



VERA LUCIA GASPARIM JACINTO

**BENEFÍCIOS DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO
BRASIL**

RONDONÓPOLIS/MT
2021

VERA LUCIA GASPARIM JACINTO

BENEFÍCIOS DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unic,
como requisito parcial para obtenção do título de
graduada em Farmácia.

Orientadora: Lorena Souza

VERA LUCIA GASPARIM JACINTO

BENEFÍCIOS DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unic,
como requisito parcial para obtenção do título de
graduada em Farmácia.

Orientadora: Jéssica Rufino

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Rondonópolis/MT....de maio de 2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço a conclusão desse trabalho, primeiramente a Deus, por ter me dado sabedoria e forças para que eu não desistisse nos momentos mais difíceis e exaustivos.

Ao meu esposo Givanildo que de forma especial e carinhosa me deu total apoio e que muito me incentivou ao longo do curso. Pelos meus filhos Isaac e Lucas que são o motivo da minha busca pelo crescimento profissional.

A minha mãe que não pode esperar em vida para me ver formando em mais um curso superior, mas que presenciou um pouco da minha luta pelo título de farmacêutica.

A todos os professores que não mediram esforços para transmitir conhecimento e que muito contribuiu para minha formação, e a todos os amigos e familiares que de uma forma direta ou indireta contribuíram para que eu concluísse o curso. Muito obrigada a todos vocês!

JACINTO, Vera Lucia Gasparim. **Benefícios do Programa Farmácia Popular do Brasil**. 27 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Unic, Rondonópolis, 2021.

RESUMO

Neste estudo, analisou-se por meio de bibliografias o que se trata o Programa Farmácia Popular do Brasil cujo objetivo foi apontar o quanto o programa tem beneficiado a população de baixa renda que necessita de medicamentos de uso contínuo. O trabalho aponta ainda a lista de medicamentos disponibilizados pelo governo, as doenças que mais acomete a população e os locais onde são dispensados esses medicamentos, seja de forma totalmente gratuita ou de custo muito baixo, diante disso, o presente trabalho tem por objetivo compreender quais os benefícios que o Programa Farmácia Popular do Brasil oferece para a população. O trabalho tem como objetivos específicos, discutir o perfil dos beneficiados do programa Farmácia Popular do Brasil, para entender a faixa etária, cor, condição social e sexo. Identificar quais os medicamentos disponibilizados pelo programa, para saber quais são os mais procurados e dispensados pelas farmácias credenciadas e por último, apontar os benefícios do Programa Farmácia Popular do Brasil, para a população. Este trabalho teve como metodologia um estudo descritivo com análise documental e abordagem qualitativa sobre os benefícios do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB).

Palavras-chave: Medicamentos. Hipertensão; Diabetes; Farmácia Popular.

JACINTO, Vera Lucia Gasparim. **Benefits of the Popular Pharmacy Program of Brazil**. 27 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Unic, Rondonópolis, 2021.

ABSTRACT

In this study, it was analyzed through bibliographies what the Programa Farmácia Popular do Brasil is about, whose objective was to point out how much the program has benefited the low-income population that needs medication for continuous use. The work also points out the list of medicines made available by the government, the diseases that most affect the population and the places where these medicines are dispensed, either totally free or at very low cost. Given this, the present work aims to understand which the benefits that the Popular Pharmacy Program in Brazil offers to the population. The work has as specific objectives, to discuss the profile of the beneficiaries of the Farmácia Popular do Brasil program, to understand the age group, color, social condition and sex. Identify which medications are available through the program, to find out which are the most sought after and dispensed by accredited pharmacies and, lastly, point out the benefits of the Popular Pharmacy Program in Brazil, for the population. This work had as methodology a descriptive study with documentary analysis and qualitative approach on the benefits of the Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB).

Keywords: Medicines; Hypertension; Diabetes; Popular Pharmacy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF –	ATENÇÃO FARMACÊUTICA
ATFP –	AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR
DM –	DIABETE <i>MALITTUS</i>
FIOCRUZ –	FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
HAS –	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
MS –	MINISTÉRIO DA SAÚDE
PFPB –	PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL
PNM –	POLÍTICA NACIONAL DO MEDICAMENTO
RC –	REDE CONVENIADA
RP –	REDE PRÓPRIA
SNTP –	SAÚDE NÃO TEM PREÇO

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	9
2 PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	12
3 PERFIL DOS BENEFICIADOS DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL.....	15
4CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR.....	17
4.1APONTAMENTOS POSITIVOS E NEGATIVOS.....	17
4.2ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	18
4.3COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	20
5 CONCLUSÃO	24
6 REFERÊNCIAS.....	25

1.INTRODUÇÃO

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) foi criado em 2004 por meio do decreto nº 5.090 de 20 de maio de 2004 que regulamentou a Lei nº 10.858/2004, criando de fato o PFPB com o intuito de promover a universalidade do acesso aos medicamentos, diminuindo a repercussão desses gastos no orçamento familiar e permitindo a sua disponibilidade a baixo custo para os cidadãos assistidos pela rede privada (ALENCAR; ARAÚJO; COSTA et al. 2018, p. 162).

