

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS

MAYSSAA MOHAMAD KHODR

PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL:
UM ESTUDO DE CASO DA FARMÁCIA POPULAR DA FACULDADE DE FARMÁCIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Porto Alegre

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS

MAYSSAA MOHAMAD KHODR

PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL:
UM ESTUDO DE CASO DA FARMÁCIA POPULAR DA FACULDADE DE FARMÁCIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao
Curso de Graduação da Faculdade de Ciências
Econômicas da UFRGS, como requisito
parcial para obtenção do grau de Bacharel em
Economia.

Orientador: Prof. Me. Ário Zimmermann

Porto Alegre

2012

MAYSSAA MOHAMAD KHODR

PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL:
UM ESTUDO DE CASO DA FARMÁCIA POPULAR DA FACULDADE DE FARMÁCIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao
Curso de Graduação da Faculdade de Ciências
Econômicas da UFRGS, como requisito
parcial para obtenção do grau de Bacharel em
Economia.

Orientador: Prof. Me. Ário Zimmermann

Aprovado em Porto Alegre, _____ de dezembro de 2012.

Prof. Me. Ário Zimmermann – Orientador

UFRGS

Prof. Dra. Janice Dornelles de Castro - Examinadora

UFRGS

Prof. Dr. Stefano Florissi - Examinador

UFRGS

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Ário Zimmermann, pela paciência, cuidado e atenção, e pelos ensinamentos e pela confiança depositada. Obrigada pelo exemplo e por inspirar a mim e a todos os seus alunos com tamanha juventude, disposição e dedicação.

À professora Isabella Heinek e à farmacêutica-gerente Sara Maria Gallina, responsáveis pela administração e gestão da Farmácia Popular da UFRGS, pelo apoio e pelas informações que auxiliaram na construção deste trabalho.

À minha querida mãe, por ser norte e exemplo para minha vida, que sempre acreditou e confiou em mim, que jamais me faltou com amor, apesar da distância oceânica que se interpõe entre nós. À minha amada avó por toda dedicação, amor e incansável apoio em todos os momentos. Aos meus irmãos que tanto amo e carrego todos os dias em meu coração e pensamentos, que mesmo à distância sempre se fizeram presentes, apoiando minhas decisões pessoais e profissionais.

Ao meu grande e melhor amigo Vitor Hansen, por estar ao meu lado em todos os momentos, principalmente quando o mar se torna revolto e as tempestades aparecem. Por ter a sensibilidade de me entender, pela doação incansável, pela enorme paciência, pelo verdadeiro amor de irmão, pela energia, risadas, choros e comemorações.

Aos meus colegas e amigos, Mariana Braido, Monique Maranzana, Simone Gualtieri, Nicole Marques, Carolina Carboni, Isabel Pereira, Claudionor Ouriques, Ênio Viana Filho, Eric Losala, Thierry Lukama, Roberto Schaan, Willian Adamczyk, Rogério Cortes e Michael Prudêncio, por terem tornado alegre e intensa essa grande fase.

RESUMO

Este trabalho apresenta um estudo sobre o convênio entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Ministério da Saúde, representado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que deu origem à Farmácia Popular do Brasil da Faculdade de Farmácia da UFRGS (FPB-UFRGS). Adotada aqui como objeto de um estudo de caso, objetivamos analisar, de forma descritiva, o Programa Farmácia Popular do Brasil. Analisamos-se seu funcionamento, o cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo programa e a abrangência das atividades da FPB-UFRGS, a partir do perfil socioeconômico do público atendido e do perfil de sua demanda por medicamentos. Em seguida, discutimos a relação existente entre os grupos de doenças que mais provocam internações hospitalares (pelo SUS) e óbitos e os grupos de doenças atendidos pelos medicamentos dispensados na FPB-UFRGS. Por fim, buscamos descrever o financiamento do programa e a parceria entre a UFRGS e o Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde. Farmácia Popular do Brasil. Assistência farmacêutica.

ABSTRACT

This paper presents a study about the agreement between the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) and the Ministry of Health, represented by the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), which gave rise to Brazil's People's Pharmacy at Faculty of Pharmacy at UFRGS (FPB -UFRGS) adopted here as the object of a case study aiming to analyze descriptively the Brazil's Popular Pharmacy Program. It's analyzed their operation, compliance with the guidelines established by the program and the scope of activities of the FPB-UFRGS through the socio-economic profile of the public served and through the profile of its demand for drugs. Then it's discussed the relationship between the groups of diseases that cause hospitalizations (via SUS) and deaths, with groups of diseases treated by the medications dispensed at FPB-UFRGS. Finally attempt is made to describe the program funding and partnership between the Ministry of Health and UFRGS.

Keywords: Health public policies. Brazil's Popular Pharmacy Program. Pharmaceutical care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Ciclo de assistência farmacêutica	37
Figura 2 – Organograma do Programa Farmácia Popular do Brasil.....	44
Figura 3 - Nível de escolaridade dos usuários dos dois estabelecimentos estudados	57
Figura 4 - Distribuição etária dos usuários dos dois estabelecimentos estudados	58
Gráfico 1 - Unidades farmacêuticas dispensadas (Programa Farmácia do Brasil – Fiocruz, 2011)	43
Quadro 1 – Grupos e subgrupos das políticas públicas brasileiras.....	17
Quadro 2 - Indicadores demográficos	22
Quadro 3 - Indicadores socioeconômicos	23
Quadro 4 - Indicadores de mortalidade.....	24
Quadro 5 - Indicadores de morbidade e fatores de risco	25
Quadro 6 - Indicadores de recursos	25
Quadro 7 - Indicadores de cobertura	26
Quadro 8 - Farmácias populares implantadas e mantidas por região do Brasil (Fiocruz, 2005 a 2011)	41
Quadro 9 – Cálculo de pedidos.....	52
Quadro 10 - Classificação de medicamentos (Rename 2010).....	60
Quadro 11 - Mortalidade com causas definidas no Brasil (2007 a 2010).....	64
Quadro 12 - Mortalidade por grupos de causas definidas, exclusive causas externas - Brasil (2007 a 2010)	65
Quadro 13 - Número e proporção (%) dos óbitos relacionados aos três principais grupos de doenças no Brasil (2007-2010) x medicamentos da FPB-UFRGS	65
Quadro 14 - Total de internações pelo SUS de 2008 a 2010.....	66
Quadro 15 - Principais causas de internações no Brasil	67
Quadro 16 - Número e proporção (%) das internações por grupos de doenças no Brasil (2008-2010) x medicamentos da FPB-UFRGS	67
Quadro 17 - Comparação entre grupos de doenças atendidas pela FPB-UFRGS e indicadores de mortalidade e internações por grupos de doenças.....	68
Quadro 18 - Quadro de pessoal da FPB-UFRGS (segundo semestre de 2012)	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Principais doenças atendidas pelos medicamentos do PFPB	62
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF - Assistência Farmacêutica
AIH - Autorizações de Internação Hospitalar
AIS - Ações Integradas de Saúde
Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica
CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS - Conselho Nacional de Saúde
Conasp - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CRM - Conselho Regional de Medicina
CRO - Conselho Regional de Odontologia
FAURGS - Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
FMS - Fundos Municipais de Saúde
FNS - Fundo Nacional de Saúde
FPB-UFRGS - Farmácia Popular da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Inamps - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS - Ministério da Saúde
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde
PFPPB - Programa Farmácia Popular do Brasil
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAS - Política Nacional da Assistência Social
PNM - Política Nacional de Medicamentos
PPA - Plano Plurianual
Rename - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUDES - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS	15
2.2 SEGURIDADE SOCIAL	17
2.3 INDICADORES ECONÔMICOS DE SAÚDE	20
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	27
3.1 FORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	28
3.2 POLÍTICAS FARMACÊUTICAS	31
3.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	33
3.3.1 Ciclo da assistência farmacêutica.....	34
3.3.1.1 Seleção de medicamentos	34
3.3.1.2 Programação	35
3.3.1.3 Aquisição	35
3.3.1.4 Armazenamento.....	35
3.3.1.5 Gestão de materiais.....	36
3.3.1.6 Distribuição de medicamentos.....	36
3.3.1.7 Dispensação	36
3.4 MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DOS MEDICAMENTOS.....	37
4 O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL (PFPB).....	40
4.1 OBJETIVOS DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	46
4.2 MEDICAMENTOS	46
5 FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL DA FACULDADE DE FARMÁCIA DA UFRGS.....	48
5.1 FUNCIONAMENTO	49
5.1.1 Estrutura	49
5.1.2 Gestão e processos	50
5.1.3 Acessos	54

