farmácia Popular: resultados de inquérito populacional”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, em 29 de julho de 2019. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Referencial Teórico e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e/ou Considerações finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

No curso das políticas de saúde no Brasil, a predominância histórica de um modelo de saúde voltado ao cuidado hospitalar, centralizado e não satisfatório em relação às necessidades de saúde da população brasileira, fomentaram a iniciativa de movimentos de crítica a este modelo, com propósito de viabilizar alternativas à estruturação de uma nova política de saúde efetivamente democrática (Santos et al.,2010).

A partir na necessidade de práticas norteadoras das ações de saúde pública, democratização da saúde e institucionalização de um Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-se necessário a criação de políticas públicas direcionadas à saúde (Santos et al.,2010). O SUS foi instituído pela Lei Orgânica da Saúde (Brasil,1990) e tem por objetivo assegurar o acesso da população aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. No Brasil o direito a saúde é estabelecido pela Constituição de 1988 e designado como um direito fundamental de todos os cidadãos e dever do Estado (Brasil,1988).

Visando a implementação de condutas para promoção da melhoria das condições de assistência à saúde de forma a assegurar a segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso da população aos medicamentos ditos essenciais, foi instituída a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), no contexto do SUS (Brasil,2001; Brasil 2004a).

O acesso a medicamentos é um desafio social significativo para o governo, principalmente nos países que possuem sistemas nacionais de acesso universal. Apesar da implementação da PNM e da PNAF, a falta de acesso ao medicamento ainda é a principal barreira que conduz o paciente ao não cumprimento do regime terapêutico (Paniz et al.,2008; Silva, 2015). Nesse contexto, o Brasil tem implementado diferentes intervenções visando ampliar o acesso a medicamentos seguros e eficazes. Dentre todos os mecanismos de provisão de medicamentos ambulatoriais mais relevantes no Brasil encontram-se: (1) o desembolso direto em farmácias comerciais; (2) a obtenção gratuita em unidades públicas de saúde do SUS; (3) o copagamento (Aqui tem Farmácia Popular) e/ou gratuidade (Saúde não

tem Preço) no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) (LUIZA et al.,2017). Vale ressaltar que estes três sistemas coexistem.

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) foi implantado em 2004 pelo governo federal e tem por objetivo o aumento do acesso da população aos medicamentos, considerando a relevância do fator financeiro na subutilização dos medicamentos. O PFPB está inserido no contexto das políticas de medicamentos e integra uma nova política de assistência dentro do SUS (Brasil, 2004c; MS,2005; Brasil,2008). Vale ressaltar que a ampliação do acesso da população aos medicamentos, se dá por meio do atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não de serviços públicos de saúde (Brasil, 2004c). A falta de medicamento é um problema e implica maior comprometimento de renda nos gastos financeiros relacionados à saúde, sendo que esta situação se agrava em populações que não conseguem cumprir o tratamento por questões financeiras, o que pode contribuir para o agravamento do estado de saúde do indivíduo (Brasil, 2008).

Na ocasião de sua implantação, o PFPB executava seus procedimentos por meio da regulamentação de dois eixos de organização: “Rede Própria de Farmácias Populares” e sistema de copagamento (MS,2005; Brasil, 2006a; Brasil,2008). O primeiro eixo atualmente não está em funcionamento; esteve em andamento desde a instituição do programa, em 2004, e era composta por unidades próprias de farmácia instituídas pelo Ministério da Saúde (MS) e gerenciadas pela Fiocruz (Brasil,2004c). A segunda, denominada “Aqui Tem Farmácia Popular”, é considerada uma expansão do programa e é realizada através de parcerias com o setor privado varejista farmacêutico (Silva, 2015; Luiza et al., 2018). Outro avanço importante do PFPB foi conquistado através da campanha “Saúde Não Tem Preço”, em que os medicamentos para tratamento de hipertensão, diabetes e asma tornaram-se isentos de copagamento, nos dois eixos (Silva, 2015; Luiza et al., 2018).

O aumento nos investimentos nas políticas farmacêuticas no Brasil, exige informações que sejam precisas e representativas voltadas à implementação das mesmas (Gadelha et al.,2016), considerando que a elaboração de uma política que envolve questões de saúde pública deve basear-se nas especificidades da população (Brasil,2002). Neste sentido, o MS financiou a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) que

assume grande valia como estratégia de avaliação do impacto da implementação das políticas farmacêutica (Brasil,2012).

A PNAUM foi desenvolvida em um componente populacional, realizado por meio de pesquisa domiciliar de abrangência nacional e um componente de serviços, caracterizado por avaliar as políticas públicas farmacêuticas no âmbito da atenção básica no país (Costa et al.,2014).

No que tange ao componente populacional, vale ressaltar a sua importância, tendo em vista que a partir dos resultados do inquérito, torna-se possível a avaliação do alcance da implantação de determinadas políticas de saúde, servindo como subsídio no processo de orientação na criação de políticas de investimento público em saúde, bem como para avaliação do funcionamento do sistema de saúde (Mengue et al.,2016a).

Nessa perspectiva, o estudo Conhecimento e Uso do Programa Farmácia Popular: resultados de inquérito populacional, justifica-se com base em informações que evidenciam a importância de estudos que avaliem o impacto das implementações das políticas farmacêuticas no país, subsidiando a concretização e o monitoramento das regulamentações governamentais propostas, verificando se estas estão alcançando impactos efetivos na saúde da população.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a prevalência e os fatores associados ao conhecimento e à utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil pela população brasileira.

3.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência de utilização e conhecimento do PFPB pela população brasileira;
- Analisar a utilização do PFPB pela população brasileira de acordo com as características socioeconômicas, demográficas e de saúde da população.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

As ações voltadas à Saúde Pública Brasileira emergiram a partir da primeira metade do século XIX como consequência da chegada da Corte Portuguesa ao Brasil (1808), posto que se tornava impreterível a criação de uma estrutura sanitária mínima para dar suporte ao poder que se consolidava na capital do império, Rio de Janeiro (Rozenfeld,2000). Outro aspecto que fomentou às ações de saúde está diretamente relacionado com às ameaças que as situações epidêmicas representavam ao modelo econômico agrário-exportador, considerando que a presença de doenças transmissíveis, pestilenciais e grandes epidemias, afastavam os interesses do mercado internacional em relação aos produtos brasileiros. Nesse sentido é evidente notar que a organização sanitária estava fortemente ligada a interesses financeiros (Polignano,2001). Esse modelo voltado para criação de campanhas sanitárias visando garantir a continuidade e o lucro gerado pelas exportações agrícolas ficou conhecido como sanitarista-campanhista e as ações sanitárias desenvolvidas até 1850 eram sobretudo restritas ao controle de navios e saúde dos portos (Polignano,2001).

No período da Proclamação da República (1889) a inexistência de um padrão sanitário permitiu a compreensão da urgência em se adotar uma reforma no setor saúde com vistas a reorganização dos serviços sanitários, por isso, a figura de Oswaldo Cruz se torna de suma importância, pois ele passa a ser diretor do Departamento Federal de Saúde Pública e se apresenta como sugestão para instituição de ações sanitárias. Apesar da inserção das medidas sanitárias implementadas por Oswaldo Cruz resultar em avanços no controle e combate de algumas doenças no âmbito da saúde coletiva, as intervenções foram delineadas nos moldes de uma perspectiva militar na qual usava-se a força como recurso de ação, suscitando notável insatisfação da população (Figueiredo Neto et al.,2010). Nesse contexto, três marcos são considerados como marcantes (Bertolli Filho, 2004): A revolta da vacina, a base da previdência social (pela lei Eloy Chaves) e a criação do Ministério da Saúde.

O delineamento inicial da previdência social pela lei Eloy Chaves pode ser considerado como o marco da dicotomia entre saúde pública e previdência social, posto que o direito à saúde neste período estava ligado as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), direito restrito às organizações trabalhistas diretamente ligadas a produção exportadora. No governo de Getúlio Vargas, as CAPs foram convertidas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), incluindo na organização categorias profissionais e a participação do Estado no financiamento, no entanto, a saúde continuava sendo excludente e contributiva (Teixeira S, 1985). No regime militar (1964-1984) os IAPs se unificam no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), permitindo certa uniformidade acerca dos benefícios prestados, ainda entre os contribuintes. Devido concentração das contribuições previdenciárias e o conseqüente aumento da complexidade das ações administrativas do INPS, em 1978 tem-se a criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), propiciando a instalação do modelo médico privatista/curativo cujo foco está na doença e no doente e não nas necessidades públicas. A partir do INAMPS, foram criadas grandes instalações de assistência médica para o atendimento das necessidades dos contribuintes, fortalecendo mais uma vez o caráter excludente das ações de saúde (Polignano,2001). A assistência à saúde dos indivíduos não contribuintes e dos que não tinham condições de pagar por ela, era restrita às instituições filantrópicas (Paim et al., 2011).

Com o início da Nova República (1985), o processo de redemocratização do país determinou o surgimento de sujeitos sociais que batalhavam por um modelo alternativo de atenção à saúde e expunham cada vez mais o desgaste do modelo sanitário instituído. Nesse contexto, como forma de resistência ao modelo de saúde que foi construído, surgiu os ideais do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) apresentando propostas voltadas para construção de um sistema de acesso universal à saúde, além do desenvolvimento da compreensão e definição do conceito de um conceito de saúde que vai além do cuidado biomédico (Brasil,2006).

O suporte institucional que impulsionou o movimento da RSB foi promovido pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e pela Associação Brasileira

de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual foi aprovado o conceito da saúde como um direito do cidadão e foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde (Paim et al., 2011). Embora o movimento da RSB não tenha conseguido empreender a reforma esperada, transformando tanto as condições de saúde como a própria sociedade, ele contribuiu para a difusão da noção do direito à saúde, como parte da cidadania e para a reforma democrática do estado.

A publicação da nova Constituição Federal em 1988 (CF/88), integraliza o processo de volta ao regime democrático pelo país. A carta constitucional apresentava a saúde como direito fundamental sendo dever do Estado garantir através de políticas públicas a efetivação de tal direito, e marcava o início do processo de gênese do inédito sistema público, universal e descentralizado de saúde. A partir desse momento a organização da saúde no Brasil herdava uma nova conformação (Paiva,2014). Em 1990, as leis orgânicas da Saúde (LOS) regulamentaram as deliberações da CF/88 e outorgaram legitimidade aos princípios de descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições dos gestores nos três níveis de atuação (Marin,2003).

O texto constitucional disposto na LOS nº8080/90 estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS) como: “ O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde”. O SUS tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, e está organizado sob as diretrizes organizativas da descentralização, da regionalização-hierarquização, da resolubilidade, da participação da comunidade e da complementaridade do setor privado (MS,2014).

Atualmente o Brasil é visto como parâmetro internacional no âmbito da saúde pública e modelo para outros países que idealizam sistemas de saúde mais democráticos, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil foi um dos primeiros e poucos países fora da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico a estabelecer perante a legislação nacional o acesso universal aos serviços de saúde,

reconhecendo a saúde com o direito do cidadão e dever do Estado (Ferreira et al.,2014).