Os medicamentos disponibilizados pelo programa são distribuídos através de uma rede própria de Farmácias Populares e também por meio de parcerias com estabelecimentos farmacêuticos da rede privada, ou seja, drogarias cadastradas que constituem extensões do Programa para a rede privada, denominadas, “Aqui Tem Farmácia Popular” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). O programa Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP) tem um papel estratégico para aumentar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais e se relaciona com outras estratégias do governo para o fortalecimento das ações voltadas à saúde.

O PFPB contempla a população com aquisição de medicamentos essenciais com baixo custo ao maior número de pessoas, mas visa também o uso racional do medicamento através da Política Nacional do Medicamento (PNM) e da Assistência Farmacêutica (AF) de modo a garantir a efetivação e ações da AF na busca por uma maior ampliação do acesso a medicamentos, bem como uma melhor articulação e integração dessas ações dentro do sistema de saúde (BRASIL, 1998;2004).

Dos itens que o PFPB oferece a população, está incluso a distribuição de contraceptivos, insulina regular, sinvastatina, medicamentos para o tratamento do Diabetes *mellitus* (DM), tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), e com a ampliação do programa passou atender outras doenças com medicamentos para o tratamento de osteoporose, rinite, asma, Parkinson e glaucoma, além de assistir à idosos com problemas de incontinência urinária na dispensação de fraldas geriátricas.

O problema que deu origem a este estudo remonta da observação de como o país tem gasto nos últimos anos com medicamentos fornecidos a população para tratar de doenças que cada vez mais tem atingido a população e que cada vez mais cedo, pessoas estão se tornando dependentes dessas medicações.

Observa-se que os problemas que acometem as pessoas beneficiadas do PFPB, são comuns a quase todas, geralmente se apresentam com pressão arterial, diabetes, entres outras doenças, no entanto estudos revelam que a partir do programa, com a campanha Aqui Tem Farmácia Popular, os gastos com internações hospitalares e vidas salvas ainda são menores que os gastos com o financiamento desses medicamentos.

O programa garante o acesso da população aos medicamentos e são inúmeras as farmácias e drogarias credenciadas e autorizadas na dispensação dos medicamentos. Há toda uma política que norteia os tramites legais para a aquisição e dispensação dos medicamentos garantindo que o paciente dê continuidade ao tratamento farmacológico. Mas diante de tantos benefícios ofertados por esse programa, é preciso pensar em como está a qualidade de vida dessas pessoas, como está sendo feita a dispensação desses medicamentos e se há uma verdadeira e intensa assistência farmacêutica.

Com isso, essa pesquisa foi desenvolvida para colaborar principalmente com a população que utiliza desses benefícios apontando ou indicando como esse programa pode impactar na saúde e na qualidade de vida da grande população.

O programa PFPB é uma realidade, que existe há mais de 15 anos, possui milhares de farmácias e drogarias credenciadas para dispensação dos medicamentos e contempla milhões de brasileiros, no entanto, existe um questionamento, quais os benefícios do Programa Farmácia Popular do Brasil?

É perceptível o aumento do acesso aos medicamentos e produtos de saúde ofertados pelo PFPB através do ATFP e para que esses programas existam e funcione o governo compromete bilhões anualmente, do orçamento público para atender a população. Diante disso, o presente trabalho tem por objetivo compreender quais os benefícios que o Programa Farmácia Popular do Brasil oferece para a população.

O trabalho tem como objetivos específicos, discutir o perfil dos beneficiados do programa Farmácia Popular do Brasil, para entender a faixa etária, cor, condição social e sexo. Identificar quais os medicamentos disponibilizados pelo programa, para saber quais são os mais procurados e dispensados pelas farmácias credenciadas e por último, apontar os benefícios do Programa Farmácia Popular do Brasil, para a população.