5.1.4 Atendimento	54
5.2 ABRANGÊNCIA	56
5.2.1 Perfil socioeconômico dos usuários	56
5.2.2 Perfil da demanda de medicamentos	58
5.2.3 Doenças a que se disponibilizam os medicamentos	59
5.2.4 Comparação entre grupos de doenças atendidas pela FPB-UFRGS e indicadores de mortalidade e internações por grupos de doenças	62
5.2.4.1 Considerações sobre mortalidade	64
5.2.4.2 Considerações sobre internações hospitalares	65
5.3 FINANCIAMENTO	69
6 CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS	77
ANEXO A - ITENS DISPONIBILIZADOS NAS FARMÁCIAS DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	82
ANEXO B - CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS CLASSIFICAÇÕES DA RENAME E OS ÍNDICES DE MEDICAMENTOS DA FPB-UFRGS	85
ANEXO C – LAYOUT DO PROJETO FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	88
ANEXO D - COMPETÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	89
ANEXO E - OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	91

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um componente primordial do bem-estar das sociedades e tema de estudos e constantes pesquisas que abordam a qualidade de vida e suas implicações. O setor de saúde desempenha um importante papel no que concerne ao provimento de desenvolvimento social e econômico, sendo incrementado por políticas públicas para elevar a justiça social e a equidade de um país.

Conforme disposto na Constituição Federal do Brasil de 1988, CF88, Art. 196 (BRASIL, 1988), a saúde é direito de todos e dever do Estado. Os princípios constitucionais do sistema de saúde, a universalidade, a equidade e a integralidade, devem ser garantidos pelo Estado. Dessa forma, a saúde está diretamente ligada à seguridade da sociedade, formando um sistema de proteção social para garantir a ela um conjunto de direitos a fim de minimizar os riscos sociais.

No Brasil é presente o investimento na criação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas. Nesse sentido, colabora-se na adoção de medidas com o objetivo de assegurar o acesso universal a um grupo de medicamentos classificados como essenciais, fortalecendo as estruturas dos serviços públicos de saúde.

O Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, vem implementando ações em busca da promoção da ampliação do acesso da população aos medicamentos, como insumo estratégico da política de saúde, buscando assegurar fácil e eficiente acesso àqueles considerados básicos e essenciais à população (BRASIL, 2005).

De acordo com a Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006a), as peculiaridades do mercado farmacêutico brasileiro repercutem de forma relevante no processo de elaboração e execução de políticas públicas, apontando para a necessidade da adoção de mecanismos de inclusão, traduzidos na ampliação do acesso aos medicamentos e à assistência farmacêutica.

O Decreto nº 5.090/04 (BRASIL, 2005) instituiu o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), cujo foco principal é a implantação da rede Farmácia Popular do Brasil em parceria com governos estaduais e municipais, bem como com instituições de ensino superior, sem fins lucrativos, para instalação de unidades do programa em locais estratégicos no país (BRASIL, 2005).

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foi autorizada pela Lei nº 10.858/04 a distribuir medicamentos, mediante o ressarcimento de seus custos, sem visar lucros para as unidades do programa, com vistas a assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais a baixo custo, gerando ampliação do acesso a medicamentos por parte da população, inclusive a atendida hoje por serviços privados de saúde (BRASIL, 2004c).

O Ministério da Saúde criou o manual *Programa farmácia popular do Brasil: manual básico* (BRASIL, 2005), direcionado aos gestores públicos e instituições interessadas em aderir a ele. Esse manual tem o fim de especificar as definições estratégicas do programa, as normas e diretrizes para sua adesão e manutenção, bem como para a instalação e gestão de unidades.

A primeira parceria de uma instituição de ensino superior com o PFPB se deu a partir de um convênio entre a Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio da Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS), e o Ministério da Saúde, este representado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), assim dando origem à Farmácia Popular do Brasil da Faculdade de Farmácia da UFRGS (FPB-UFRGS).

O presente trabalho tem como objetivo geral descrever o Programa Farmácia Popular do Brasil a partir de um estudo de caso, tendo como objeto a Farmácia Popular do Brasil da Faculdade de Farmácia da UFRGS. Para tanto, pretende-se analisar de forma descritiva, para essa unidade, de que maneira se dá o funcionamento da FPB-UFRGS, verificando o cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo programa e descritas no manual básico para padronização das unidades e serviços prestados. Além disso, será observada a abrangência das atividades da FPB-UFRGS a partir do perfil socioeconômico do público atendido, do perfil da demanda pelos medicamentos e da relação entre grupos de doenças e os medicamentos oferecidos. Num segundo momento, pretende-se discutir a relação existente entre o grupo de doenças que mais provocam mortalidade e internações no Sistema Único de Saúde (SUS) e o grupo de doenças atendido pela FPB-UFRGS via a dispensação dos medicamentos. Por fim, busca-se descrever o financiamento do programa e a parceria entre a Faculdade de Farmácia da UFRGS e o Ministério da Saúde.

Esse estudo divide-se em seis capítulos. Após esta introdução, o capítulo 2 apresenta o referencial teórico para o entendimento a cerca das políticas públicas e da proteção social, além de abordar o desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil e apresentar indicadores econômicos de saúde. No capítulo 3, expomos as políticas públicas de saúde no Brasil a partir da Assistência Farmacêutica e dos mecanismos de financiamento de medicamentos. O

capítulo 4 apresenta o PFPB, explicando sua formulação e funcionamento, objetivos e medicamentos oferecidos. No capítulo 5, fazemos a análise do objeto de estudo de caso, a FPB-UFRGS, levando em consideração os seguintes aspectos: seu funcionamento, incluindo estrutura, processos, gestão, acessos e etapas do atendimento; sua abrangência, a partir do perfil socioeconômico dos usuários, do perfil da demanda pelos medicamentos e da especificação das doenças a que estes se disponibilizam; uma comparação entre grupos de doenças atendidas pela FPB-UFRGS e indicadores de mortalidade e internações por grupos de doenças; e seu financiamento e aspectos de viabilidade econômico-financeira. Finalmente, no capítulo 6, será apresentada uma conclusão a cerca dos pontos estudados.

A meta do presente trabalho é descrever de forma analítica o mecanismo em que se insere o PFPB e o alcance da FPB-UFRGS referente a sua situação financeira e à dimensão dos benefícios gerados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

O poder público é percebido como autor fundamental para a promoção de cidadania, inclusão e proteção social, elementos essenciais de estratégias de desenvolvimento com equidade. Dessa forma, a perspectiva da expansão e consolidação dos direitos civis, políticos e sociais orienta a visão sobre a presença do Estado quanto ao planejamento e à implementação das políticas sociais, sendo enfocadas ações de saúde, educação, transferência de renda e cultura (IPEA, 2009).

Segundo Gobert e Muller (1987 *apud* HÖFLING, 2001, p. 31), “Políticas públicas podem ser entendidas como o ‘Estado em ação’”. Trata-se do Estado implantando projetos de governo, através de programas e ações voltados para setores específicos da sociedade. A implementação e manutenção de políticas públicas, a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada, são responsabilidades do Estado (HÖFLING, 2001).