AS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CONTEXTO DO SUS

A partir dos princípios da universalidade e integralidade que norteiam o SUS, a Assistência Farmacêutica (AF) passou a ser uma de suas áreas de abrangências, considerando que a partir da CF/88 todo cidadão brasileiro tinha assegurado o direito de acesso aos serviços de saúde. O artigo 6º da LOS nº 8080/90 integra entre os compromissos do Estado, “ a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” – alterado pela Lei nº 12.401 (Brasil, 2011) – e a “formulação da política de medicamentos”.

Apesar das exigências demandadas pela institucionalização do SUS, até o ano de 1997, a AF permanecia associada à Central de Medicamentos (CEME), um dos marcos iniciais no que se refere às iniciativas de ações governamentais no âmbito do acesso da população à AF (Marin, 2003). A CEME foi criada em 25 de junho de 1971, por meio do Decreto 68.806/71, como órgão da Presidência da República, designado para promoção e organização do fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos para consumo da população de baixa renda (Brasil,1971). Em 1973, a CEME determinou, o estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no entanto, apenas em 1985 que a RENAME foi formalmente aprovada. Esta era uma ação vista como estratégica na implantação de um sistema integral de medicamentos, porém foi ineficiente como instrumento de referência para a organização dos serviços de AF pois não teve a atualização mantida nos anos de 1983 e 1998 ficando de 1983 a 1998 sem revisão (Marin, 2003). A CEME atuava de forma a centralizar as ações de aquisição de medicamentos e por esse motivo mostrava-se ineficiente com relação ao atendimento das necessidades da população e do sistema de saúde (Santos-Pinto,2008). Diversos fatores culminaram para a desativação da CEME e somente em momento posterior emergiram ações governamentais e produções legais na direção de redefinir e sistematizar a AF a fim de conduzi-la em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (Marin, 2003).

Diante do cenário de desarticulação da AF no âmbito dos serviços de saúde, em 1998, o Ministério da Saúde legitimou a Política Nacional de Medicamentos (PNM) do Brasil, integralmente fundamentada na compreensão do conceito de medicamentos essenciais, ou seja, aqueles produtos tidos como básicos e indispensáveis para solucionar a maior parte das questões de saúde da população (Marin, 2003).

A PNM tem como pressuposto basilar a garantia de segurança, eficácia e qualidade necessárias dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. As diretrizes específicas da PNM são (Brasil,2001):

- Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME)
- Regulamentação Sanitária de Medicamentos
- Reorientação da AF
- Promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM)
- Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- Garantia de Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos
- Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos

Ademais, indica o conjunto de prioridades que devem ser adotadas para que os objetivos da política sejam alcançados, a saber (Brasil,2001):

- Revisão permanente da RENAME
- Assistência Farmacêutica
- Promoção do URM
- Organização das Atividades de Vigilância Sanitária de Medicamentos

Com a criação da PNM diversos resultados foram alcançados por meio da execução de práticas que tinham por finalidade implementar efetivamente uma Política de Medicamentos resolutiva e que de fato atendesse às verdadeiras carências setoriais e populacionais (Santos-Pinto,2008). Um dos avanços mais notáveis proporcionados pela adoção da PNM, foi instituição da Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (ANVISA), uma vez que a partir dessa organização cria-se mais uma possibilidade de representação no âmbito da esfera pública para as demandas sociais referente aos medicamentos, de modo que às ações de competência da AF sejam indispensáveis na estruturação e promoção das políticas públicas de saúde (Marin, 2003).

Além disso, as ações de AF têm as suas aplicabilidades ressignificadas, já que a proposta de reorientação da AF inclui a descentralização da gestão, a promoção do uso racional dos medicamentos, a otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e o desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, por isso a AF passa a ser definida como:

“Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destina das 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” (BRASIL,2001 p.34).

Ainda a partir da percepção da necessidade de operacionalização das demandas relacionadas às prioridades definidas pela PNM (Farias,2016), foi regulamentada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) através da Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A PNAF é componente da Política Nacional de Saúde (PNS), sendo a AF compreendida como “um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional” (Brasil,2004a).

O acesso a medicamentos é um elemento necessário para que a acesso integral e equânime de saúde, com resolutividade e qualidade sejam factíveis. A ONU reconhece a questão do acesso como um dos indicadores associados às melhorias no âmbito da garantia dos direitos à saúde (Hogerzeil,2011).

ACESSO A MEDICAMENTOS

Os medicamentos constituem insumos prioritários na garantia do direito à saúde, desde a institucionalização da Organização Mundial da Saúde (OMS). Posteriormente ao lançamento do conceito de medicamentos essenciais em 1977, e logo após a Conferência Mundial sobre Atenção Primária à Saúde (APS), os medicamentos se encontram entre um dos oito elementos indispensáveis para se alcançar o objetivo de progresso na saúde para todos. Desde então, os medicamentos têm sido apontados como um dos pilares para formulação e implementação das políticas de AF direcionadas para o direito da integralidade da assistência terapêutica, no âmbito do SUS (OPAS,2013; Vialle-Valentin et al, 2015).

A APS constitui a porta de entrada do usuário aos serviços do SUS e é um componente integrante aos processos de promoção, recuperação e prevenção das doenças mais prevalentes na população. Ademais, é tida como eixo estratégico para a reestruturação de sistemas de saúde universais, com vistas à equidade, resolutividade e efetividade das ações (Farias,2016). Portanto, a garantia de acesso aos medicamentos é particularmente importante no âmbito da APS (Álvares et al.,2017).

Desde 2008, a OMS tem promovido esforços para renovar a APS, articulando os componentes necessários para reorientar os sistemas de cobertura universal da saúde, sendo o principal componente, o acesso universal aos cuidados de saúde que inclui necessariamente o acesso universal aos medicamentos essenciais. No entanto, apesar dos esforços, a desigualdade e discriminação no acesso aos medicamentos essenciais continuam a ser o principal desafio de saúde pública até os dias de hoje. De acordo com a OMS, cerca de um terço da população mundial ainda não tem acesso a medicamentos (Hogerzeil,2011).

A garantia do acesso e uso racional de medicamentos está contida na PNAF a partir de conjunto de ações as quais denotam estratégias que visam ao alcance desses objetivos e se fundamenta na perspectiva da prática de ações articuladas que envolvem a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da utilização dos medicamentos (Brasil,2004a). Falhas no gerenciamento no contexto

do ciclo da AF podem comprometer consideravelmente a provisão de medicamentos ao usuário, resultando em falhas no tratamento que podem levar a atendimentos de emergência significativamente mais frequentes e aumento dos custos com cuidados de saúde, portanto, é necessário que as ações que compõem o ciclo da AF estejam articuladas por intermédio de processos de gestão efetivos (Farias,2016; Helena,2015).

Essas ações compõem o ciclo da AF (figura 1), e a sua articulação adequada pressupõe que o medicamento estará disponível no serviço de saúde para ser dispensado ao usuário (Marin, 2003; Farias,2016). No entanto, vale ressaltar que o acesso não se limita à disponibilidade de produtos e/ou serviços. É evidente que a disponibilidade de medicamentos constitui um elemento indispensável para a consecução do acesso, no entanto, é preciso ponderar aspectos relacionados também ao usuário e não apenas ao medicamento (Aday,1974; Penchansky, 1981).

FIGURA 1- Etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica.



Fonte: Marin et al., 2003.

Uma vez que a construção da AF foi pautada em um contexto histórico tecnicista em que o medicamento era tido como ponto central em detrimento da assistência às necessidades dos usuários de medicamentos (Marin,2003), torna-se de suma importância, a compreensão de que o acesso a medicamentos é resultante de diversos fatores que são perpassados tanto por características do sistema de saúde quanto por características do usuário (Emmerick,2011).

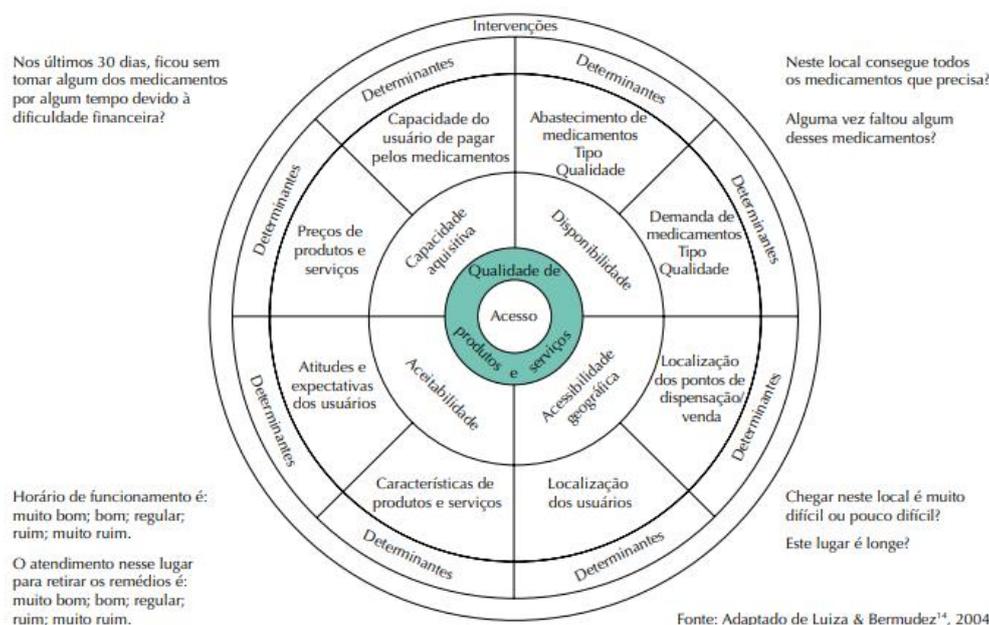
O termo “acesso” no contexto dos serviços de saúde, possui diversos conceitos e abordagens na literatura. Penchansky e Thomas apresentam acesso como sendo um conjunto de dimensões específicas que revelam a harmonia entre o usuário e o sistema de saúde. As dimensões específicas são:

- Disponibilidade (*availability*) – relaciona-se a quantidade e o tipo de recursos ofertados e às necessidades dos usuários;
- Acessibilidade (*accessibility*) – relaciona-se a localização geográfica do serviço;
- Adequação (*accomodation*) – relaciona-se à adequação dos recursos para o fornecimento do serviço
- Capacidade aquisitiva (*affortability*) – relaciona-se ao preço dos serviços e à capacidade de pagamento dos usuários;
- Aceitabilidade (*acceptability*) – relaciona-se expectativas dos usuários sobre o serviço e a capacidade do serviço de suprir as expectativas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o acesso aos medicamentos é assegurado por intermédio da disponibilidade dos fármacos, da capacidade aquisitiva das pessoas, da acessibilidade geográfica, da sua aceitabilidade e das condições de uso racional (Hogerzeil,2011).