Este trabalho teve como metodologia um estudo descritivo com análise documental e abordagem qualitativa sobre os benefícios do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Foram realizadas análises sobre quais os benefícios que o Programa traz para a população

com embasamento em portarias que regulamenta a criação e funcionamento do programa, documentações, artigos e dados disponibilizados no portal único do Governo Federal (gov.br) e na Base Nacional de dados de ações e serviços da assistência farmacêutica no âmbito do SUS e do Ministério da Saúde, sobre o PFPB, foram utilizadas buscas de artigos científicos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PUB MED, LILACS, SciELO, com publicações que compreende o período de 2015 a 2020, com os descritores; “programa farmácia popular do Brasil”, “Atenção à Saúde”, “Assistência Farmacêutica”, “Acesso à medicamento”, “aqui tem farmácia popular” e “Políticas públicas de saúde”.

2.PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

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

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

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

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

Os medicamentos serão disponibilizados à população pela “Rede Própria” e pelo “Aqui tem farmácia popular. A ‘Rede Própria’ é constituída por farmácias Populares em

parceria com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos. A dispensação dos medicamentos ocorrerá mediante ressarcimento correlato de todas as etapas desde os custos de produção até a dispensação (BRASIL, 2012).

Valendo-se desse entendimento, a Portaria nº. 971/2012, artigo 4º, traz: “na “Rede Própria”, a Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ será a executora das ações inerentes à aquisição, estocagem, comercialização e dispensação dos medicamentos, podendo para tanto firmar convênios com a União, Estados, Distrito Federal, Municípios e Instituições, sob a supervisão direta e imediata do MS” (BRASIL, 2012).

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

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

A cada dispensação de medicamentos a um usuário é obrigatório a emissão do cupom fiscal e do cupom vinculado. Neste último é obrigatório conter informações como: nome completo do beneficiário, número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), assinatura do beneficiário, endereço, razão social e CNPJ da empresa, nome do responsável legal da

empresa, Unidade da Federação, número de inscrição do médico no Conselho Federal de Medicina, valor total da venda, do subsídio do MS, da parcela a ser paga pelo beneficiário, data da compra, nome do medicamento, quantidade autorizada, identificação do operador da transação entre outros (BRASIL, 2012).

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

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

3.PERFIL DOS BENEFICIADOS DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

O PFPB foi criado com o intuito de oferecer mais uma alternativa de acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Sua criação se deu no ano de 2004, decorrente da descentralização da Assistência Farmacêutica (AF). É por meio da AF que o paciente ao ter acesso ao medicamento, o tenha nas quantidades adequadas e no momento necessário. A descentralização ocorreu a partir de 1996, levando em consideração a extensão do país e os mais de 200 milhões de habitantes, com o objetivo de reduzir as desigualdades. Com a descentralização, a responsabilidade pela garantia do acesso ao medicamento ficou dividida entre as esferas municipais, estaduais e federais, sendo que os municípios cuidariam da atenção básica, o estado com a dispensação de medicamentos de caráter excepcional e o governo federal, com programas estratégicos.

O funcionamento do programa iniciou com uma gestão conjunta entre Ministério da saúde e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Por meio da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, a Fiocruz fica autorizada a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento, regulamentada pelo Decreto nº5.090, de 20 de maio de 2004. A Fiocruz também ficou responsável pela capacitação dos profissionais, pela aquisição, pelo armazenamento, e pela distribuição dos medicamentos, enquanto os parceiros públicos e privados sem fins lucrativos se responsabilizavam pela gestão administrativa das farmácias, o que incluía a contratação de recursos humanos, gestão de estoque de medicamentos, o fornecimento de materiais de consumo e a manutenção predial (Silva; Caetano, 2015).

A criação do PFPB, ocorreu em duas fases que operou nessa modalidade até 2017, a primeira fase teve início em 2004, constituída de rede própria (RP) foi encerrada em 2017, nessa fase a Fiocruz em parceria com drogarias e farmácias públicas, sem fins lucrativos distribuíam medicamentos com copagamento de uma parcela ou gratuitamente para tratamento de doenças como diabetes, asma e da hipertensão arterial. A segunda fase que se iniciou a partir de março de 2006 é composta pela rede conveniada (RC), acrescentada de drogarias e farmácias da rede privada com fins lucrativos para dispensar medicamentos com copagamento, mas também na dispensação de medicamentos para tratar diabetes, asma e hipertensão arterial, de forma gratuita (ALMEIDA *et al*, 2019).