De acordo com Teixeira (2002), as políticas públicas são os princípios norteadores de ação do poder público: figuram como regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediadoras entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, as políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos.

Elaborar uma política pública significa definir quem decide o que será realizado, quando, com que consequências e para quem. São definições relacionadas à natureza do regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente (TEIXEIRA, 2002).

Ainda segundo o autor, a presença cada vez mais ativa da sociedade civil nas questões de interesse geral torna a publicização fundamental. As políticas públicas tratam de recursos públicos diretamente ou através de isenções fiscais, ou tratam de regular as relações que envolvem interesses públicos, que se realizam num campo extremamente contraditório, no qual se entrecruzam interesses e visões de mundo conflitantes em que os limites entre público e privado são de difícil delimitação.

Teixeira (2002) aponta o objetivo das políticas públicas como resposta a demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis. Essas demandas são interpretadas por aqueles que ocupam o poder, mas influenciadas por uma agenda que se cria na sociedade civil através da pressão e da mobilização sociais. Visam ampliar e efetivar direitos de cidadania, também gestados nas lutas sociais e que passam a ser reconhecidos institucionalmente.

Outras políticas, as de cunho econômico, objetivam promover o desenvolvimento, criando alternativas de geração de emprego e renda como forma de compensar ajustes criados por outras políticas de cunho mais estratégico. Além dessas, outras políticas são necessárias para regular conflitos entre os diversos atores sociais, que, mesmo hegemônicos, têm contradições de interesses que não se resolvem por si mesmas, ou pelo mercado, e que necessitam de mediação (TEIXEIRA, 2002).

Os objetivos das políticas têm uma referência valorativa e exprimem as opções e visões de mundo daqueles que controlam o poder, mesmo que, para sua legitimação, necessitem contemplar certos interesses de segmentos sociais dominados, dependendo, assim, da sua capacidade de organização e negociação (TEIXEIRA, 2002).

O referido autor destaca a importância de se considerar alguns tipos de políticas para que se possa definir o tipo de atuação possível frente a sua formulação e implementação. Vários critérios podem ser utilizados. Quanto à natureza ou grau da intervenção, classificam-se em dois tipos:

- a) estrutural: buscam interferir em relações estruturais, como renda, emprego, propriedade, etc.;
- b) conjuntural ou emergencial: objetivam amainar uma situação temporária, de forma imediata.

Já quanto à abrangência dos possíveis benefícios, classificam-se em:

- a) universais: para todos os cidadãos;
- b) segmentais: para um segmento da população, caracterizado por um fator determinado (idade, condição física, gênero, etc.);
- c) fragmentadas: destinadas a grupos sociais dentro de cada segmento.

Quanto aos impactos que podem causar aos beneficiários, ou ao seu papel nas relações sociais, classificam-se em:

- a) distributivas: visam distribuir benefícios individuais;

- b) redistributivas: visam redistribuir recursos entre os grupos sociais: ao buscar certa equidade, retiram recursos de um grupo para beneficiar outros, o que provoca conflitos;
- c) regulatória: visam definir regras e procedimentos que regulem o comportamento dos atores para atender a interesses gerais da sociedade. Não visam benefícios imediatos para qualquer grupo.

Conforme Albuquerque (2012), as ações integradas desenvolvidas pelos governos e pela sociedade por meio de programas proporcionam a garantia de direitos e condições dignas de vida ao cidadão de forma justa e igualitária. As principais políticas públicas brasileiras adotadas no que se refere à estratégia social se dividem em três grandes grupos: a seguridade social, a promoção social e de infraestrutura social. Com base nas informações apresentadas pelo autor, a partir de cada grupo são desenvolvidos subgrupos específicos, como mostra o Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Grupos e subgrupos das políticas públicas brasileiras

Seguridade social	Promoção social	Infraestrutura social
1 Previdência social	1 Educação	1 Habitação
2 Assistência social	2 Trabalho	2 Saneamento básico
3 Saúde	3 Desenvolvimento agrário	

Fonte: elaborado pela autora.

No caso brasileiro, conforme estabelecido no capítulo II, Seção I do Título VIII da Constituição Federal do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), no Art. 194, a seguridade social compreende um conjunto de ações de iniciativa do poder público para assegurar à população os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

2.2 SEGURIDADE SOCIAL

O exercício de construção do termo proteção social é fundamental para governantes, profissionais e cidadãos envolvidos nessa temática. Por conseguinte, faz-se necessária uma conceituação cuidadosa sobre Proteção Social e Seguridade Social, pois a literatura sobre o

tema, em sua grande parte, emprega os termos sem distingui-los, inclusive adotando-os como sinônimos, o que pode comprometer a compreensão dos contextos.

Durante o século XIX, surgiram movimentos sociais indignados com a precariedade de condições de sobrevivência, estas que expressavam contradição entre uma comunidade igual abstrata e uma condição real de exclusão. Tais movimentos foram fundamentais para a consolidação da cidadania através das lutas que levaram ao desenvolvimento dos sistemas de proteção social (FLEURY; OUVERNEY, 2008).

Segundo Fleury e Ouverney (2008), a proteção social como atividade coletiva e com o fim de diminuir as desigualdades sociais e a pobreza desenvolveu-se juridicamente na forma de direitos garantidores da condição de cidadania e institucionalmente na formação de complexos de proteção social estabelecidos nas nações.

De acordo com o Banco Mundial (2003), a proteção social objetiva aumentar a equidade e reduzir a vulnerabilidade dos lugares de baixa renda em relação ao consumo e aos serviços básicos, além de possuir o dever de proporcionar condições para que as famílias administrem sua renda de forma eficaz durante toda a vida, financiando, com isso, o consumo quando necessário.

Sob essa perspectiva, o sistema de proteção social deverá garantir proteção social frente às crises econômicas, aos desastres naturais e aos riscos individuais, incluindo programas de seguridade social, pensões e seguros de saúde, programas de assistência social, como empregos de emergência, assistência aos indigentes e transferência de renda, e programas e políticas de mercado de trabalho (FREITAS, 2009).

Em conformidade com a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2001, p. 1, tradução nossa): “[...] Proteção Social é aquela que responde ao conceito moderno de ‘risco social’, entendido como todo acontecimento de realização incerta que afeta a plenitude das faculdades físicas e mentais de uma pessoa, diminui seus recursos econômicos ou determina sua desaparecimento”. Entende-se, nesse contexto, como riscos sociais: doenças, invalidez, acidentes de trabalho e enfermidades profissionais, maternidade, desemprego, despesas familiares, velhice e morte. Nesse sentido, pode-se afirmar que a proteção social engloba desde a legislação trabalhista até os seguros sociais, a atenção à saúde pública e a assistência social (FREITAS, 2009).

Segundo Piron (2004), o Estado tem a obrigação de garantir o direito à proteção social sem limitar-se a respostas assistenciais ou paliativas, mas estendendo-se a políticas de fomento do desenvolvimento do capital humano e à prevenção de riscos, em um sistema integrado de acesso universal a benefícios explicitamente garantidos.

Complementando essa análise, é possível qualificar a proteção social de acordo com os seguintes termos:

- a) é um direito e não um benefício assistencialista;
- b) existem obrigações claras de parte dos estados para garanti-la;
- c) as obrigações essenciais e os padrões mínimos projetáveis, assim como as necessidades específicas dos grupos vulneráveis devem orientar a atividade estatal;
- d) os princípios de direitos humanos não só a justificam, como também devem influir na formulação de marcos gerais de igualdade e não discriminação, de participação e de prestação de contas;
- e) na concepção e na prestação dos serviços de proteção social, deve-se levar em consideração o contexto social e político;
- f) deve-se reforçar a possibilidade de os cidadãos exigirem o exercício do direito de proteção social;
- g) devem ser adotados mecanismos de prestação de contas e de desenvolvimento da capacidade institucional para garantir a adequada formulação e a devida prestação dos serviços de proteção social;
- h) deve existir um vínculo entre a oferta e a procura de serviços.