O modelo teórico proposto por Penchansky e Thomas foi utilizado em um estudo para avaliar o acesso a medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil segundo fatores socioeconômicos, demográficos e de saúde, sob perspectiva multidimensional, e como resultado se observou uma menor disponibilidade no acesso no contexto do SUS, quando comparado a outras alternativas (figura 2) (Oliveira et al.,2016). Estudo recente (Álvares et al.,2017), que avaliou o acesso aos medicamentos na APS do SUS na perspectiva do usuário, segundo as dimensões propostas por Penchansky e Thomas, mostrou que os resultados se apresentaram compatíveis aos resultados de países desenvolvidos com indicadores situando-se entre 70% a 90% de conformidade, no entanto, os resultados também mostram que a dimensão disponibilidade ainda é um fator limitante para o acesso aos medicamentos e constitui um desafio para o SUS.

FIGURA 2- Modelo Teórico para avaliação do acesso a medicamentos para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.



Fonte: Oliveira, et.al. 2016.

FONTES DE PROVIMENTO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

A integralidade da assistência, inclusive a farmacêutica, é um dos princípios basilares do SUS. O medicamento não deve ser considerado isoladamente, mas como um dos componentes essenciais ao cuidado do usuário, cuja disponibilidade e o URM necessitam ser garantidos, por isso, o Brasil tem empregado meios que se propõem a ampliar o acesso a medicamentos seguros e eficazes. Dentre todos os mecanismos de provisão de medicamentos ambulatoriais mais relevantes no Brasil encontram-se: (1) o desembolso direto em farmácias comerciais; (2) a obtenção gratuita em unidades públicas de saúde do SUS; (3) o copagamento (Aqui tem Farmácia Popular) e/ou gratuidade (Saúde não tem Preço) no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) (Luiza et al.,2018). Vale ressaltar que os três sistemas coexistem juntos, o público, o privado e o público-privado.

QUADRO 1- Formas de provisão de medicamentos no Brasil de acordo com a efetivação do acesso, gratuidade e tipo de financiamento.

Forma de Acesso	Efetivação do Acesso	Gratuidade	Financiamento
Desembolso direto	Farmácias Privadas	Não	Usuário
SUS	AF nas Unidades Básicas de Saúde	Sim	Estado
PFPB	ATFP	Não	Estado e Usuário
	SNTP	Sim	Estado

Fonte: Mattos,2015, adaptado.

DESEMBOLSO DIRETO

A dificuldade de acesso aos medicamentos essenciais por consequência dos altos preços constitui um grave problema de saúde pública no Brasil. Os resultados mais recentes da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) efetuada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que classes com baixos rendimentos têm um elevado comprometimento da renda familiar devido aos gastos com medicamentos (Tabela 1).

TABELA 1- Informações sobre despesas com medicamentos extraídos da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008/2009).

	Total	Classes extremas de rendimento total (R\$)	
		Até 830	Mais de 10.375
Gastos mensais com medicamentos (R\$)	74,74	31,00	271,32
Renda familiar destinada à compra de medicamentos (%)	2,8	4,2	1,9

Fonte: Elaboração própria, baseado em dados do Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009.

Apesar dos avanços conquistados na saúde pública pela institucionalização do SUS e implementação das políticas de AF, frequentemente o acesso aos medicamentos ainda é prejudicado por fragilidades no sistema de fornecimento gratuito de medicamentos. A aquisição de medicamentos em farmácias privadas constitui, por vezes, a única possibilidade para que o usuário consiga iniciar ou dar continuidade ao seu tratamento (Miziara,2015), portanto, se torna de suma relevância políticas que regulem os altos preços dos medicamentos, já que estes constituem uma das barreiras significativas para efetivação do acesso (OMS,2008).

A PNM na definição de suas diretrizes, determinou que a reorientação da AF deveria estar fundamentada, entre outros, no “desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado” (Brasil,2001), como por exemplo, a lei do medicamento genérico, representando progresso para acesso a medicamentos de baixo custo considerando que os medicamentos genéricos apresentam até 40% de economia quando comparados aos medicamentos de referência (Vieira,2006). Em outubro de 2003 foi instituída a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), a fim de ampliar a política de AF através da regulação econômica do mercado de medicamentos, no entanto, resultados de um estudo de avaliação sugerem que a CMED foi ineficiente em efetivar a promoção da AF, devido a omissão no controle dos preços de quantidade significativa dos medicamentos comercializados (Miziara,2015).

Dentre todos esses objetos para refletir, vale ressaltar à questão dos serviços privados e as desigualdades sociais, já que a relação entre essas temáticas indica, a oportunidade de alcance aos serviços de saúde, incluindo o acesso aos medicamentos, é determinada pela capacidade de compra da população e não pelas reais necessidades e demandas em saúde (Travassos et al.,2000).

No que concerne a AF no âmbito das farmácias privadas, é importante destacar a institucionalização da Lei nº 13021/2014, que trouxe uma nova perspectiva para os estabelecimentos farmacêuticos. Além da obrigatoriedade do farmacêutico em todo período de funcionamento do estabelecimento, trouxe a seguinte definição:

“Farmácia é uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, oficinais, farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos” (Brasil,2014 p.1).

No entanto, mesmo considerando os dispositivos previstos na lei 13021/14, as farmácias comerciais têm sido de um modo geral reguladas tão somente por suas exigências sanitárias, o que é preocupante principalmente no que se refere aos impactos para o sistema de saúde, se considerado que estes estabelecimentos são os principais executores da dispensação de medicamentos ambulatoriais no Brasil (Mattos,2015).

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ACESSO AOS MEDICAMENTOS, PROVIMENTO PÚBLICO

Apesar da aquisição de medicamentos ainda representar uma demanda expressiva nas farmácias privada, conforme referido anteriormente, o acesso a medicamentos é um dever do Estado, garantido pela CF/88. No âmbito do SUS, esse acesso se efetiva por meio da a disponibilidade dos medicamentos na rede de atenção à saúde, sua acessibilidade geográfica e aceitabilidade, promovendo o uso racional do produto (Tavares et al.,2016).

Atualmente, dentre as estratégias desenvolvidas pelo Governo Federal como ferramentas para garantir o acesso, destaca-se a transferência dos recursos federais para ações e os serviços públicos de saúde na modalidade fundo a fundo, realizados em apenas um bloco, mas mantendo-se grupos de ações dentro do bloco, incluindo a AF que permanece estruturada em três componentes: básico, estratégico e especializado. (Brasil,2007; Brasil, 2017).

COMPONENTE BÁSICO

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) foi projetado para aquisição de medicamentos e insumos da AF no âmbito da atenção básica em saúde incluindo àqueles que estão diretamente relacionados a agravos e programas de saúde específicos no contexto da atenção básica. O elenco de medicamentos disponibilizados é baseado RENAME e são dispensados nas unidades básicas de saúde por exemplo os Postos de Saúde locais. O financiamento do CBAF é tripartite, isto é, de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (MS,2014), exceto o financiamento e aquisição da insulina humana NPH 100 UI/ml, insulina humana regular 100 UI/ml, medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, centralizados pelo Ministério da Saúde (Brasil,2018a).

Desde a institucionalização do sistema de saúde público, o modelo de atenção passa por uma reorganização visando uma adequação aos preceitos do SUS, isto é, o modelo distancia-se de uma perspectiva hospitalocêntrica e curativista para outro que se consolida nos fundamentos da atenção básica (AB) , por meio de ferramentas como a Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada no Brasil como importante recurso para reordenação do modelo assistencial, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. Com o fortalecimento da ESF pretende-se consolidar este meio como como porta de entrada prioritária do SUS, com intuito de resolver, ainda na AB, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Nesse contexto, o acesso aos medicamentos e a promoção do seu uso racional é um dos fatores determinantes para que a AB seja resolutiva. (Paniz,2009; COSTA C et al., 2017).

COMPONENTE ESTRATÉGICO

O Componente Estratégico da AF (CESAF) tem como objetivo disponibilizar os medicamentos utilizados para tratamento de doenças de perfil endêmico, nas quais o controle e o tratamento tenham protocolo e normas estabelecidas e que possuam impacto socioeconômico, a saber: tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera, esquistossomose, leishmaniose, filariose, meningite, oncocercose, peste, tracoma, micoses sistêmicas, influenza, doenças

hematológicas, tabagismo e deficiências nutricionais, vacinas, soros e imunoglobulinas. O financiamento desses medicamentos é centralizado pelo MS e, Da mesma forma que no CBAF, o elenco de medicamentos disponibilizados é baseado na RENAME (Brasil,2018b).

COMPONENTE ESPECIALIZADO

O Componente Especializado da AF (CEAF) tem como objetivo garantir a integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, das doenças cujas linhas de cuidado estão definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT). Os medicamentos englobados neste componente, são divididos em grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização. Os critérios para que um medicamento seja incluído no CEAF inclui a complexidade do tratamento, a garantia da integralidade no âmbito da linha de cuidado e a manutenção do equilíbrio financeiro do sus (Brasil,2018c).

PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL: ACESSO AOS MEDICAMENTOS, PROVIMENTO PÚBLICO-PRIVADO

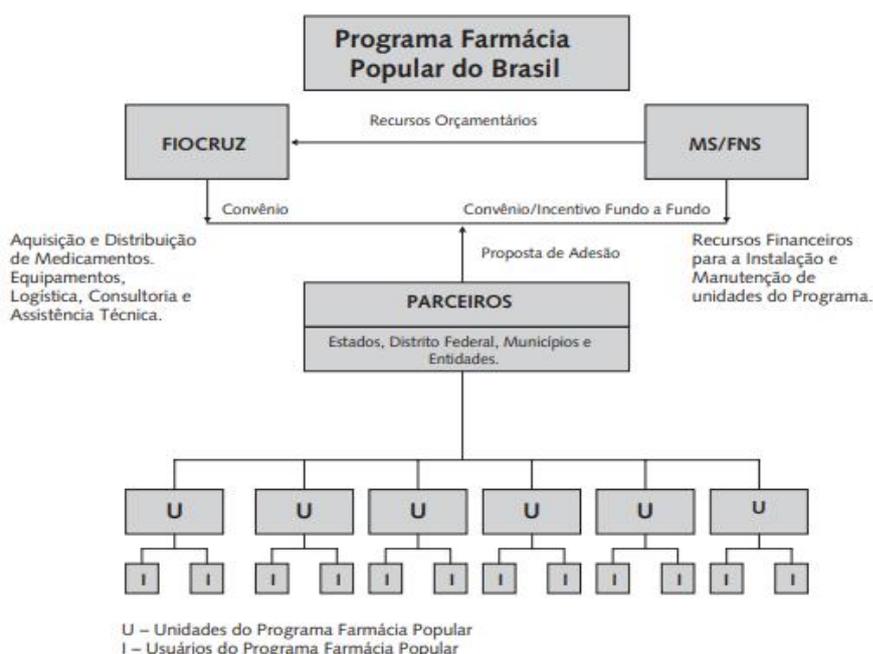
Além dos medicamentos ambulatoriais de provimento público financiados por meio dos componentes da AF (Vieira, 2010), o Governo Federal criou em 2004 como proposta de estratégia complementar, o PFPB a fim de promover a diminuição do impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar e conseqüentemente ampliar o acesso da população aos tratamentos, já que o sistema de fornecimento gratuito de medicamentos apresenta fragilidades que por vezes prejudica o acesso da população aos medicamentos. Inicialmente, o foco do programa era a parcela da população que utilizava planos privados de saúde, mas que, no entanto, não possuía rendimentos suficientes para adquirir e/ou completar um tratamento com medicamentos de forma adequada (Brasil,2004b).