Foi a partir dessa segunda fase “RC”, que surgiu a campanha do governo denominada Saúde Não Tem Preço (SNTTP). A Portaria 184/2011, assinada em 03 de fevereiro de 2011,

determinava que, a partir do dia 14 de fevereiro, todas as farmácias da Rede Própria, bem como as farmácias e drogarias credenciadas do “Aqui Tem Farmácia Popular” ficariam obrigadas a praticar os preços de dispensação e os valores de referência, garantindo, assim, a gratuidade para estes medicamentos. A partir de 04 de junho, o Ministério da Saúde também passa a disponibilizar para a população, por meio do SNTP, três medicamentos para o tratamento da asma, disponíveis em oito apresentações de forma totalmente gratuita. Além dos medicamentos gratuitos para hipertensão, diabetes e asma, o Programa oferece outros itens, entre medicamentos e a fralda geriátrica, com preços até 90% mais baratos utilizados no tratamento de dislipidemia, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma, além de contraceptivos e fraldas geriátricas para incontinência urinária. A Portaria nº 971, de 17 de maio de 2012, é revogada em 28 de janeiro de 2016 pela Portaria nº 111, que passa a regulamentar o Programa Farmácia Popular do Brasil a partir de 12 de fevereiro daquele ano até o presente momento (MS, 2017).

O PFPB contempla toda a população, sem distinção, seja de idade, cor, gênero ou condição social, muito embora, o programa visa atender a população de baixa renda que geralmente depende da obtenção gratuita de medicamentos pelo setor público como única alternativa de tratamento. No entanto, esses beneficiados apresentam um perfil de consumo muito similar, com prevalência de medicamentos relacionados a condições cardiovasculares e em sua maioria, do setor privado.

O perfil dos beneficiados do PFPB consiste no público tanto da rede privada quanto da rede pública e de baixa renda, no entanto, Miranda *et al* (2016) aponta que cor da pele, sexo, ocupação e suporte social não influenciam no perfil dos indivíduos que buscam medicação através do PFPB, mas que a idade e a condição social sim, têm muita influência e ainda reforça que “A utilização do programa diminui linearmente com o aumento da renda quando comparados com aqueles de menor renda”. Ou seja, quando o indivíduo melhora o orçamento familiar ele deixa de utilizar os medicamentos fornecidos pelo programa. A autora supracitada ainda menciona que pessoas com doenças crônicas como diabetes, hipertensão e dislipidemia são os que mais utilizam medicamentos fornecidos pelo PFPB.

4.CARACTERISTICAS DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR

4.1APONTAMENTOS POSITIVOS E NEGATIVOS

Como ponto positivo ao programa, podemos iniciar citando o acesso a medicamentos que pode ser considerado como um elemento fundamental para garantir o direito à saúde. Considerando que "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado" (BRASIL, 1990), o direito de acesso aos serviços de saúde, especialmente aos medicamentos, é um importante indicador da legitimidade dos direitos de todo cidadão do nosso país.

A garantia do acesso a medicamentos essenciais é considerada uma das responsabilidades essenciais do Estado e a questão está na agenda dos governos de diferentes países e organizações internacionais. (INOCENCIO, 2011).

Atualmente, a OMS estima que dois terços da população mundial tenham acesso aos medicamentos de que necessitam e que o número de pessoas com acesso a medicamentos essenciais tenha aumentado de US \$ 2 bilhões em 1977 para US \$ 4 bilhões em 1997 (OMS, 2001). No entanto, deve ser lembrado que um terço da população mundial ainda não tem acesso a medicamentos, sendo este um ponto negativo. (LUIZA et al., 2004).

A autora coloca quatro pontos importantes que merecem destaque e atenção quanto ao acesso a medicamentos, sendo:

- Seleção racional de medicamentos e desenvolvimento de produtos;
- Preços acessíveis para governos e consumidores;
- Financiamento sustentável graças a recuperações de administrações públicas e seguridade social;
- Sistemas de fornecimento confiáveis com serviços públicos e privados.

Uma das ações governamentais mais relevantes para aumentar o acesso foi a criação do Mercado de Regulamentação do Mercado de Medicamentos (CMED), que implantou um pacote de medidas para promover a assistência farmacêutica à população brasileira, usando mecanismos que estimulam o fornecimento de drogas e a competitividade do setor, por meio de um novo marco regulatório econômico (BRASIL, 2003).

Fica claro nessas pesquisas realizadas que mesmo o programa sendo completo ainda precisa ser melhorado para se tornar ainda mais satisfatório. Nesse sentido. A adesão ao programa trouxe muitas melhorias e reconhecimento às farmácias, uma vez que a população

começou a frequentar as instalações com maior frequência no mês, resultando no aumento das vendas de outros produtos e no aumento da fidelidade dos clientes. (LUIZA et al., 2004).

4.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Melhorar o acesso a medicamentos essenciais tornou-se um ponto fundamental no país, melhoria das políticas de saúde pública é essencial para a inclusão de programas e ações tendo em conta o perfil epidemiológico dos grupos de população interessados responder adequadamente à população (COSTA, FRANCISCO, BARROS, 2014).