Por outro lado, a Constituição brasileira de 1988 consagrou a expressão “seguridade social”, até então oficialmente inexistente, para consignar um padrão de proteção social, padrão esse que tivesse características de abrangência e redistribuição. Segundo Boschetti (2007), na perspectiva reconhecida legalmente no Brasil e em alguns países da Europa, a exemplo da França, seguridade social é concebida como um conjunto de políticas sociais relativas à previdência, saúde e assistência social.

Ainda segundo esse autor, a seguridade social não se confunde e nem é sinônimo de *welfare state* (Estado de bem-estar), mas é parte integrante, e, mesmo, elemento fundante e constituinte de sua natureza, bem como de sua abrangência. A seguridade social também não se confunde e nem se restringe ao seguro social (ou previdência social, para utilizar uma expressão brasileira).

Na seguridade social pelo menos três elementos estão presentes: seguros, assistência médica e auxílios assistenciais, ainda que os termos possam ser diferentes em cada país. Para entender a seguridade social, é imprescindível compreender sua configuração, ou delimitar os benefícios ou políticas que a integram (BOSCHETTI, 2007).

No que diz respeito aos componentes da Seguridade Social no Brasil, as diretrizes da Política Nacional da Assistência Social (PNAS) estabelecem que os atendimentos devem ser

realizados de acordo com as funções que desempenham, com o universo de pessoas que deles necessitam e com sua complexidade, da seguinte maneira (SALVADOR, 2007):

- a) Proteção social básica: possui caráter preventivo e objetiva fortalecer os vínculos familiares e comunitários, através do desenvolvimento de potencialidades e aquisições; atende aqueles em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação, fragilização de vínculos e discriminação de toda ordem.
- b) Proteção social especial de média complexidade: destinada ao atendimento de famílias e indivíduos com direitos violados.
- c) Proteção social especial de alta complexidade: trata-se de ações que garantem proteção integral, moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência, em situação de alta vulnerabilidade pessoal e social.

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos (SALVADOR, 2007). Isso se dá porque as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social. Dependendo da modalidade de proteção social que venha a ser adotada por um país, são diferentes as condições políticas implicadas, e, em alguns casos, o acesso à saúde pode ser uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio, ou o usufruto de um direito de cidadania (SALVADOR, 2007).

2.3 INDICADORES ECONÔMICOS DE SAÚDE

Segundo Rouquayrol (2003 *apud* PIGNATTI; CASTRO, 2008, p. 84),

[...] indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo.

Indicadores podem e devem ser utilizados como ferramentas para auxiliar o gerenciamento da qualidade. Indicadores de saúde da população associados a indicadores econômicos, financeiros, de produção, de recursos humanos e de qualidade da assistência propriamente dita, isto é, relacionados a determinadas doenças, auxiliam na avaliação de programas e de serviços.

A utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. Embora o uso de um único indicador isoladamente não possibilite o conhecimento da complexidade da realidade social, a associação de vários deles e, ainda, a comparação entre diferentes indicadores de distintas localidades facilita sua compreensão (LAURENTI *et al.*, 1987).

Existem inúmeras definições de saúde, com certo nível de imprecisão, capazes de gerar dificuldades de mensurá-la, então os indicadores mais empregados têm sido os que fazem referência à falta de saúde, como: razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade, esperança de vida ao nascer, coeficiente de mortalidade infantil e coeficiente de mortalidade por doenças específicas.

Para a Organização Mundial da Saúde (*apud* LAURENTI *et al.*, 1987), esses indicadores gerais podem subdividir-se em três grupos:

- a) aqueles que tentam compreender a saúde ou sua falta em um grupo populacional. Exemplos: razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade, esperança de vida ao nascer, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis;
- b) aqueles que se referem às condições do meio e que têm influência sobre a saúde. Exemplo: saneamento básico;
- c) aqueles que procuram medir os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde. Exemplos: número de unidades básicas de saúde, número de profissionais de saúde, número de leitos hospitalares e número de consultas em relação a determinada população (LAURENTI *et al.*, 1987).

Entre os indicadores, se encontram os que podem ser classificados de acordo com as condições de saúde dos indivíduos, com as condições ambientais e com as dos serviços prestados à população. Também pode-se incluir os de aspectos demográficos, sociais e econômicos.

Segundo a matriz de indicadores e dados básicos, desenvolvida pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (BRASIL, 2011c), é possível dividir os

indicadores utilizados na prática epidemiológica em grupos, de acordo com a natureza das informações que fornecem. Seguem alguns indicadores seguindo a referida classificação:

a) indicadores demográficos:

Quadro 2 - Indicadores demográficos

Denominação	Conceituação	Método de cálculo
Taxa de crescimento da população	Percentual de incremento médio anual da população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.	As estimativas de crescimento da população são realizadas pelo método geométrico.
Taxa de fecundidade total	Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico.	A taxa de fecundidade total é obtida pelo somatório das taxas específicas* de fecundidade para as mulheres residentes de 15-49 anos.
Taxa bruta de natalidade	Número de nascidos vivos por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de nascidos vivos residentes, sobre a população total residente (x 1000).
Mortalidade proporcional por idade	Distribuição percentual dos óbitos, por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de residentes, por faixa etária, sobre o número total de óbitos de residentes, excluídos os de idade ignorada (x 100).
Taxa bruta de mortalidade	Número de óbitos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de óbitos de residentes, sobre a população total residente (x 1000).
Esperança de vida ao nascer	Número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	A partir de tábuas de vida elaboradas para cada área geográfica, toma-se o número correspondente a uma geração inicial de nascimentos (I ₀) e determina-se o tempo cumulativo vivido por essa mesma geração (T ₀) até a idade limite. A esperança de vida ao nascer é o quociente da divisão de T ₀ por I ₀ .
Razão de sexos	Número total de pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Utilização direta da base de dados, expressando-se os resultados em números absolutos e percentuais.

*Taxa de fecundidade específica: nº de nascidos vivos de mulheres de determinada faixa etária sobre população feminina total na faixa etária determinada.

Fonte: Brasil (2011c).

b) indicadores socioeconômicos:

Quadro 3 - Indicadores socioeconômicos

Denominação	Conceituação	Método de cálculo
Taxa de analfabetismo	Percentual de pessoas de 15 anos de idade ou mais, que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de pessoas residentes de 15 anos de idade ou mais, que não sabem ler e escrever um bilhete simples, no idioma que conhecem, sobre a população total residente, dessa faixa etária (x 100).
Níveis de escolaridade	Distribuição percentual da população residente de 15 anos de idade ou mais, por grupos de anos de estudo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de pessoas residentes de 15 anos de idade ou mais, por grupos de anos de estudo, sobre a população total residente, dessa faixa etária (x 100).
Taxa de desemprego	Percentual da população residente economicamente ativa que se encontra sem trabalho, na semana de referência, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de residentes de 10 anos de idade ou mais, que se encontram desocupados e procurando trabalho, na semana de referência, sobre o número de residentes economicamente ativos (PEA), dessa faixa etária (x 100).

Fonte: Brasil (2011c).

c) indicadores de mortalidade:

Quadro 4 - Indicadores de mortalidade

Denominação	Conceituação	Método de cálculo
Taxa de mortalidade infantil	Número de óbitos de crianças menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Direto: número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x 1000).
Taxa de mortalidade materna	Número de óbitos femininos por causas maternas, por 100 mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de óbito materno, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes (x 100.000).
Taxa de mortalidade neonatal precoce	Número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Direto: número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de vida completos, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x 1000).
Taxa de mortalidade neonatal tardia	Número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Direto: número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de vida completos, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x 1000).
Taxa de mortalidade pós-neonatal	Número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Direto: número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de vida completos, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x 1000).
Taxa de mortalidade perinatal	Número de óbitos fetais (a partir de 22 semanas completas de gestação, ou 154 dias) acrescido dos óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias) por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos), em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Todos os valores referem-se à população residente.	Soma do número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais) e de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos, de mães residentes, sobre o número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação) (x 1000).
Mortalidade proporcional por grupos de causas	Distribuição percentual de óbitos por grupos de causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Grupos de causas: capítulos da CID-10.	Número de óbitos de residentes, por grupos de causas definidas, sobre o número total de óbitos de residentes, excluídas causas mal definidas (x 100).