A implantação do programa se organizou através de uma cooperação entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz, e teve como com o propósito a instalação de uma rede de unidades próprias do programa, em localizações estratégicas. O projeto visou a implantação padronizada de unidades que dispunham de requisitos mínimos de infraestrutura, recursos humanos (quantidade,

qualificação e uniforme) e equipamentos. A execução do programa se concretiza principalmente por meio de convênios entre a Fiocruz e governos estaduais, municipais e instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos de assistência à saúde. O governo federal, por intermédio de administração da Fiocruz, é responsável pelo financiamento de infraestrutura e manutenção, incluindo treinamento, pagamento de funcionários e compra de medicamentos. O preço de venda dos medicamentos, ou seja, o preço pago pelos pacientes, nessas farmácias é estabelecido pelo governo federal e compreende o valor do medicamento, adquirido por meio de licitação aberta, mais os custos operacionais da farmácia (Figura 3) (MS,2005).

O PFPB é uma política de subsídio do governo federal de subsídio, que tem em seu percurso institucional momentos bem diferenciados. O primeiro momento, implementado em 2004 através das unidades próprias, o subsídio disponibilizado pelo governo para aquisição dos medicamentos era equivalente a 90% do valor de referência do medicamento, pertencendo os 10% restantes ao parceiro conveniado ao programa (Luiza et al.,2018). As unidades próprias contavam com um arsenal composto por 112 itens, entre medicamentos e um insumo, preservativo masculino (Brasil, 2018d).

FIGURA 3- Operacionalização do Programa Farmácia Popular do Brasil.

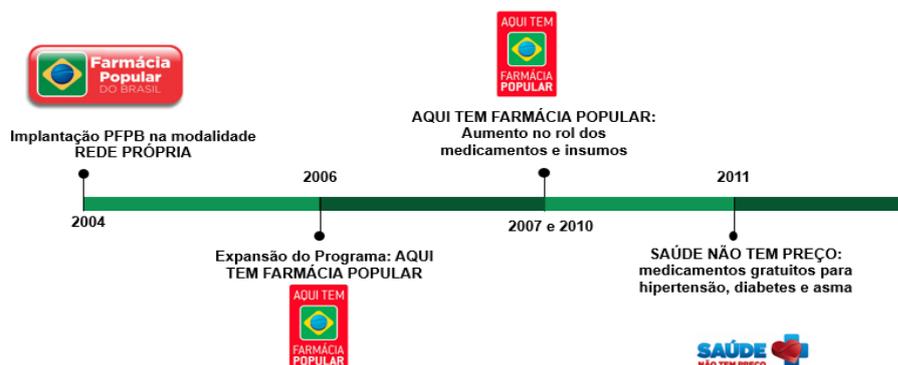


Fonte: Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico,2005.

Em 2006, através de parcerias com o setor privado varejista farmacêutico, o programa é expandido adotando da mesma forma o sistema de copagamento de até 90% para medicamentos para o controle de hipertensão e diabetes. Esta expansão fica intitulada de “Aqui Tem Farmácia Popular” (ATFP), e com a incorporação dos credenciamentos com a rede privada o programa passou a ter como foco grupos populacionais com perfil epidemiológico específico sem restrição socioeconômica. Em 2007, o elenco de medicamentos do ATFP é ampliado, sendo os anticoncepcionais. Em 2010, adquire novo aumento, passando a incluir no rol de produtos: insulina regular, sinvastatina, medicamentos para o tratamento de osteoporose, rinite, asma, Parkinson e glaucoma, além de incluir fraldas geriátricas para atender os idosos no tratamento de incontinência urinária. A partir de 2011, o PFPB passa a disponibilizar os medicamentos gratuitos para hipertensão, diabetes e asma, nos estabelecimentos credenciados no Programa Farmácia Popular, baseado na campanha “Saúde Não Tem Preço” (SNTTP) (Silva R, 2015).

Em 2017, as redes próprias foram extintas baseadas na deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que decretou o encerramento da transferência de recursos destinados a manutenção dessas unidades, considerando que o sistema de subsídios no Brasil se dá em coexistência com os mecanismos regulares de acesso governamental a medicamentos (SUS), causando sobreposições em termos de financiamento e população alvo (Luiza et al.,2018). Os recursos foram realocados integralmente para o financiamento da AF Básica, visando a otimização da AF no que concerne a compra de medicamentos considerados essenciais à população (Brasil, 2018d). (Figura 4).

FIGURA 4- Evolução do Programa Farmácia Popular do Brasil.



Fonte: Elaboração própria.

Desde sua introdução, o programa tem demonstrado resultados significativos como fonte de obtenção de medicamentos pela população brasileira. Resultados de um estudo baseado na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) que avaliou o acesso a medicamentos para hipertensão arterial no Brasil, mostrou que a obtenção de medicamentos através da utilização do programa aumentou, correspondendo a 16% dos medicamentos utilizados nos cuidados da hipertensão (Mengue et al., 2016a). Resultados de outro estudo, baseados na Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), mostraram que 15,9% dos hipertensos e 16,2% dos diabéticos conseguiram seus medicamentos no PFPB (COSTA et al.,2016).

Apesar do consenso existente sobre a relevância da implantação do programa, muito tem se discutido no que concerne ao financiamento do PFPB, pois ainda que o programa ter surgido como uma proposta de estratégia complementar ao acesso de medicamentos, alguns autores como, BAPTISTA et al. (2009) apontam que a política do PFPB:

“Abre precedentes para a utilização dos recursos do SUS para programas e ações que não necessariamente estejam atrelados ao desenvolvimento da garantia do direito universal e integral à saúde e, em certa medida, pode vir a competir com a provisão de medicamentos na rede pública de saúde” (BAPTISTA,2009 p.835).

Estudo que teve por objetivo a análise sobre o desempenho do PFPB (Santos-Pinto et al.,2010), ratificam que o programa é viabilizado por recursos públicos, o que resulta em um direcionamento de recursos para o setor privado, mas por outro lado, evidenciam que o programa se apresenta como uma opção para os usuários tanto da rede pública, quanto da privada e os subsídios governamentais estão previstos na PNAF e que, ademais:

“Como política pública, o PFPB parece somar e não substituir esforços de provisão de medicamentos no País. Estima-se que venha atingindo seu objetivo de ampliação do acesso, sendo forma inovadora de provisão, marcada pela intersectorialidade e coadunante com os marcos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica” (SANTOS-PINTO,2010 p.619).

Por fim, Mattos (2015) por meio de revisão de literatura que buscou responder questionamentos quanto aos custos frente aos recursos investidos no PFPB (ATFP) e CBAF, concluiu que apesar das diferenças metodológicas e de amostras, os estudos convergem a favor da hipótese de que o ATFP é menos custo-efetivo que o CBAF, no entanto o CBAF enfrenta enormes problemas estruturais, de gestão, enquanto na modalidade ATFP essas questões são terceirizadas.

No que concerne a disponibilidade dos medicamentos, resultados das análises realizadas para comparar as duas modalidades do PFPB (redes próprias e ATFP) e o CBAF sugeriram que a maior disponibilidade encontrada nas modalidades do PFPB está relacionada a maior efetividade nas questões relativas à dispensação de financiamento, programação, aquisição, distribuição e armazenamento quando comparadas ao CBAF (Mattos,2015).

Outra temática de suma importância que vale ressaltar é referente a promoção do URM. É indiscutível que o acesso a medicamentos é um dos objetivos fundamentais dos sistemas de saúde, mas não é um fim por si só. É preciso garantir ao usuário o uso adequado do medicamento para que este possa contribuir positivamente nos resultados de saúde. (Luiza et al,2018). Dentre as modalidades do PFPB, as redes próprias estavam projetadas para serem de fato estabelecimentos de promoção e proteção da saúde, enquanto a modalidade ATFP está ligada a uma estrutura mercantilizada para sua concretização, funcionando na mesma dinâmica das farmácias comerciais, sem considerar ações específicas de atenção à saúde e educação quanto ao uso correto dos medicamentos. Essas variantes relacionadas ao cuidado prestado ao usuário retoma uma discussão importante no que se refere aos impactos à saúde e ao distanciamento do que é preconizado para atenção básica do SUS (Mattos,2015).

A introdução do PFPB constitui uma importante inovação no financiamento público de medicamentos no Brasil, na medida em que ampliação do acesso para sua população alvo e contribuiu para a melhora das condições de saúde. Grupos interessados e que estão envolvidos no processo nacional da política de base do PFPB têm debatido sobre as vantagens e desvantagens da introdução do copagamento, considerando as outras políticas de acesso à medicamentos em curso (Luiza et al.,2018).

5. MÉTODOS

5.1 Delineamento e população

O presente estudo utiliza dados provenientes da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) estruturada em dois componentes: inquérito domiciliar sobre acesso, utilização e uso racional de medicamentos e avaliação das políticas públicas de assistência farmacêutica e sua efetivação na Atenção Básica a Saúde no SUS. O inquérito domiciliar trata-se de um estudo transversal de base populacional, desenvolvido em amostra probabilística de indivíduos com 20 ou mais anos de idade, residentes em áreas urbanas do Brasil (Mengue et al., 2016).

5.2 Procedimento de Coleta de Dados e Amostra

O inquérito domiciliar foi restrito à população urbana e para a definição do tamanho amostral, foram utilizadas estimativas obtidas a partir da PNAD 2008. Como resultado, encontrou-se um tamanho mínimo amostral de 960 entrevistas por domínio amostral, totalizando 38.400 entrevistas. O sorteio da amostra foi feito por conglomerado em três estágios: município (unidade amostral primária), setor censitário e domicílio. (MS,2016).

O processo amostral complexo resultou em amostra representativa do Brasil e das cinco regiões do País, estratificada por sexo e grupos etários. Os domínios amostrais utilizados foram (Brasil,2016):

- Primeiro domínio: 0 a 4 anos sem distinção de sexo
- Segundo domínio: 5 a 19 anos sem distinção de sexo
- 3 e 4 domínios: 20 a 39 anos Homens e mulheres
- 5 e 6 domínios: 40 a 59 anos Homens e mulheres
- 7 e 8 domínios: 60 anos ou mais Homens e mulheres

A coleta de dados foi realizada de setembro de 2013 a fevereiro de 2014 por meio de entrevistas domiciliares face-a-face, realizadas por entrevistadores

treinados, com o registro dos dados em tablets com software desenvolvido especificamente para a aplicação dos questionários.