Nesse sentido, a assistência farmacêutica na atenção primária deve ser privilegiada visando fornecer aos usuários do SUS acesso oportuno a medicamentos no devido tempo, na quantidade e qualidade exigidas, além dos serviços clínicos uso racional desses medicamentos, por meio de um manejo abrangente e humanizado (COSTA; FRANCISCO, BARROS, 2014).

Com base nos conceitos acima, o acesso a medicamentos, além de prevista em todas as leis existentes, deve ser política pública. Para BERMUDEZ & BONFIM (1999, apud JUNGES, 2006, p.22):

“Acesso, no caso de medicamentos, significa ter o produto adequado, para uma finalidade específica, na dosagem correta, pelo tempo que for necessário, no momento e no lugar requerido pelo usuário, com garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado, tendo como consequência a resolatividade das ações de saúde.”

De acordo com a Política Nacional de Saúde, a assistência farmacêutica no SUS deve ser entendida como uma política pública orientadora da formulação de políticas setoriais, as prioridades estratégicas são manutenção e assistência farmacêutica na rede pública de saúde, a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações (BRASIL, 2011b).

Aumentar o acesso e garantir o uso racional de medicamentos, integrar assistência farmacêutica a outras políticas de saúde, prevenir gastos com recursos financeiros, desenvolver e treinar recursos humanos para implementar a assistência farmacêutica e a eficácia da gestão estão entre as mais importantes (BRASIL, 2010).

Assistência Farmacêutica - AF está presente nas Redes de Atenção à Saúde – RAS, como apoio. A importância da AF na rede de saúde pode ser explicada pela importância do

medicamento, tanto do ponto de vista, condições econômicas e de saúde. Gastos com medicamentos de famílias brasileiras, bem como o uso inadequado destas são algumas das situações que já seriam a necessidade de RAS para organizar o sistema de cuidados farmacêuticos, como um dos seus sistemas de apoio transversal (MENDES, 2011).

De acordo com Mendes, (2011), o sistema de assistência farmacêutica incluía logística de medicamentos e farmácia clínica. A logística de medicamentos, o primeiro componente do sistema AF inclui as ações de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição. Já a farmácia clínica, fundamental na assistência farmacêutica, envolve a forma terapêutica nacional, a dispensação, a observância do tratamento, reconciliação de drogas e farmacovigilância.

O medicamento é um insumo fundamental na promoção e recuperação de Saúde e a assistência farmacêutica traz Farmacêuticos mais perto do usuário, a fim de acompanhar o tratamento farmacológico e obter resultados que melhoram a qualidade de vida do paciente. O usuário deve ter acesso ao seu medicamento de forma correta e saber exatamente como administra-lo (KOPITKE, CAMILLE, 2010).

Conhecer e articular os componentes de sistema de saúde com a função de gestão, planejamento e avaliação da assistência farmacêutica é essencial para promover o acesso a medicamentos para uso racional. Portanto, a inserção do profissional torna-se uma necessidade e seu papel como profissional responsável pelo uso de racional e resolução de drogas, é de fundamental importância para a atenção saúde, entendida em toda a extensão do princípio da saúde (BRASIL, 2010).

Importante ressaltar neste capítulo, que o farmacêutico deve ter propriedade de questões de gestão, que devem ser reorganizadas em conformidade com as características locais onde o serviço é inserido, ou seja, para manter a consistência com o tipo e o nível de complexidade. Essas atividades incluem: seleção de medicamentos, programação, aquisição e armazenamento selecionado; manuseio daqueles que são necessários e/ou indisponíveis no mercado; distribuição e isenção de garantia de segurança e respeito de prazos; monitorar o uso e fornecimento de informações e conselhos aos pacientes e equipe de saúde (MAGARINOS, 2007).

A indústria farmacêutica oferece grandes especialidades. O constante lançamento de novos produtos, geralmente frutos de pequenas mudanças em suas estruturas moleculares não fornecem melhorias ou ganhos substanciais do ponto de vista terapêutico. A

comercialização de um número crescente de medicamentos similares, alternativas farmacêuticas, associadas ao intenso trabalho de diferentes entre marketing e mercado, acabam estimulando a prescrição e uso natureza irracional da droga. O que é realmente observado é um número crescente de especialidades produtos farmacêuticos, sem que isto conduza a uma melhoria no disponível para a população. Além disso, essa prática de marketing resulta num aumento de preço desses novos medicamentos e, portanto, custos de tratamento. Neste contexto, torna-se seleção racional de medicamentos para fornecer maior eficiência administrativa e adequada resolução terapêutica contribuir para a racionalidade na prescrição e uso de medicamentos (MARIN, 2003).