Fonte: Brasil (2011c).

d) indicadores de morbidade e fatores de risco:

Quadro 5 - Indicadores de morbidade e fatores de risco

Denominação	Conceituação	Método de cálculo
Incidência de doenças transmissíveis	Número absoluto de casos novos confirmados da doença, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Somatório anual do número de casos novos da doença confirmados em residentes.
Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas	Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo SUS, por grupos de causas selecionadas (capítulos da CID) na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de internações de residentes, por grupo de causas, pagas pelo SUS, sobre o número total de internações de residentes, pagas pelo SUS (x 100).
Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer	Percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2500g, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de nascidos vivos de mães residentes, com peso ao nascer inferior a 2500g, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x 100).

Fonte: Brasil (2011c).

e) indicadores de recursos:

Quadro 6 - Indicadores de recursos

Denominação	Conceituação	Método de cálculo
Números de profissionais de saúde por habitante	Número de profissionais de saúde por mil habitantes, segundo categorias, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de profissionais da categoria de saúde específica, sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x 1000).
Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante	Número de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS, por mil habitantes residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número médio anual de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS, segundo vínculo (público, privado ou universitário), sobre a população total residente, ajustada para o meio do ano (x 1000).

Fonte: Brasil (2011c).

f) indicadores de cobertura

Quadro 7 - Indicadores de cobertura

Denominação	Conceituação	Método de cálculo
Número de consultas médicas (SUS) por habitante	Número médio de consultas médicas apresentadas ao SUS por habitante, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de consultas médicas apresentadas ao SUS, sobre a população total residente.
Número de internações hospitalares (SUS) por habitante	Número médio de internações hospitalares pagas pelo SUS, por 100 habitantes, na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número total de internações hospitalares de residentes, pagas pelo SUS, sobre a população total de residentes (x 100).
Proporção de partos cesáreos (SUS)	Percentual de partos cesáreos pagos pelo SUS, segundo vínculo, em relação ao total de partos hospitalares pagos pelo SUS, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de partos cesáreos de residentes, pagos pelo SUS, em determinada categoria de vínculo, sobre o total de partos hospitalares de residentes, do mesmo vínculo, pagos pelo SUS (x 100).
Cobertura vacinal no primeiro ano de vida	Percentual de crianças menores de um ano de idade imunizadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Número de crianças menores de um ano de idade com esquema básico completo para determinado tipo de vacina, sobre a população da faixa etária de menores de um ano (x 100).

Fonte: Brasil (2011c).

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

As imperfeições do mercado da saúde (externalidades geradas por serviços e características de bem público de algumas atividades sanitárias) explicam a intervenção estatal na saúde, através de financiamentos, ou atuando como aparelho regulador. Ainda assim, a constituição e a configuração dos sistemas de saúde estão amarradas à história de cada país, principalmente na área de direitos sociais, o que gera uma considerável gama de soluções a serem adotadas nas políticas de saúde, como os sistemas de acesso universal, os sistemas contributivos, os sistemas predominantemente públicos, entre outros (RIBEIRO, 2005).

A implantação de políticas públicas exige do governo decisão, iniciativa e instrumentos para realizá-las, entre os quais, o planejamento governamental, a disponibilidade de recursos financeiros e o suporte político organizado (MENICUCCI, 2009). Para poder se organizar, o governo cria mecanismos de orientação, como, por exemplo, uma agenda de problemas públicos que devem ser alvo de políticas públicas.

Nesse sentido, no Brasil é formulado o Plano Plurianual (PPA), instrumento de planejamento governamental de médio prazo, previsto no Art. 165 da Constituição Federal, regulamentado pelo Decreto 2.829, de 29 de outubro de 1998. Estabelece diretrizes, objetivos e metas da administração pública para um período de quatro anos, organizando as ações do governo em programas que resultem em bens e serviços para a população. É aprovado por lei quadrienal, tendo vigência do segundo ano de um mandato majoritário até o final do primeiro ano do mandato seguinte.

O PPA tem como princípios básicos: “Identificação clara dos objetivos e prioridades do governo; identificação dos órgãos gestores dos programas e unidades orçamentárias responsáveis pelas ações governamentais; organização dos propósitos da administração pública em programas; integração com o orçamento; transparência” (GOIÁS, 2012, não paginado). Nele constam, detalhadamente, os atributos das políticas públicas executadas, tais como metas físicas e financeiras, públicos-alvo, produtos a serem entregues à sociedade, etc.

Os programas estabelecidos apresentam como uma de suas funções o papel de unidades de integração entre o planejamento e o orçamento, garantindo, dessa forma, maior eficácia à gestão pública. Atuaram como elementos integradores do processo, ao estabelecerem uma linguagem comum para as atividades de elaboração, revisão e avaliação

do PPA, a definição de prioridades e metas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, a elaboração dos orçamentos e a programação orçamentária e financeira.

Um dos focos de atenção do governo é o desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde. Trata-se de um ambiente sanitário no qual são exigidas soluções urgentes e atualização tecnológica, já que o Brasil depara-se com um sistema de inovação em saúde frágil, tornando vulneráveis as políticas econômica e social brasileiras.

Promovendo inovação em saúde, torna-se possível o país atender às necessidades da população em relação a novos insumos (fármacos, medicamentos, vacinas, reagentes para diagnóstico e equipamentos) e serviços, obtendo redução da dependência tecnológica e econômica em relação a outros países. O Brasil encontra-se em uma situação de grande carência de insumos provenientes do exterior, principalmente em relação aos hemoderivados.

Para sanar parte desse problema, o programa Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos tem por objetivo garantir o acesso da população a medicamentos e outros insumos estratégicos, mediante a ampliação da oferta e da cobertura dos serviços de assistência farmacêutica e de insumos estratégicos no SUS. Destaca-se a instalação das farmácias populares como importante estratégia para ampliação do acesso.

O PPA do primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva elencou no capítulo “Uma seleção de metas prioritárias”, da parte II do Plano Plurianual 2004-2007, as metas prioritárias para o período de 2004 a 2007 em relação à saúde. Além das metas prioritárias de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde na atenção ambulatorial e hospitalar no SUS, implantar programas de atenção básica a partir de equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal e reduzir o índice de mortalidade infantil, esse PPA indicou como meta garantir o acesso da população a medicamentos essenciais (BRASIL, 2003).

3.1 FORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

De acordo com o Art. 6º da Constituição de 1988, a saúde integra o grupo dos direitos sociais dos cidadãos, ao lado de educação, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados. Além disso, integra o grupo de direitos sujeitos a ações de iniciativa dos Poderes Públicos no que

tange à Seguridade Social. Conforme visto anteriormente, tal grupo é formado por previdência e assistência social e a própria saúde (BRASIL, 1988).

Todo o cidadão brasileiro tem direito à utilização dos serviços de saúde públicos de forma gratuita. Isso é possível graças à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), criado para atender a todos os habitantes do país, sem nenhum tipo de discriminação, pois o direito à saúde faz parte dos direitos humanos e o direito ao bem-estar.

A saúde é um direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade e hierarquização (BRASIL, 2006b, p. 18). Porém, a história mostra um passado em que o acesso aos serviços de saúde eram restritos, ou seja, privilégio de poucos.

Em 1974, o regime militar cria, a partir do desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – atual Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) –, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que se configurava numa autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social – atual Ministério da Previdência Social. O Inamps tinha o objetivo de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. Para tanto, dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada. Os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde.