Os questionários foram desenvolvidos por pesquisadores de Universidades Brasileiras, tendo sido amplamente discutidos, padronizados e testados antes da sua aplicação. Os instrumentos de coleta de dados da PNAUM foram estruturados em blocos, e os blocos utilizados para análise do objeto deste estudo estão disponíveis no anexo I. As variáveis dependentes analisadas foram o conhecimento e a utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil (sim ou não), obtidas a partir das seguintes perguntas: (i) “O (a) Sr (a) conhece o Programa Farmácia Popular? ”; e para os indivíduos que referiram conhecer, (ii) “ O Sr (a) usa a Farmácia Popular? ”

As variáveis independentes analisadas foram:

Demográficas:

- Sexo (feminino; masculino)
- Idade (20-29; 30-39; 40-49; 50-59; e 60 ou mais anos)
- Cor da pele autorreferida (branca; negra; parda; e outras)
- Região de residência (Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; e Centro-Oeste).

Socioeconômicas:

- Escolaridade (0-8; 9-11; e 12 ou mais anos de estudo)
- Filiação ou não a plano médico de saúde
- Classificação econômica ABEP da Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (A/B; C; e D/E).

5.3 Procedimento de Análise de Dados

A associação entre as variáveis dependentes e independentes selecionadas foi verificada pelo teste do qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Estimaram-se prevalências e razões de prevalência (RP) ajustadas por sexo e idade, e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estimados mediante regressão múltipla de Poisson com variância robusta.

Para as análises dos dados, empregou-se o programa STATA 11.0 com utilização dos comandos svy, que permitem incorporar à análise as ponderações e a

informação sobre as unidades primárias da amostragem, considerando-se todos os aspectos de uma amostragem complexa.

5.4 Questões Éticas

A investigação PNAUM foi submetida à Comissão Nacional de Ética Em Pesquisa (Conep), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 18947013.6.0000.0008, e foi aprovada mediante o parecer nº 398.131/2013, para execução em âmbito nacional (Anexo I).

Os entrevistados foram esclarecidos sobre a pesquisa e a estratégia de coleta de dados. Toda entrevista foi precedida pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cada entrevistado recebeu uma cópia do termo assinado. Os resultados desta investigação serão divulgados com garantia de anonimato dos participantes.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

ARTIGO

Conhecimento e Uso do Programa Farmácia Popular do Brasil: Resultados de inquérito populacional.

Knowledge and Use of the Popular Pharmacy of Brazil Program: Population survey results.

Modalidade do Manuscrito: artigo original

Fernanda Alves França¹, Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco², Andréa Dâmaso Bertoldi³, Vera Lúcia Luiza⁴, Sotero Serrate Mengue⁵ Noemia Urruth Leão Tavares⁶

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

² Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

³ Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

⁴ Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁵ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁶ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Submetido a *Health Policy and Planning*.

ABSTRACT

This paper aims to investigate the prevalence and factors associated with the knowledge and use of the Brazilian Popular Pharmacy Program (PFPB) by socioeconomic characteristics and health conditions of the Brazilian population. We conducted a data analysis of data from the National Survey on Access, Use and Promotion of the Rational Use of Medicines (PNAUM), a population-based, cross-sectional household survey based on a probabilistic sample of the Brazilian population. In this analysis we use data collected with a sample of adults (≥ 20 years). The outcomes analyzed were the knowledge and use of the Brazilian Popular Pharmacy Program. The independent variables were gender, age, self-reported skin color, region of residence, schooling, health plan, economic classification, number of chronic diseases, hospitalization in the last year, and number of medicines used in the 15 days before the application of the questionnaire. Prevalence and prevalence ratios (PR) adjusted for gender and age, and the respective 95% confidence intervals (95% CI) were estimated using robust Poisson regression. Estimates show the knowledge of PFPB by about half of the Brazilian population (53.3%; 95% CI 51.1-55.6), and 14.4% (95% CI: 13.3-15.6) referred its use to have access to medicines. The population segments that knew and used the program the most were female; older adults (60 years and over); people with better economic class and health plan; people diagnosed with two or more chronic diseases; who reported hospitalization in the last year and use of five or more medications in the 15 days before the interview. The knowledge of PFPB in the Brazilian population was widely distributed in the population, and its more extensive use was in the older population segments, with multiple comorbidities and use of medicines and best economy class.

Descriptors: Pharmaceutical Care; Epidemiological Surveys; Health Policy, Cross-Sectional Studies.

BACKGROUND

In Brazil, health is a constitutional right made effective by the adoption of an official and universally accessible health system, the establishment of guiding public health actions practices, health democratization, establishment and institutionalization of a Unified Health System (SUS) (*Paim et al.*, 2011). A number of public health policies were developed based on this context, including the National Medicines Policy (PNM) and the National Pharmaceutical Care Policy, both targeting the promotion of better health care to ensure safety, efficacy, quality, rational use and access of the population to essential medicines (*Bermudez et al.*, 2018).

Access to medicines is a significant social challenge for governments, especially in countries with national universal access systems. For this reason, Brazil has implemented different interventions aimed at increasing access to safe and effective medicines. Some of the most relevant outpatient medicine delivery mechanisms in Brazil are: (1) direct disbursement in commercial pharmacies; (2) free acquisition in public health facilities of the SUS; (3) co-payment ("*Aqui tem Farmácia Popular*" program) or gratuity ("*Saúde não tem Preço*" program) in the Brazilian Popular Pharmacy Program (PFPB) (*Luiza et al.*, 2017). It is worth mentioning that these three systems coexist.

The PFPB was implemented in 2004 through the "*Rede Própria de Farmácias Populares*" (Own Network of Popular Pharmacies) component and consisted of own pharmacy units established by the Ministry of Health. In 2006, the program was expanded through partnerships with the private pharmaceutical retail sector, and this regulatory component was called "*Aqui tem Farmácia Popular*" (ATFP), where

accredited pharmacies received federal government subsidies and sold medicines at a lower cost to the user. Another critical moment of the PFPB was “*Saúde não tem Preço*”, in which medicines for the treatment of hypertension, diabetes, and asthma became exempt from co-payment in both components (Silva, 2015; Luiza et al., 2018). Currently, only the ATFP component (*PMS, 2018*) is in operation (Figure 1).

Despite studies evaluating the implementation and effects of PFPB that have been developed in recent years to show the impact of the Program on the access and use of medicines in the country (*Almeida et al., 2019; Almeida, 2018; Ferreira, 2017, Santos-Pinto, 2011; Emmerick et al., 2016*), it is necessary to investigate its scope to verify whether the population segments for which the proposal was formulated are covered and benefits proposed by the Public Policy to society are being achieved.

Thus, this study was developed from data of a Brazilian population-based survey and aimed to estimate the prevalence and factors associated with the knowledge and use of the Brazilian Popular Pharmacy Program, by socioeconomic characteristics and health conditions of the population.

METHODS

This is a cross-sectional population-based study developed in a probabilistic sample of individuals aged 20 years or older living in urban areas of 245 municipalities in the five geographic Brazilian regions. The data tap from the National Survey on Access, Use and Promotion of the Rational Use of Medicines (PNAUM), and were collected from September 2013 to February 2014.

The information was obtained through face-to-face household interviews conducted by trained interviewers, with data recording on tablets with software developed specifically for the application of the questionnaires. The complex sample process resulted in a representative sample of Brazil and the five regions of the country, stratified by gender and age groups. Details on the sampling and logistics of data collection are published in another paper (*Mengue S et al., 2016*).

The dependent variables analyzed were the knowledge and use of the Brazilian Popular Pharmacy Program (yes or no), obtained from the following questions: (i) “Do you know the Popular Pharmacy Program?”; and for the individuals who reported knowing it, (ii) “Do you use the Popular Pharmacy?”

The independent variables analyzed were: a) **Demographic** - gender (female, male); age (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, and 60 years or older); and self-reported skin color (white, black, brown, and other); region of residence (North, Northeast, Southeast, South, and Midwest); b) **Socioeconomic** - schooling (0-8, 9-11, and 12 or more years of study), having a health plan or not; and economic class as per the Brazilian economic classification criterion of ABEP (Brazilian Association of Research Companies) (A/B, C, and D/E); c) **Health conditions and characteristics related to the use of health services** - number of chronic diseases; hospitalization in the last year; and number of medicines used in the 15 days before the application of the questionnaire.

The association between the dependent and independent variables selected was verified by the Pearson chi-square test (Rao-Scott), with a significance level of 5%. Prevalence and prevalence ratios (PR) adjusted for gender and age were

estimated, and the respective 95% confidence intervals (95% CI) were estimated using Poisson regression with robust variance.

Program STATA v.11.0 was used to analyze data with the svy commands, which allow for incorporating the weights and the information about the primary units of the sampling, considering all the aspects of a complex sampling.

PNAUM was approved by Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (National Research Ethics Commission – Protocol 18947013.6.0000.0008). All interviews were conducted after the respondents or their legal representatives (in the case of incapable persons) had read and signed the informed consent, with assurance of confidentiality and anonymity.

RESULTS

A total of 41,433 people were interviewed who, after adjustments by region, gender, and age, represent the approximately 171 million Brazilians living in the Brazilian urban areas.

The results of this study show that, concerning the total population, 53.3% (95% CI 51.1-55.6) knew the Brazilian Popular Pharmacy Program in the study period, and 14.4% (95% CI: 13.3-15.6) reported using it for access to medicines. Of those who reported knowing about the program, the percentage who reported using PFPB was 27.0% [95% CI: 25.4-28.8].

Greater knowledge of the program was observed in the female population, in older adults aged 60 years or older, with a higher economic class (A/B) and who reported having a health plan (Table 1).

Regarding the health conditions, use of services and number of medications, after adjustment, a significantly higher knowledge of PFPB was observed in those who reported having two or more chronic diseases, having been hospitalized in the last year and using 5 or more medicines (7.2 times more than those who reported not being on medication) (Table 2).

Analyzing the use of PFPB with regard to the sociodemographic characteristics of the individuals, after the adjustment, a significantly higher prevalence was observed in women, about 2.4 times more in the segment with age \geq 60 years compared to younger people, with higher economic class (A/B) and a health plan (Table 3).

The use of the program was greater by individuals who reported having two or more chronic diseases (4 times higher than those who did not), who had been hospitalized in the last year (45% more than those who did not), and more expressive the higher the number of medicines used, reaching eight times more in those who were using five or more medicines.

DISCUSSION

PNAUM was the first population-based survey on access to and use of medicines performed in Brazil with national representation. The results showed the knowledge of PFPB for about half of the Brazilian population in the study period, corresponding to 64,096 million individuals, where about 17 million reported using the program for access to medicines.

The population segments that knew the most and used the program in Brazil in 2014 had similar profiles, significantly higher among women, older adults, with

better economic class and a health plan. Also, this result was observed in individuals with two or more chronic diseases; those who reported hospitalization in the last year and used five or more medicines in the 15 days before the interview.

Strategies aimed at ensuring the population's access to medicines are among the primary resources for coping with chronic noncommunicable diseases (NCDs) (*Vialle-Valentin et al., 2015*). In Brazil, medicines for the treatment of NCDs can be purchased free of charge from the SUS pharmacies, free of charge and geared to the most prevalent NCDs, and through the PFPB, with a reduced list of medicines and supplied through copayment, and only a few of which are free, such as those for the treatment of hypertension, diabetes and asthma (*Matta, 2018*). A significant increase in the use of the program by the population with NCDs was observed in this study, showing that in this segment, the program has had an essential coverage.