As drogas podem ser consideradas ferramentas para prestador de cuidados de saúde para mudar o curso da prevenção, diagnóstico ou tratamento de uma doença. No entanto, o uso irracional de drogas desenvolvimento e disseminação de resistência bacteriana, reações adversas drogas, erros no uso de drogas, e poderia causar mais danos que beneficia o paciente (MELLO, 2007).

4.3 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

A criação de um comitê farmacêutico e terapêutico é uma estratégia, que estabelece um instrumento para o gerente tomar decisões mais uniforme e de acordo com as diretrizes estabelecidas. A comissão tem natureza consultiva e deliberativa, que visa selecionar medicamentos essenciais para uso no sistema de saúde, além de aconselhar a gestão sobre questões de drogas. Geralmente é composto por profissionais de saúde de diversas origens, incluindo o farmacêutico cujo papel vai além dos limites da seleção, estando intimamente ligado à educação e promoção do uso racional de medicamentos (BARRETO, GUIMARÃES, 2010).

A comissão de farmácia terapêutica tem uma estrutura multidisciplinar onde profissionais atua como um membro efetivo responsável por: participar da seleção, análise e a utilização de estudos científicos que suportem a escolha apropriada de medicamentos; participar de ações para promover o uso racional de drogas e o desenvolvimento de pesquisas clínicas; participar na preparação de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos; participar na definição de normas prescrição, dispensação, administração, uso de drogas e avaliação; participar de estudos de custo-efetividade de drogas e outros produtos de saúde;

fornece informações sobre medicamentos e outros produtos para a saúde, suspeito de estar envolvido em eventos adversos; participar na definição dos critérios que regem a divulgação de medicamentos e produtos de saúde; participar de estudos sobre o uso de drogas; estimular a utilização de indicadores epidemiológicos como critério de tomada de decisão; participar na preparação e divulgação da padronização de medicamentos, assegurar o cumprimento e participar na preparação do guia Medicamento Farmacoterapêutico (BRASIL, 2006a).

Os principais objetivos da seleção de medicamentos são a implementação de políticas do uso de drogas com base em avaliação, seleção e uso adequado terapêutico; promover a atualização e reciclagem de temas relacionados à redução de custos (BRASIL, 1994).

A seleção de drogas é um processo complexo. É importante que seja realizado tendo em conta a contribuição das seguintes ciências: farmacoeconomia, farmacoepidemiologia, farmacologia e terapêutica clínica, farmacovigilância, biofarmacotecnia e farmacocinética. Esta abordagem multidisciplinar dos diferentes elementos que interferem no uso de drogas são considerados na escolha do arsenal terapêutico (REIS, 2003).

O programa foi inicialmente montado por farmácias denominadas rede própria, com distribuição de medicamentos a custo reduzido aos usuários, pois o valor final do produto é subsidiado pelo governo federal. Os medicamentos são adquiridos centralmente pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, que também é responsável pela distribuição de medicamentos e pelo gerenciamento de unidades. Nessa etapa do programa, os municípios foram selecionados no IBGE (2012), definindo as áreas metropolitanas como: "Consistindo em grupos de municípios adjacentes estabelecidos pela legislação estadual para planejar e executar funções públicas e de interesse comum". O perfil socioeconômico da população desses municípios também foi levado em conta.

Esta etapa é denominada modelo 2 e atende aos mesmos critérios da primeira (BRASIL, 2004e). Nessa fase, os municípios das aglomerações urbanas foram selecionados de acordo com a classificação do IBGE, além dos hospitais filantrópicos com mais de 100 leitos nessas regiões. Posteriormente, foram adotados critérios populacionais e a possibilidade de credenciamento para os municípios de mais de 100.000 habitantes para o Estado de São Paulo e mais de 70.000 habitantes para os demais estados, além de hospitais filantrópicos presentes nestes, foi aberto. (JUNGES, 2006; -PINTO, OSÓRIO DE CASTRO e COSTA, 2011, 2966).

A etapa final do programa do PFPB foi fortalecer sua presença nos territórios da cidadania, um programa lançado pelo governo federal em 2008 para "promover o desenvolvimento econômico e universalizar os programas básicos de cidadania por meio de uma estratégia de desenvolvimento territorial sustentável". "(BRASIL, 2008g).

Além dos aspectos epidemiológicos, a rede do PFPB baseou-se na inclusão de medicamentos incluídos na Lista Nacional de Medicamentos Essenciais(RENAME) vigente na época, "dadas as principais doenças que afetam a população brasileira e cujos tratamentos gerar um impacto maior no orçamento familiar "(JUNGES, 2006, p.108).