No final da década de 70 e início da década de 80, diante do desgaste da ditadura militar, tinha-se um modelo fragmentado e desigual que privilegiava o acesso à saúde para os mais ricos que utilizavam o setor privado, para os assalariados seletos que possuíam plano de saúde e para aqueles que pagavam previdência, estes últimos com acesso aos serviços públicos (BRASIL, 2006b).

Em 1979, ocorreu o I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, o qual apontou, através do pensamento crítico oposicionista-reformista, a necessidade de democratizar a sociedade como requisito para a superação da crise do sistema de saúde do país com a proposta da criação do SUS (BRASIL, 2006b).

A década de 1980 inicia-se sob fortes contestações ao sistema de saúde governamental. Fazia-se apelo à democratização do sistema, com a participação popular na universalização dos serviços, na defesa do caráter público do sistema de saúde e na descentralização. Concomitantemente, em 1981, o agravamento da crise da Previdência Social, causado pelo modelo equivocado de assistência, baseado de modo exclusivo de assistência curativa, culminou no lançamento do chamado “pacote da previdência”, que previa

o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados e a intervenção na área da assistência médica da Previdência Social. Nesse contexto, deu-se origem, pelo Decreto nº 86.329, de setembro de 1981, ao Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) (BRASIL, 2011a).

O Conasp foi criado como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, para operar como organizador e racionalizador da assistência médica, procurando instituir medidas moralizadoras na área da saúde (BRASIL, 2011a).

Sob a forma de um programa dentro do Plano do Conasp, surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), concretizadas por meio de convênios assinados pela maioria dos estados brasileiros entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o Ministério da Saúde (MS) e as secretarias estaduais de saúde, com a incorporação progressiva dos municípios.

De acordo com Escorel (1998), as AIS representaram grande importância no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços provados e, em alguns casos, na participação da população na gestão dos serviços.

Foram introduzidas, também, as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), ações que buscaram dar um redirecionamento ao modelo assistencial no plano geral, promover a transferência financeira do governo federal para as demais unidades federadas do país, conforme o princípio da universalização do direito à saúde e de responsabilidade pública de sua garantia (BRASIL, 2006b).

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da reforma sanitária. Na ocasião, mostrou-se que as modificações no setor de saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Fazia-se necessária uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (BRASIL, 2011a).

Uma das diretrizes resultantes dessa conferência propunha a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde (CNS), composto por representantes de diversas entidades e com a atribuição de orientar o desenvolvimento e a avaliação do SUS, incluindo a definição de políticas, orçamentos e ações (BRASIL, 2006b).

Após a conferência, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que, no período de agosto de 1986 a maio de 1987, dedicou-se a sistematizar as propostas e a articular nacionalmente o movimento sanitário. A CNRS apresentou a nova lei do sistema nacional de saúde, que colaborou fundamentalmente com o processo de instituição efetiva do

SUS, ao subordinar o Fundo Nacional de Saúde (FNS), o Fundo Estadual de Saúde (FES) e o Fundo Municipal de Saúde (FMS) a um novo ministério, com a administração colegiada e designada pelos conselhos de saúde das três esferas de governo (BRASIL, 2006b). Nesse momento, eram presentes discussões sobre o financiamento e a operacionalização para o SUS. Em meio a esse contexto, criou-se, em julho de 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que já apresentava como princípios básicos a universalização, a equidade, a descentralização político-administrativa, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária.

Outro aspecto amplamente debatido foi a unificação do Inamps com o Ministério da Saúde. Para os conferencistas, a Previdência Social deveria ater-se às ações próprias do seguro social, enquanto a saúde deveria ser tratada por outro órgão federal.

Desse modo, é possível inferir que o SUS foi implementado de forma gradual, destacando-se três fases: ainda na etapa anterior à promulgação da Constituição de 1988, com a instauração do SUDS, a agregação do Inamps ao Ministério da Saúde, extinto em 1993, e, por fim, a efetiva criação do SUS em 1990 (ver competências do SUS no Anexo D).

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde sob gestão pública. A organização desse sistema se configura em redes regionalizadas e hierarquizadas, atuando em todo o território brasileiro, com direção única em cada esfera de governo. Dessa forma, o SUS não é uma estrutura que atua isoladamente na promoção dos direitos básicos de cidadania, pois insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a previdência e a assistência social (BRASIL, 2011a).

3.2 POLÍTICAS FARMACÊUTICAS

Com o intuito de se alcançar os objetivos da saúde, o Ministério da Saúde do Brasil estabelece políticas farmacêuticas. Por sua vez, os objetivos e a execução de uma política farmacêutica dependem de vários fatores e circunstâncias econômicas, sanitárias e de prioridades políticas de governo. O fundamento dessas políticas se traduz em garantir o acesso da população a medicamentos essenciais com qualidade e segurança e promover seu uso racional:

A compreensão do processo de construção, implementação, suas interações e relações, necessidade de avaliação, são de fundamental importância para o entendimento da Assistência Farmacêutica no contexto das políticas nas quais ela está inserida: Política Nacional de Saúde, Política Nacional de Medicamentos, Política Nacional de Assistência Farmacêutica, entre outras normas pertinentes. A perspectiva é a da integralidade, cuja efetivação envolve o estabelecimento de estratégias, parcerias e interfaces com outras políticas setoriais, bem como participação de diferentes fatores e segmentos envolvidos (BRASIL, 2006a, p. 9).

Os problemas na garantia de acesso da população aos medicamentos, na qualidade dos medicamentos, no uso irracional dos medicamentos, na desarticulação das assistências farmacêuticas e na desorganização dos serviços farmacêuticos constituíram os maiores motivos para que fosse formulada uma política que norteasse as ações no campo da política de medicamentos no país.

Nesse contexto, em outubro de 1998 foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), tendo como diretrizes gerais a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), a regulamentação sanitária de medicamentos, a reorientação da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção de medicamentos, a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2006a).

Dentro de suas prioridades, a PNM estabelece a reorientação da assistência farmacêutica fundamentada na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução dos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos do setor privado (BRASIL, 2006a).

Foi, ainda, aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), por meio da Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004 (BRASIL, 2006a). Conceitualmente mais ampla, com a perspectiva de integralidade das ações, essa política vem para nortear a formulação de políticas setoriais, tais como: políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos. A PNAF busca a intersetorialidade inerente ao SUS, envolvendo os dois setores de atenção à saúde, tanto o público quanto o privado (ver no Anexo E os objetivos da estratégia da PNAF).

3.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

De acordo com a conceituação de Assistência Farmacêutica (AF), elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004 (BRASIL, 2006a), a AF é:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2006a, p. 1).

Nesse sentido, a AF é parte integrante da política de saúde e área estratégica do sistema de saúde para o suporte às intervenções na promoção, na prevenção de doenças e no tratamento, englobando procedimentos de natureza técnica, científica e administrativa. Sua finalidade é contribuir na melhoria da qualidade de vida da população, integrando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Para tanto, a AF objetiva apoiar as ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promover o seu uso racional. Suas atividades são organizadas como segue:

- a) planejar, coordenar, executar, acompanhar e avaliar as ações.
- b) articular a integração com os serviços, profissionais de saúde, áreas interfaces, coordenação dos programas, entre outras.
- c) elaborar normas e procedimentos técnicos e administrativos.
- d) elaborar instrumentos de controle e avaliação.
- e) selecionar e estimar necessidades de medicamentos.
- f) gerenciar o processo de aquisição de medicamentos.
- g) garantir condições adequadas para o armazenamento de medicamentos.
- h) administrar os estoques.
- i) distribuir e dispensar medicamentos.
- j) manter atualizado o cadastro dos usuários, unidades e profissionais de saúde.