In this setting, and considering the deadlocks related to access to medicines through SUS pharmacies, results obtained in previous studies show that the PFPB is an integral part of the public pharmaceutical care policies that aim to promote people's access to medicines and has evidenced positive results in the face of health outcomes such as curbing hospitalizations and deaths by NCDs (*Almeida et al., 2019*).

Among the PFPB's objectives, decreased medicine expenditure is one of the main tools in improving access to medicines, considering that spending on these products may represent most of the private health expenditure in the family budget of economically less-favored sectors of the population (*Costa et al., 2014*). In this study, a higher prevalence of knowledge of the Program was observed in the segment of

the population of the most favored economic classes, which may suggest that this group has more available resources to access information about it.

The knowledge of the program was more significant among individuals from 40 years of age, and the prevalence of use was more expressive among those aged 60 years and over. Results from an earlier study that evaluated the prevalence and factors associated with the use of the Brazilian Popular Pharmacy Program among older adults showed that the prevalence of knowledge of the program was 87%, suggesting that this population group may receive a higher volume of information about the program, apparently because they are in an age group that mainly requires the use of polypharmacy to reduce the number of chronic illnesses in this population (*Miranda et al., 2006*).

Regarding the region of residence of the respondents, there was no significant statistical difference regarding the knowledge of the PFPB. However, the prevalence of program use was higher in the South and Southeast regions when compared to the North and Northeast regions of the country. This result suggests that there are regional inequalities in the coverage of the program, in which more affluent regions would be more assisted and, thus, there would be more coverage than the more impoverished regions. *Silva et al. (2019)* analyzed the regional allocation of PFPB resources, considering the relative availability of the program and the potential needs of each region, and the results of the study pointed to an inequality issue in the coverage of the program, considering that the states with the best equality rates are located in the wealthiest regions of the country, corroborating our findings.

Also in the context of regional distribution, a study that analyzed the historical phases of the program and the changes associated with the geographical

accessibility to the medicines over time and the results showed that although we have obtained a significant increase in the number of pharmacies participating in the scope of the program, and as a consequence better in the aspects geared to the access to medicines, the disparities in pharmacy coverage remain between the regions (*Emmerick et al., 2015*). Although the PFPB's coverage has not been analyzed in this paper, it is known that the issue of capillarity and scope of the program directly influences its use, and one must consider discussions that promote the redirection of public policies in favor of more equitable pharmaceutical care in the country.

From an economic viewpoint, it is worth remembering that the initial purpose of the program was intended to serve all users or non-users of public health services equally, focusing on private service users who could not afford to pay treatment (*MS, 2005*). Regarding the Brazilian population in 2014, the results show that the use of PFPB medicines was higher in the individuals of the best economic class, and who reported having a health plan, which reflects the inclusion of non-SUS users as initially proposed by the program.

The impact of government subsidy policies for medicine procurement is an essential tool in increasing the availability and accessibility of NCDs treatment, especially hypertension and diabetes (*Ferreira, 2017; Costa et.al , 2016; Almeida et al., 2019*). It is worth considering that the possibility of not achieving total treatment in the SUS for free increases when the treatment involves many medicines (*Tavares et al., 2016; Matta et al., 2018*), and considering the results obtained in the present study, the PFPB is shown as complementary strategy to access all medicines required by the population.

However, since Brazil has other mechanisms for access to already established medicines, discussions on the long-term impacts on government expenditure, and on the financial sustainability of the PFPB are still highly encouraged, since they are still higher than the traditional model of free medicine supply in the SUS (*Luiza et al., 2017*).

Two issues are central to this discussion: PFPB funding increases annually, and the list of medicines is more restricted, and funds for medicines provided in primary care have been frozen since 2009; the other issue refers to the overlapping of the lists of medicines supplied, which could generate competing resources, and not a complementarity as assumed by the program (*Mattos et al., 2019*).

As limitations of data collection, we can highlight the identification of the Program, because Brazil counts on several possibilities of procuring medicines in the private sector with discount, such as fidelity programs, which coexist, for example, with the component “*Aqui tem Farmácia Popular*” Program.

Finally, it is pointed out that the Brazilian Popular Pharmacy Program is an important policy to promote universal access to medicines in the country, considering the profile of the Brazilian population that knows and uses the program, and the gaps in the free supply of SUS medications.

The knowledge of PFPB in the Brazilian population was widely distributed in the Brazilian population, and its greater use in the older population segments, with multiple comorbidities and medicine use.

Authors Contribution:

Responsible for the study conception: FAF,NUL;Contributed to the design, analysis and interpretation of results: FAF, NUL, PMSBF, ADB,VLL and SSM.All authors participated equally in the writing, and approved the final version of the manuscript, and declared to be responsible for all aspects of the study, ensuring it is accuracy and completeness.

REFERENCES

Almeida A, Sá E, Vieira F, et al. Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. *Revista de Saúde Pública*. 2019; 53:20.

Almeida A; Vieira F; Sá E. Os efeitos do Acesso a Medicamentos por meio do Programa Farmácia Popular sobre a saúde de Portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. In: CMAP 2016 a 2018: Estudos e Propostas do Comitê de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas Federais. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2018. p. 85-112.

Bermudez J, Esher A, Osorio-de-Castro C, Vasconcelos D, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*.2018; 23:1937-1951.

Costa K, Francisco P, Barros M. Conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: estudo de base populacional no município de Campinas-SP. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2014; 23:397-408.

Costa K, Tavares N, Mengue S, et al. Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*.2016; 25:33-44.

Emmerick I, do Nascimento J, Pereira M, et al. Farmácia Popular Program: Changes in Geographic Accessibility of Medicines during Ten Years of a Medicine Subsidy Policy in Brazil. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, Londres. 2015;8:10.

Emmerick I, Luiza V, Campos M, et al. Impact of consecutive subsidies policies on access to and use of medicines in Brazil – ISAUM-Br Final Report. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/NAF; 2016. Relatório Final.

Ferreira P, Castro R. Efeitos do copagamento de medicamentos sobre saúde no Brasil: evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular. *Revista do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social*. 2017; 47: 67-117.

Luiza V, Chaves L, Campos M, et al. Applying a health system perspective to the evolving Farmácia Popular medicines access programme in Brazil. *BMJ Global Health*. 2018; 2: e000547.

Luiza V, Emmerick I, Campos M et.al. Impacto de políticas consecutivas de subsídio no acesso e uso de medicamentos no Brasil: Programa Farmácia Popular do Brasil: suas fases e impacto no acesso e uso de medicamentos– ISAUM-Br. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/NAF, 2017. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SF3-ISAUM-Br%20Policy%20brief%20Port%20revATUAL_0.pdf. Acesso em: 13 abril 2019.

Matta S, Bertoldi A, Emmerick I, et al. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*. 2018; 34: e00073817.

Mattos L, Silva R, Chaves G, et al. Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2019; 28:287-298.

Mengue S, Bertoldi A, Boing A, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*. 2016a;50(supl 2):4s.

Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

Miranda V, Fassa A, Meucci R, et al. Utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil por idosos. *Revista de Saúde Pública*. 2016; 50:13.

Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges [O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios]. *Lancet*. 2011; 377:1778–97.

Portal Ministério da Saúde [homepage na internet]. Programa Farmácia Popular [Internet]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/693-acoes-e-programas/40176-farmacia-popular>. Acesso em: 23 set 2018.

Santos-Pinto C, Costa N, Osório-de-Castro C. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16:2963-2973.

Silva M, Almeida A, Araújo Júnior I. Análise de equidade da distribuição de recursos do Programa Farmácia Popular. *Revista de Saúde Pública*. 2019; 53:50.

Silva R, Caetano R. “Farmácia Popular do Brasil” Program: characterization and evolution between 2004 and 2012. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2015; 20:2943–56.

Tavares N, Luiza V, Oliveira M, et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2016;50(supl 2):7s.

Vialle-Valentin C, Serumaga B, Wagner A, et al. Evidence on access to medicines for chronic diseases from household surveys in five low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*.2015; 30:1044–105.

Figure 1. Evolution of the Brazilian Popular Pharmacy Program.

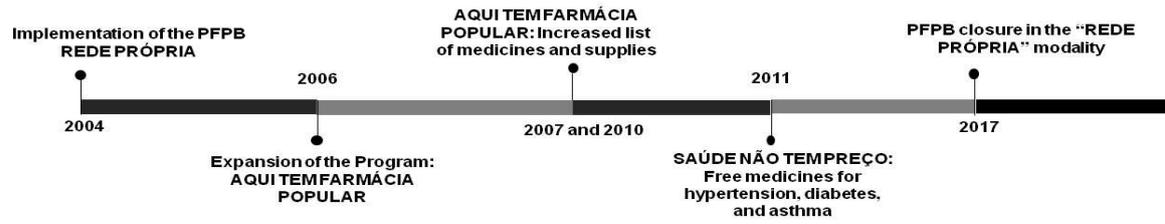


Table 1. Prevalence and prevalence ratios of the knowledge of the Brazilian Popular Pharmacy Program by demographic and socioeconomic variables in the Brazilian population. PNAUM, 2014.

Variables	Prevalence (%)	P-value*	CrudePR (95%CI)	AdjustedPR (95%CI)
<i>Gender</i>		< 0.001		
Male	47.4		1	1
Female	58.4		1.23 (1.18-1.28)	1.22 (1.17 - 1.27)
<i>Age group</i>		< 0.001		
20 - 39	49.6		1	1
40 - 59	55.2		1.11 (1.05-1.16)	1.11 (1.05 - 1.16)
60 and over	58.6		1.18 (1.12-1.24)	1.17 (1.11 - 1.23)
<i>Schooling</i>		0.57		
0 - 8	53.3		1	1
9 - 11	53.9		1.00 (0.65-0.96)	1.00 (0.96-1.05)
12 and over	51.9		0.97 (0.42-0.90)	0.97 (0.91-1.04)
<i>Skin color/ethnicity</i>		0.086		
White	57.1		1	1
Black	57.9		1.01 (0.94-1.08)	1.02 (0.95 - 1.09)
Brown	54.2		0.95 (0.90-1.00)	0.96 (0.91 - 1.01)
Other	55.2		0.96 (0.83-0.90)	0.97 (0.84 - 1.11)
<i>Region of residence</i>		0.367		
North	48.9		1	1
Northeast	51.8		1.05 (0.94-1.18)	1.04 (0.93 - 1.17)
Southeast	54.3		1.10 (0.98-1.25)	1.09 (0.96 - 1.23)
South	55.3		1.12 (0.99-1.17)	1.11 (0.98 - 1.23)
Midwest	52.2		1.06 (0.95-1.19)	1.06 (0.95 - 1.18)
<i>Economic class</i>		<0.001		
A/B	58.7		1	1
C	54.8		0.94 (0.88-1)	0.93 (0.88 - 0.99)
D/E	43.8		0.75 (0.69-0.82)	0.75 (0.07 - 0.81)
<i>Health plan</i>		<0.001		
Yes	66.6		1	1
No	49.2		0.73 (0.69-0.78)	0.74 (0.70 - 0.79)

* P-value of the chi-square test (Rao-Scott). AdjustedPR (95%CI): Prevalence ratio adjusted by gender and age; 95% confidence interval.