O aumento do número de instituições acreditadas no programa, em particular além de aumentar o acesso da população a medicamentos subsidiados pelo governo, completa a distribuição feita pela rede pública reduzindo o número de gastos pelas pessoas incentivando a conclusão do tratamento durante o período necessário, sem interrupção da terapia. (MOREIRA, 2012).

Em 2012, foi lançado o programa "Brasil Carinhoso". Seu objetivo principal é "beneficiar 2 milhões de famílias com crianças menores de 6 anos em seu treinamento". Entre as diversas ações previstas no programa, está a distribuição gratuita de medicamentos indicados para o tratamento da asma, por meio do programa Farmácia Brasil. Dessa forma, outros três princípios ativos incluídos no papel do programa são agora distribuídos gratuitamente (BRASIL, 2012c, BRASIL, 2012d).

A ação "A saúde é inestimável" foi possível graças ao processo de convênio entre o Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz e as entidades representativas do setor produtivo e do setor médico. varejo, através de um contrato.Em fevereiro de 2011, o MA publicou a Portaria 185, onde foi criado o Comitê Técnico do Programa Farmácia Popular - Farmácia Popular Tempe. Uma das funções desse comitê é o monitoramento e supervisão do programa. É também um espaço para pactos de ação a serem desenvolvidos como parte do aqui TemFarmácia Popular (BRASIL, 2011i).

O termo de acordo n.01/2011, assinado em 03 de fevereiro, tem como objeto (BRASIL, 2011b, pg. 99):

"Estabelecer compromissos entre as PARTES, visando viabilizar a oferta gratuita de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos pelos estabelecimentos credenciados aos usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil, conforme disposto pelo MINISTÉRIO por meio da Portaria nº 184/GM, de 3 de fevereiro de 2011."

Para PADILHA e GADELHA (2012, pg. 115)

“O fato de o país ter preservado a capacidade produtiva em saúde também permite outros ganhos como a gratuidade do programa Farmácia Popular, onde se pode negociar com os produtores no Brasil que o pagamento antes feito pelo cidadão passasse a ser coberto com redução das margens de lucro, sem qualquer acréscimo do valor unitário pago pelo governo.”

O popular programa de farmácia do Brasil pode ser descrito como um processo inovador baseado em algumas de suas características. SANTOS-PINTO et al. (2010, p.8), em estudo do PFPB, estimam que:

“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.”

Em relação ao acesso a medicamentos essenciais, FERREIRA-FILHO, CORREIA e MASTROIANNI (2010, p.177), em estudo realizado em Araraquara (SP), afirmaram que "os medicamentos RENAME devem estar disponíveis em a qualquer momento o sistema de saúde brasileiro, inclusive no setor privado ". Segundo os pesquisadores, essa conclusão se baseia no fato de que a RENAME é um instrumento de racionalização no campo da assistência farmacêutica.

5.CONCLUSÃO

O programa FPB completou 17 anos de vida colaborando com a promoção da população aos medicamentos considerados essenciais. Durante este momento, o programa se prendeu como um modelo inovador de cuidado e assistência farmacêutica, fazendo com que seu modelo de gestão fosse apresentado a outros países latino-americanos. Vale observar que o programa convém também como um instrumento para atenuar a automedicação, uma vez que garante o medicamento ao paciente apenas com apresentação de prescrição médica ou odontológica, ainda para medicamentos que são de venda livre. O programa FPB tem assegurado a disponibilidade e gratuidade de medicamentos básicos à população, agrupando qualidade no atendimento prestado por meio da orientação e dispensação correta dos medicamentos, sendo essas práticas garantidas pela presença de farmacêuticos. O efeito mais imediato dessa concepção de farmácia é contribuir para o uso racional de medicamentos. Pôde-se observar no estudo, um desenvolvimento da população com maior renda e escolaridade que acessa a farmácia escola quando comparado ao estudo concretizado anteriormente no mesmo local. No entanto, o estudo oferece como limitação não poder responder quais os fatores que influenciaram nesse efeito, visto que isso não foi definido como um objetivo no momento da concepção da pesquisa. Para decidir-se questões pendentes como essas é necessária a condução de outros estudos que averiguem as causas do aumento dessa parcela da população e que identifique abertamente se os objetivos da política pública estão sendo atingidos.

6 REFERÊNCIAS

ABREU, A. **Farmácia dá remédio a fantasma e é punida**. 29 mai. 2015. Diário da região. São Jose do Rio Preto. Disponível em:. Acesso em: 13 abril de 2021.