- k) organizar e estruturar os serviços de AF nos três níveis de atenção à saúde no âmbito local e regional.
- l) desenvolver sistema de informação e comunicação.
- m) desenvolver e capacitar recursos humanos.
- n) participar de comissões técnicas.
- o) promover o uso racional de medicamentos.
- p) promover ações educativas para prescritores, usuários de medicamentos, gestores e profissionais da saúde.
- q) desenvolver estudos e pesquisa em serviço.
- r) elaborar material técnico, informativo e educativo.
- s) prestar cooperação técnica.
- t) assegurar qualidade de produtos, processos e resultados.

3.3.1 Ciclo da assistência farmacêutica

O ciclo da AF engloba sete grandes etapas de grande importância e que demandam atenção extrema (ver Figura 1).

3.3.1.1 Seleção de medicamentos

Trata-se do processo de escolha de medicamentos com base em critérios técnicos, epidemiológicos e econômicos, estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). A seleção visa assegurar medicamentos eficazes, seguros e de custo efetivo com a finalidade de racionalizar seu uso e direcionar o processo de etapas de aquisição de produção e a formulação de políticas farmacêuticas.

A seleção de medicamentos tem grande importância para a obtenção de ganhos terapêuticos e econômicos, dados os avanços tecnológicos, a diversidade de alternativas terapêuticas disponíveis no mercado e o fato dos recursos financeiros apresentarem-se limitados para demandas cada vez mais crescentes. Além disso, tem-se a necessidade de

garantir medicamentos de qualidade, seguros e eficazes e manter a regularidade do suprimento.

3.3.1.2 Programação

Consiste em realizar uma estimativa sobre as quantidades a serem adquiridas para atendimento à determinada demanda dos serviços, por determinado período de tempo. A programação inadequada pode prejudicar diretamente o bom abastecimento e, conseqüentemente, o acesso ao medicamento.

A partir da programação é possível identificar quantidades necessárias de medicamentos para o atendimento às demandas da população, evitar aquisições desnecessárias, perdas e descontinuidade no abastecimento e definir prioridades e quantidades a serem adquiridas, diante da disponibilidade de recursos.

3.3.1.3 Aquisição

Configura-se num conjunto de procedimentos a partir do qual será realizado o processo de compra dos medicamentos, de acordo com uma programação estabelecida, com o objetivo de suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade e manter a regularidade do sistema de abastecimento.

3.3.1.4 Armazenamento

Com o objetivo de assegurar as condições adequadas de conservação dos medicamentos, devem-se adotar os procedimentos técnicos e administrativos de recebimento, estoque e conservação dos medicamentos, assim como realizar o controle do estoque.

3.3.1.5 Gestão de materiais

A gestão de materiais é o conjunto de atividades cuja finalidade é suprir de forma adequada os serviços de acordo com as necessidades requeridas, em nível de qualidade e quantidades adequadas, em tempo correto e com menor custo. Com isso, é possível determinar quando e quanto adquirir para repor o estoque. Vale destacar que a gestão de materiais é realizada de acordo com o que o usuário determina. As atividades compreendem a logística de materiais, a normalização, a padronização, a especificação técnica, a classificação e a codificação dos medicamentos, e, por fim, o controle dos estoques.

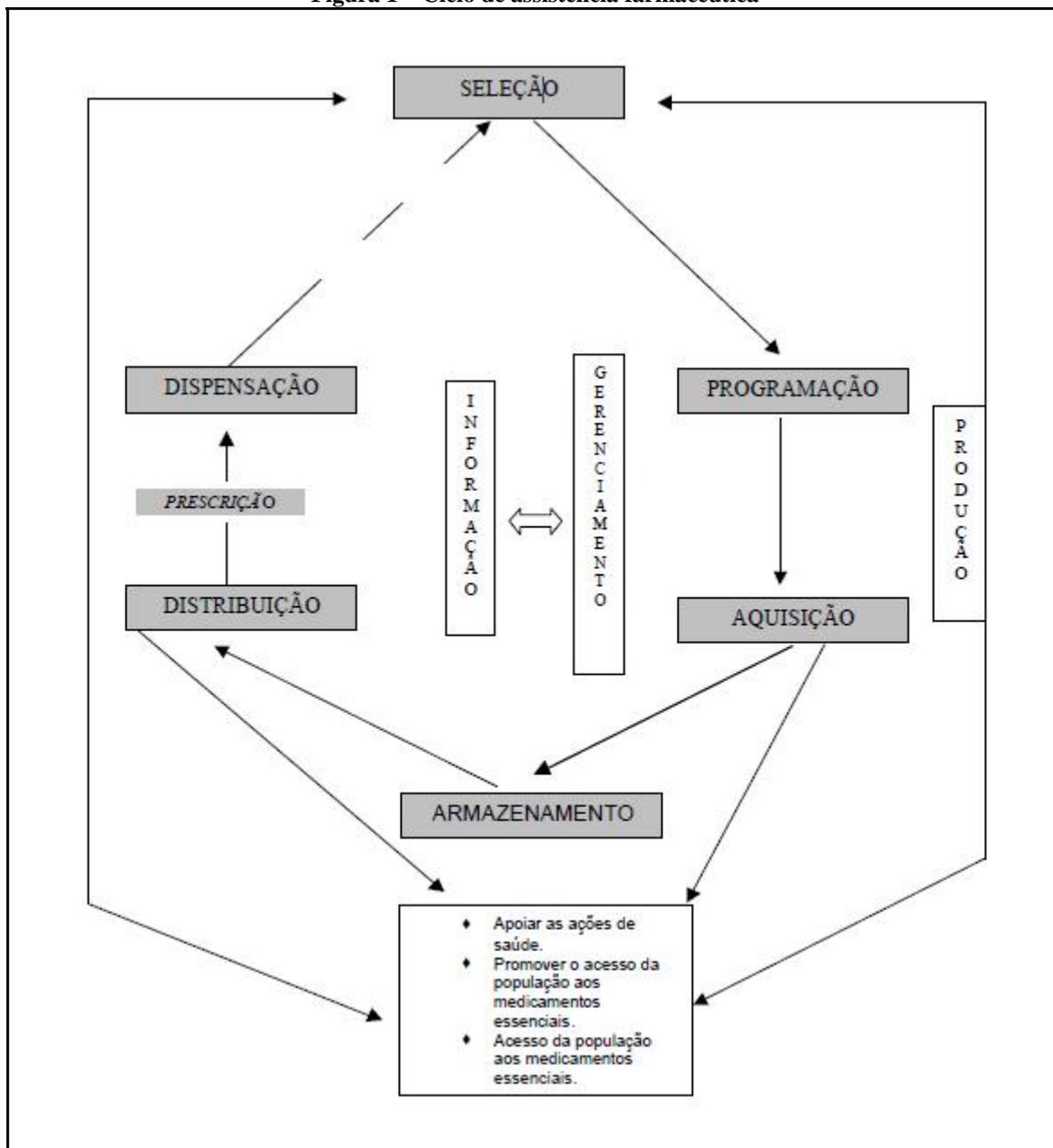
3.3.1.6 Distribuição de medicamentos

Consiste no suprimento de medicamentos das unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo de maneira ótima. A distribuição de medicamentos deve garantir rapidez e segurança na entrega e eficiência no controle e informação. Esse processo deve ser monitorado e avaliado, e para isso deve contar com um adequado sistema de informações.

3.3.1.7 Dispensação

É o ato profissional farmacêutico que consiste em proporcionar um ou mais medicamentos em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento, sempre analisando a técnica da prescrição e orientando o paciente. Com essa etapa final do ciclo é possível garantir o cumprimento da prescrição e o uso correto do medicamento, contribuir para a adesão ao tratamento e o cumprimento da prescrição médica, minimizar erros de prescrição, proporcionar atenção farmacêutica de qualidade, garantir o cumprimento da prescrição médica no fornecimento do medicamento correto e em quantidade certa e informar sobre o uso correto do medicamento.