Table 2. Prevalence and prevalence ratios of the knowledge of the Brazilian Popular Pharmacy Program by health conditions, use of health services, number of medicines and characteristics related to the use of health services in the Brazilian population. PNAUM, 2014.

Variables	Prevalence (%)	P-value*	CrudePR(95%CI)	AdjustedPR (95%CI)
<i>Chronic disease</i>		<0.001		
0	45.67		1	1
1	61.92		1.35 (1.28-1.42)	1.35 (1.28-1.42)
≥ 2	68.13		1.49 (1.42-1.56)	1.48 (1.41-1.55)
<i>Hospitalization in the last year</i>		<0.001		
No	52.95		1	1
Yes	59.00		1.11 (1.05-1.17)	1.07 (1.01-1.13)
<i>Number of medicines used in the 15 days before the interview</i>		<0.001		
0	40.22		1	1
1	59.33		1.47 (1.39-1.56)	1.44 (1.36-1.52)
2	61.30		1.52 (1.42-1.62)	1.48 (1.38-1.58)
3 or 4	65.00		1.61 (1.50-1.72)	1.55 (1.45-1.67)
≥ 5	70.00		1.73 (1.63-1.85)	1.66 (1.56-1.77)

*P-value of the chi-square test (Rao-Scott). AdjustedPR (95%CI): Prevalence ratio adjusted by gender and age; 95% confidence interval.

Table 3. Prevalence and prevalence ratio of the use of the Brazilian Popular Pharmacy Program by demographic and socioeconomic variables in the Brazilian population. PNAUM, 2014.

Variables	Prevalence (%)	P-value*	CrudePR (95%CI)	AdjustedPR (95%CI)
<i>Gender</i>		<0.001		
Male	11.16		1	1
Female	17.27		1.54 (1.41-1.69)	1.48 (1.35-1.63)
<i>Age group</i>		<0.001		
20 - 39	9.56		1	1
40 - 59	15.55		1.62 (1.41-1.86)	1.61 (1.40-1.85)
60 and over	24.22		2.25 (2.18-2.91)	2.46 (2.13-2.84)
<i>Schooling</i>		0.54		
0 - 8	14.72		1	1
9 - 11	14.16		0.96 (0.47-0.86)	0.95 (0.39-0.86)
12 and over	13.66		0.92 (0.30-0.80)	0.93 (0.30-0.80)
<i>Skin color/ethnicity</i>		0.004		
White	16.34		1	1
Black	16.31		0.99 (0.84-1.17)	1.02 (0.87-1.20)
Brown	13.62		0.83 (0.74-0.93)	0.88 (0.79-0.99)
Other	15.82		0.96 (0.68-1.37)	1.02 (0.72-1.43)
<i>Region of residence</i>		0.003		
North	1.32		1	1
Northeast	11.68		0.88 (0.70-1.11)	0.82 (0.65-1.04)
Southeast	15.71		1.19 (0.95-1.48)	1.06 (0.84-1.33)
South	16.02		1.21 (0.96-1.53)	1.11 (0.88-1.40)
Midwest	13.11		0.99 (0.79-1.24)	0.94 (0.75-1.18)
<i>Economic Class</i>		0.004		
A/B	15.88		1	1
C	14.69		0.92 (0.80-1.05)	0.90 (0.79-1.03)
D/E	1.95		0.75 (0.63-0.89)	0.72 (0.60-0.86)
<i>Health plan</i>		<0.001		
Yes	19.58		1	1
No	12.86		0.65 (0.58-0.73)	0.68 (0.61-0.77)

*P-value of the chi-square test (Rao-Scott). AdjustedPR (95%CI): Prevalence ratio adjusted by gender and age; 95% confidence interval.

Table 4. Prevalence and prevalence ratio of the use of the Brazilian Popular Pharmacy Program by health conditions, use of health services, number of medicines and characteristics related to the use of health services in the Brazilian population. PNAUM, 2014.

Variables	Prevalence (%)	P-value*	CrudePR(95%CI)	AdjustedPR (95%CI)
<i>Chronic disease</i>		<0.001		
0	6.89		1	1
1	19.97		2.89 (2.46-3.41)	2.72 (2.32-3.19)
≥ 2	32.23		4.68 (4.04-5.41)	4.18 (3.60-4.84)
<i>Hospitalization in the last year</i>		<0.001		
No	14.03		1	1
Yes	20.41		1.45 (1.26-1.66)	1.27 (1.11-1.46)
<i>Number of medicines used in the 15 days before the interview</i>		< 0.001		
0	4.30		1	1
1	13.66		3.17 (2.59-3.88)	3.08 (2.50-3.78)
2	20.45		4.76 (3.78-5.98)	4.43 (3.52-5.56)
3 or 4	27.86		6.48 (5.32-7.91)	5.75 (4.70-1.03)
≥ 5	36.86		8.57 (6.95-10.58)	7.20 (5.82-8.90)

*P-value of the chi-square test (Rao-Scott). AdjustedPR (95%CI): Prevalence ratio adjusted by gender and age; 95% confidence interval.

7. CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência do conhecimento do Programa Farmácia Popular do Brasil na população brasileira se mostrou amplamente distribuída, bem como a prevalência de utilização, que se mostrou mais significativa nos segmentos populacionais de maior idade, com múltiplas comorbidades e uso de medicamentos.

O Programa Farmácia Popular tem se mostrado uma política de extrema importância para promover o acesso a medicamentos, considerando que o acesso aos medicamentos através do programa operacionaliza o princípio do acesso universal no Brasil, ao mesmo tempo em que preenche a lacuna deixada por falhas na provisão gratuita de medicamentos do SUS. No entanto, ainda é necessário se investigar os efeitos do PFPB sobre a AFAB, já que somadas as fragilidades de provimento do setor público e os aumentos de investimento no programa influenciam indiretamente na gestão e tomada de decisões na AFAB.

Estudos adicionais são necessários para avaliação da economicidade do programa, bem como sua sustentabilidade, já que o volume de pacientes e os custos de tratamento per capita continuam aumentando.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aday L, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*.1974; 9: 208-230.

Almeida A, Sá E, Vieira F, et al. Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. *Revista de Saúde Pública*. 2019; 53:20.

Almeida A; Vieira F; Sá E. Os efeitos do Acesso a Medicamentos por meio do Programa Farmácia Popular sobre a saúde de Portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. In: CMAP 2016 a 2018: Estudos e Propostas do Comitê de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas Federais. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2018. p. 85-112.

Almeida S, Vêras M. O Programa Farmácia Popular: alcance e limites como alternativa de acesso a medicamentos essenciais. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*.2017; 22:278-295.

Álvares J, Guerra Junior A, Araújo V, et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2017;51(Supl 2:20s).

Baptista T, Machado C, Lima L. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14: 829-839.

Barros M, Francisco P, Zanchetta L, et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16:3755-68.

Bermudez J, Esher A, Osorio-de-Castro C, Vasconcelos D, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*.2018; 23:1937-1951.

Bertoldi A, Barros A, Hallal P, et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Revista de Saúde Pública*.2004; 38:228-38.

Bertolli Filho C. História da saúde pública no Brasil. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

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

Brasil. Decreto nº. 68.806 de 25 de jun de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 25 jun. 1971.

Brasil. Lei nº [10.742, DE 6 DE OUTUBRO DE 2003.](#) Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 6 out. 2003.

Brasil. Lei nº 10.858 De 13 De Abril De 2004, Brasília, Ministério Da Saúde. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências, 2004c.

Brasil. Lei nº 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, 19 set. 1990.

Brasil. Lei no 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 10 fev. 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) [Internet]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/medicamentos-rename/componente-basico-da-assistencia-farmaceutica-cbaf>. Acesso em: 20 set. 2018a.

Brasil. Ministério da Saúde. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CESAF) [Internet]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/medicamentos-rename/componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica-ceaf>. Acesso em: 22 set 2018c.

Brasil. Ministério da Saúde. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) [Internet]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/medicamentos-rename/cesaf>. Acesso em: 22 set 2018b.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional De Promoção Da Saúde (Documento para discussão). Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6 , de 28 de setembro de 2017. Consolidação das Normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 28 set. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. 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. Brasília, DF, 17 set. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 29 jan. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular [Internet]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/693-aco-es-e-programas/40176-farmacia-popular>. Acesso em: 23 set 2018d

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Componente populacional: introdução, método e instrumentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Programa farmácia popular do Brasil: manual de informações às unidades credenciadas: sistema de copagamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Portaria nº 491 De 9 De Março De 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa "Farmácia Popular do Brasil". Diário Oficial da União. Brasília, DF, 9 mar. 2006a.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 28 abr. 2011.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 13021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 8 ago. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm. Acesso em: 19 set 2018.

Brasil. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004a. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.: Diário Oficial da União. Brasília, DF, 06 mai. 2004.

Costa C, Silveira M, Acurcio F, et al. Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Publica. 2017;51(Supl 2:18s).

Costa K, Francisco P, Barros M. Conhecimento e utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: estudo de base populacional no município de Campinas-SP. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2014; 23:397-408.

Costa K, Tavares N, Mengue S, et al. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde.2016; 25:33-44.

Costa K, Tavares N, Nascimento Júnior J et.al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51 (Supl 2:2s).

Emmerick I, do Nascimento J, Pereira M, et al. Farmácia Popular Program: Changes in Geographic Accessibility of Medicines during Ten Years of a Medicine Subsidy Policy in Brazil. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, Londres. 2015;8:10.

Emmerick I, Luiza V, Campos M, et al. Impact of consecutive subsidies policies on access to and use of medicines in Brazil – ISAUM-Br Final Report. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/NAF; 2016. Relatório Final.

Emmerick I. Dimensões e determinantes do acesso a medicamentos em três países da América Central. Tese [doutorado em Saúde Pública] – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

Farias G. Acesso e Uso Racional de Medicamentos na Atenção Primária à Saúde. Tese [doutorado em Ciências e Tecnologias em Saúde] – Brasília: Universidade de Brasília; 2016.

Ferreira C, Dias G, Franciscon I, et al. SINUS 2014: Compartilhando Responsabilidades na Promoção da Justiça. Organização Mundial da Saúde (OMS): Guia de Estudos. 2014. Disponível em: <https://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>. Acesso em: 17 set. 2018.

Ferreira P, Castro R. Efeitos do copagamento de medicamentos sobre saúde no Brasil: evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular. *Revista do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social*. 2017; 47: 67-117.

Figueiredo Neto M, Silva P, Rosa L, et al. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. *Revista Âmbito Jurídico*. 2010;13:76.

Flores V, Benvegno L. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2008; 24:1439-1446.

Gadelha C, Costa K, Nascimento JÚNIOR J, et al. Pnaum: abordagem integradora da Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação. *Revista de Saúde Pública*. 2016;50(supl. 2)3:s.