BARRETO, J. L.; GUIMARAES, M. C. L. **Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos**, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2010, vol.26, n.6, p. 1207-1220.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 338, de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2004 maio 20; Seção 1:52.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação de controle de infecção hospitalar**. Guia básico para farmácia hospitalar. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 1.ed. Ministério da Saúde, Brasília, 2001, 114p.

BERQUÓ, Elza. **Considerações sobre o envelhecimento da População no Brasil** Im NERI, Anita Liberalesso y DEBERT, Guia Grin (Orgs.) Velhice e Sociedade. Campinas –SP. Papirus, 1999.

CONASS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Programa Aqui Tem Farmácia Popular é debatido na Câmara dos Deputados**. 17 out. 2012. Disponível em:. 13 abril de 2021.

Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. **Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas**, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2011 abr;27(4):649-58.

FERREIRA, R.L.; OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L. **Análise da implantação do programa farmácia popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos**. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área da Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

FORMENTI, L. **Governo paga mais por remédio do farmácia popular**. 20 ago. 2012;

FRIAS, M. C. **Corte no 'Farmácia Popular' deverá deixar até 1,1 mi sem remédio**, diz entidade. 08 out. 2015. Disponível em: . Acesso em: 13 abril de 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. SP : Ed. Atlas, 2002.

Inocência M, Vivo B. **Acesso a medicamentos: análise das estratégias do Estado para o desenvolvimento do Programa Farmácia Popular**. Cad Gest Publica Cid [Internet]. 2011

jul-dez [citado 2013 mar 23]; 16(59):1-21. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/2797/acesso-a-medicamentos--analise-das-estrategias>.

JUNGES, F. **Levantamento do processo de implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil. 2006.** 113 f. Monografia (Curso de Especialização em Gestão Pública da Assistência Farmacêutica) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

KOPITKE, L.; CAMILLO, E. **Assistência Farmacêutica em um Serviço de Atenção Primária à Saúde.** Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, vol.4, n.3, p.43- 51, Brasília, 2010.

LUIZA, V.L. **Acesso a medicamentos Essenciais no Estado do Rio de Janeiro.** Tese (Doutorado), Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2003.

LUIZA, V.L.; BERMUDEZ, J.A.Z. **Acesso a Medicamentos: Conceitos e Polêmicas.** In: BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A.; ESHER, A. Acceso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel del Estado. 1th ed. Rio de Janeiro:ENSP, 2004. p. 45-64.

MACHADO CV, Baptista TWF, Nogueira CO. **Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades.** Cad Saude Publica. 2011 mar;27(3):521-32.

MAGARINOS, T., R.; CASTRO, C. G. S. O.; PEPE, V. L. E. **Atividades da farmácia hospitalar brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão da literatura.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n.4, ago. 2007.

MAURICIO, H. A. et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2008.

MARIN N, Luiza VL, Castro CGS et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.

MELLO, D. R. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Os perigos do uso inadequado de medicamentos. ANVISA.** Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/reportagens/060707.htm>>. Acesso em: 13 abril de 2021.

Ministério da Saúde (BR). **Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25). 2.

MOREIRA, R. **Irregularidades de drogarias teriam causado prejuízo superior a R\$ 4 milhões somente em Franca.** 01 jun. 2012. Disponível em: . Acesso em: 13 abril de 2021.

<<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 05 de outubro de 2018. OLIVEIRA, S. L. DE. **Tratado de Metodologia Científica:** Projetos de pesquisa,

TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses. 2. ed., São Paulo: Editora Pioneira, 1999.

OMS. **Organização Mundial da Saúde. The world medicines situation.** Geneva,

Switzerland: WHO. 2004. Disponível em: Acesso em: 13 abril de 2021.

PORTAL DA SAÚDE, **Política Nacional do Idoso**. Lei n.8.8.42, de 4 de janeiro de 1994. Disponível em: <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/Politica-Nacional-do-Idoso.pdf> - 13 abril de 2021.

REIS, A. **Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. Seleção de medicamentos. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

REIS, F. **Perfil do Profissional Farmacêutico**. Brasil, 2009. Disponível em: <http://pfarma.com.br/farmaceuticos/profissao-farmaceutico/84-perfil-do-profissionalfarmaceutico.html>. Acesso em: 13 abril de 2021.

SANTOS, L. **O que são redes?** In: SILVA, F. (org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. 2 ed. Campinas, SP: Saberes Editora, junho 2011. Parte I-2, 29-34.

SANTOS-PINTO, C. D. B. et al. **Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil**. Revista Saúde Pública. v. 44, p. 611-619, agosto 2010.