Helena E, Andersen S, Menoncin S. Percepção dos usuários sobre acesso aos medicamentos na atenção primária. Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Coletiva*. 2015;23:280-288.

Hogerzeil H, Mirza Z. The world medicines situation 2011: access to essential medicines as part of the right to health. 3.ed. Geneva: World Health Organization, 2011.

Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 © IBGE. 2010 [internet]. Acesso em 19 set 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45130.pdf>

Luiza V, Chaves L, Campos M, et al. Applying a health system perspective to the evolving Farmácia Popular medicines access programme in Brazil. *BMJ Global Health*. 2018; 2: e000547.

Luiza V, Emmerick I, Campos M et.al. Impacto de políticas consecutivas de subsídio no acesso e uso de medicamentos no Brasil: Programa Farmácia Popular do Brasil: suas fases e impacto no acesso e uso de medicamentos– ISAUM-Br. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/NAF, 2017. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SF3-ISAUM-Br%20Policy%20brief%20Port%20revATUAL_0.pdf. Acesso em: 13 abril 2019.

Marin N, organizador. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro:OPAS/OMS, 2003.

Matta S, Bertoldi A, Emmerick I, et al. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*. 2018; 34: e00073817.

Mattos L, Silva R, Chaves G, et al. Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*.2019; 28:287-298.

Mattos L. Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]– Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.

Mengue S, Bertoldi A, Boing A, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*. 2016a;50(supl 2):4s

Mengue S, Bertoldi A, Ramos L, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Revista de Saúde Publica*. 2016;50(supl 2):8s.

Ministério da Saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde– Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

Miranda V, Fassa A, Meucci R, et al. Utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil por idosos. *Revista de Saúde Pública*.2016; 50:13.

Miziara N, Coutinho D. Problemas na política regulatória do mercado de drogas. *Revista de Saúde Pública*. 2015; 49: 35.

Oliveira M, Luiza V, Tavares N, et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. *Revista de Saúde Pública* 2016; 50(supl 2):6s. Organización Mundial De La Salud. Medir precios, disponibilidad, asequibilidad y componentes de los precios de los medicamento ,2008. [Internet] Acesso em 19 set 2019. Disponível em: http://www.who.int/publications/list/measuring_medicine_prices.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud. Servicios farmacêuticos basados en la atención primaria de salud. Washington, DC: OPS;2013.Documento de posición de la OPS/OMS.

Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377:1778–97.

Paiva C, Teixeira L. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2014; 21:15-35.

Paniz V, Fassa G, Facchini L, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*.2008; 24:267-280.

Paniz V. Acesso A Medicamentos Em População Assistida Por Diferentes Modelos De Atenção Básica Nas Regiões Sul E Nordeste Do Brasil. Tese [Doutorado em Epidemiologia]– Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Pelotas; 2009.

Penchansky R, Thomas J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 1981; 19:127-40.

Polignano M. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão [internet]. Minas Gerais: Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2001. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>. Acesso em 17.set.2018.

Portal Ministério da Saúde [homepage na internet]. Programa Farmácia Popular [Internet]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/693-acoes-e-programas/40176-farmacia-popular>. Acesso em: 23 set 2018.

Rozenfeld S. Fundamentos da Vigilância Sanitária [internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. Disponível em: <http://books.scielo.org/>. Acesso em 17.set.2018

Sabaté E, organizador. Adherence to long-term therapies: evidence for action: World Health Organization; 2003.

Santos H, Andrade S, Birolim M, et al. Mortalidade infantil no Brasil: uma revisão de literatura antes e após a implantação do Sistema Único de Saúde. *Revista Paulista de Pediatria*.2010;32:131-43.

Santos-Pinto C, Costa N, Osório-de-Castro C. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16:2963-2973.

Santos-Pinto C, Miranda E, Emmerick I, et al. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44:611-619.

Santos-Pinto C. O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura de utilização frente à Política Nacional de Medicamentos. Dissertação [mestrado em saúde pública] – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

Silva Filho, H. *Direito à saúde: uma inconstitucionalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil*. João Pessoa. Monografia [Graduação em Direito] – Centro Universitário de João Pessoa; 2010.

Silva M, Almeida A, Araújo Júnior I. Análise de equidade da distribuição de recursos do Programa Farmácia Popular. *Revista de Saúde Pública*. 2019; 53:50.

Silva R, Caetano R. “Farmácia Popular do Brasil” Program: characterization and evolution between 2004 and 2012. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2015; 20:2943–56.

Tavares N, Luiza V, Oliveira M, et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2016;50(supl 2):7s.

Teixeira S, Oliveira J. (Im) Previdência Social: 60 anos de história da previdência social no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

Travassos C, Viacava F, Fernandes C, et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;13:133-149.

Vialle-Valentin C, Serumaga B, Wagner A, et al. Evidence on access to medicines for chronic diseases from household surveys in five low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*. 2015; 30:1044–1052.

Vieira F, Zucchi P. Diferenças De Preços Entre Medicamentos Genéricos E De Referência No Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2006; 40:444-449.

Vieira F. Assistência Farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2010;27:149–56.

ANEXOS

I. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA NACIONAL SOBRE ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL - PNAUM

Pesquisador: Sotero S Mengue

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18947013.6.0000.0008

Instituição Proponente: Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 398.131

Data da Relatoria: 16/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise das respostas enviadas pelo pesquisador para as pendências apontadas no Parecer CONEP n. 350.756.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o Parecer CONEP n. 350.756.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o Parecer CONEP n. 350.756.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o Parecer CONEP n. 350.756.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Quanto ao cronograma apresentado, o mesmo não está adequado, pois informa que o estudo já teve início (01/07/2013). Solicita-se esclarecimento e, caso necessário, adequação do cronograma

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 398.131

Situação do Parecer:

Aprovado

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

BRASILIA, 17 de Setembro de 2013

Assinador por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-6878 **E-mail:** conepeg@saude.gov.br

II. Questionários / Formulários

**PNAUM - Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e
Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil**

Questionário do Inquérito Domiciliar

ADULTO

Bloco 1 - I01- INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO

Vou começar fazendo algumas perguntas sobre a(o) Sr(a).

1.2	Em qual estado o(a) Sr(a) nasceu?	<input type="checkbox"/> Acre <input type="checkbox"/> Alagoas <input type="checkbox"/> Amapá <input type="checkbox"/> Amazonas <input type="checkbox"/> Bahia <input type="checkbox"/> Ceará <input type="checkbox"/> Distrito Federal <input type="checkbox"/> Espírito Santo <input type="checkbox"/> Goiás <input type="checkbox"/> Maranhão <input type="checkbox"/> Mato Grosso <input type="checkbox"/> Mato Grosso do Sul <input type="checkbox"/> Minas Gerais <input type="checkbox"/> Pará <input type="checkbox"/> Paraíba <input type="checkbox"/> Paraná <input type="checkbox"/> Pernambuco <input type="checkbox"/> Piauí <input type="checkbox"/> Rio de Janeiro <input type="checkbox"/> Rio Grande do Norte <input type="checkbox"/> Rio Grande do Sul <input type="checkbox"/> Rondônia <input type="checkbox"/> Roraima <input type="checkbox"/> Santa Catarina <input type="checkbox"/> São Paulo <input type="checkbox"/> Sergipe <input type="checkbox"/> Tocantins <input type="checkbox"/> Outro país
1.2a	Outro país	99 – NS/NR
1.3	Em qual cidade deste estado o(a) Sr(a) nasceu? (<i>ex: Belo Horizonte</i>)	99 – NS/NR
1.4	É casado(a) ou vive com companheiro(a)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, mas já viveu antes <input type="checkbox"/> Nunca viveu

1.5	A sua cor ou raça é: <i>*Ler as alternativas*</i>	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> NS/NR
1.6	Qual é o seu peso atual? (Kg)	_ _ _ Kg 999 = NS/NR
1.7	Qual é a sua altura? (em cm)	_ _ _ centímetros 999 = NS/NR
1.8	Sabe ler e escrever?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passar para 2.1.0
1.9	Até que série e grau o(a) Sr(a) estudou? <i>*Considere as séries completas de estudo*</i>	
1.10	Curso primário	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
1.10a	Admissão	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1.10b	Curso ginásial ou ginásio	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1.11	1º grau ou fundamental ou supletivo de primeiro grau ou EJA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
1.12	2º grau ou colégio técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de segundo grau ou EJA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1.13	3º grau ou curso superior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto
1.41a	Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)	<input type="checkbox"/>
1.15	Nunca estudou	<input type="checkbox"/>
1.16	NS/NR	<input type="checkbox"/>



06_C – FARMÁCIA POPULAR

Caso o uso da farmácia Popular já tenha sido citado, passe para a 6.30

6.28	O(a) Sr(a) conhece o Programa Farmácia Popular?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não => Encerre o bloco
6.29	O(a) Sr(a) usa a Farmácia Popular?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não => Encerre o bloco
6.30	Qual o principal motivo que faz o(a) Sr(a) usar a Farmácia Popular? <i>*Ler as alternativas. Em caso de resposta múltipla por parte do respondente, perguntar qual o mais importante.*</i>	<input type="checkbox"/> O preço => Passe para 6.31 <input type="checkbox"/> A localização => Passe para 6.31 <input type="checkbox"/> O atendimento => Passe para 6.31 <input type="checkbox"/> Porque tem os remédios que faltam no SUS => Passe para 6.31 <input type="checkbox"/> Porque é mais perto do que o posto do SUS => Passe para 6.31 <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 6.31
6.30a	Se outro, qual?	99 – NS/NR
6.31	Neste local o (a) Sr(a) consegue todos os remédios que precisa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Às vezes
6.32	Alguma vez faltou algum desses remédios?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não => Passe para 6.34 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 6.34
6.32a	Com que frequência? <i>*Ler as alternativas*</i>	<input type="checkbox"/> Sempre falta <input type="checkbox"/> As vezes falta <input type="checkbox"/> Quase sempre falta <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 6.34
6.33	Desses remédios que utiliza, quais costumam faltar?	99 – NS/NR
6.34	Se estes remédios não estivessem disponíveis na Farmácia Popular, o(a) Sr(a) procuraria por eles no SUS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não => Passe para 6.34c
6.34a	Por quê?	<input type="checkbox"/> Porque é grátis => Passe para 6.35 <input type="checkbox"/> Porque preciso do remédio => Passe para 6.35 <input type="checkbox"/> Porque é perto => Passe para 6.35 <input type="checkbox"/> outro
6.34b	Se outro, qual:	99 – NS/NR => Passe para 6.35

III. Comprovante de submissão do artigo

Manuscripts submitted to Health Policy and Planning

OXFORD
UNIVERSITY PRESS

Health Policy and Planning

Knowledge and Use of the Brazilian Popular Pharmacy Program: Population survey results

Journal:	<i>Health Policy and Planning</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Supplement Article
Country of Expertise:	Brazil
Keywords:	access, drug policy, essential drugs, health policy, health systems, pharmaceutical policy

SCHOLARONE™
Manuscripts