Figura 1 – Ciclo de assistência farmacêutica



Fonte: Brasil (2006a).

3.4 MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DOS MEDICAMENTOS

Ao reconhecer que o direito à saúde é um direito humano fundamental, admite-se que o Estado tenha a responsabilidade de garantir o acesso à assistência sanitária, incluindo os medicamentos essenciais. Para Velásquez (2004), isso não significa que o Estado deva

necessariamente financiar e proporcionar todos os medicamentos, mas os governos devem garantir que os mecanismos de financiamento, públicos, privados ou ambos, se administrem de modo a garantir um acesso universal aos medicamentos considerados essenciais.

A seleção desses medicamentos, isto é, a relação da Rename, baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, eficácia terapêutica comprovada e qualidade e disponibilidade dos produtos, enumerando os medicamentos efetivamente adequados à realidade epidemiológica brasileira, assim, atendendo à orientação da OMS (BRASIL, 2010).

A importância do papel do modelo de financiamento a ser adotado na questão dos medicamentos se traduz na mesma importância quanto ao sistema de saúde em geral, dado sua enorme influência na regulação do sistema, interferindo tanto nos aspectos de oferta quanto de demanda (VELÁSQUEZ, 2004).

Velásquez (2004) classifica o financiamento dos medicamentos conforme segue:

- a) financiamento público: geralmente dirigido a pessoas mais pobres e pode concretizar-se através do abastecimento central direto ou dos sistemas de seguridade social ou seguro-saúde. Seu valor comprometido depende de fatores como a vontade política e a produção econômica;
- b) seguro-saúde: sistema no qual cada segurado paga um determinado valor, que é gerenciado pelo poder público ou por uma empresa privada. A participação do segurado poderá ser voluntária ou compulsória;
- c) pagamento pelo usuário: o usuário paga o valor do medicamento. Em países ainda em processo de desenvolvimento, os gastos privados representam habitualmente mais de 66% do gasto total em medicamentos. Muitos países têm utilizado a venda de medicamentos nos sistemas estatais de seguro-saúde com recuperação de custos e sistemas comunitários;
- d) financiamento voluntário e com fundos locais: envolve normalmente a participação de organizações não governamentais;
- e) empréstimos de desenvolvimento: se presta a apoiar o desenvolvimento de infraestrutura e capacitação de recursos humanos, mas tem sido usado em alguns países para aquisição de medicamentos e insumos.

Sistemas de copagamento, pelo setor público, vêm sendo experienciados no Brasil. No âmbito do programa de saúde do governo federal e no contexto de ações de AF, cria-se programas – a exemplo do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) e, de sua extensão, o Programa Aqui tem Farmácia Popular, este último sendo uma parceria com farmácias da rede

privada que disponibilizam medicamentos que colaboram com o tratamento de hipertensão, diabetes, além de anticoncepcionais com preços subsidiados pelo governo – como política pública, que buscam cumprir com a proposta de garantir à população o acesso a medicamentos essenciais à saúde. Esses programas cobrem as necessidades de atenção à saúde prioritárias da população, com baixo custo, mediante o seu fornecimento subsidiado pelo governo, logo, a um custo inferior ao praticado no mercado privado (BRASIL, 2005).

Para Vianna, Piola e Reis (1998), o sistema de copagamento é uma maneira de denominar o mecanismo de recuperação de custos adotado por muitos sistemas de saúde, segundo o qual o paciente arca com parte dos custos dos bens e serviços quando destes fizer uso. Também pode ser entendido como sinônimo de taxa moderadora, participação no custeio (*cost-sharing*), ou, ainda, contrapartida do usuário.

4 O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL (PFPPB)

O PFPPB foi criado por meio do Decreto n.º 5.090, de 20 de maio de 2004 (BRASIL, 2004a), visando a implantação da rede Farmácia Popular do Brasil em parceria com governos estaduais e municipais, instituições da área de saúde e instituições de ensino superior, sem fins lucrativos, para a instalação de unidades do programa, por meio de convênios com a Fiocruz, tendo como interventor o Ministério da Saúde. O programa representa a primeira iniciativa federal de copagamento para acesso a medicamentos, destinada ao atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde, cujo foco é a parcela da população que não utiliza o SUS, porém que não possui renda suficiente para adquirir medicamentos em drogarias e farmácias comerciais.

Consoante ao disposto na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado, enquanto se reafirmam os princípios da universalidade, integralidade e equidade, conjugando-os com a pressuposição do caráter complementar do setor privado, colabora-se na adoção de medidas destinadas a assegurar o acesso universal a um elenco de medicamentos classificados como essenciais, fortalecendo as estruturas dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2005, p. 12).

A Fiocruz é uma instituição de ciência e tecnologia em saúde que atua na promoção da saúde e do desenvolvimento social e busca gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico enquanto agente de cidadania. É um órgão do Ministério da Saúde e, como executora do programa, adquire os medicamentos de laboratórios farmacêuticos, públicos ou do setor privado, quando necessário, e disponibiliza nas farmácias populares a preço de custo (FIOCRUZ, 2012a).

A Lei n.º 10.858, de 13 de abril de 2004, autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ a distribuir medicamentos, mediante o ressarcimento de seus custos, com vistas a assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais a baixo custo, gerando ampliação do acesso a medicamentos por parte da população, inclusive a atendida hoje por serviços privados de saúde. O ressarcimento de custos tratado na Lei é diferente de venda comercial, na medida em que não visa lucro para as unidades do programa, tampouco para os que as mantêm (BRASIL, 2005, p. 12).

A implantação das unidades do programa cumpre um plano em que, inicialmente, foram privilegiadas regiões como Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo, selecionados por representarem municípios sedes de regiões metropolitanas compostas por aglomerados urbanos. Num segundo momento, os critérios definidos para a ampliação do programa foram municípios acima de 100.000 habitantes, no estado de São Paulo, e municípios acima de 70.000 habitantes, nos demais estados. Num terceiro momento, muito mais como critério qualitativo que quantitativo, levou-se em consideração a instalação em municípios que não necessariamente atingem os critérios acima descritos. Foi considerado o cumprimento da meta de atendimento às regiões já definidas como estratégicas e observada a população abrangida por cada microrregião, suas características e importância regional, a área abrangida e as facilidades de acessibilidade (BRASIL, 2005).

O quadro a seguir mostra que a região Sudeste conta com o maior número de unidades até 2011, totalizando 35,31% do total, em segundo lugar vem a região Nordeste, registrando 33,39%, e, por fim, as regiões Centro-Oeste, Norte e Sul, somando 31,29% do total de unidades implantadas e mantidas. Em 2011, o programa atingiu a marca de 572 unidades de farmácia popular em todo o Brasil, apesar de a meta física da ação do programa consistir em 610 unidades até este ano. Segundo o relatório de gestão da Fiocruz, o não atendimento da meta teve como causa o enfrentamento de dificuldades de formalização técnico-operacional dos parceiros municipais, estaduais e filantrópicos (FIOCRUZ, 2012b).

Quadro 8 - Farmácias populares implantadas e mantidas por região do Brasil (Fiocruz, 2005 a 2011)

Região Geográfica	Ano													
	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	I	M	I	M	I	M	I	M	I	M	I	M	I	M
Norte	6	6	17	23	33	56	13	69	6	75	2	77	0	77
Nordeste	21	21	67	88	46	134	36	170	7	177	5	182	9	191
Centro-Oeste	4	4	8	12	8	20	8	28	2	30	2	32	3	35
Sudeste	40	40	55	95	50	145	27	172	13	185	7	192	10	202
Sul	6	6	28	34	14	48	12	60	2	62	2	64	3	67
Total	77	77	175	252	151	403	96	499	30	529	18	547	25	572

Fonte: Fiocruz (2012b).

Cumprindo com o princípio de universalidade e equidade, o PFPB foi proposto para atender, indiscriminadamente, a toda população que deseje fazer uso desse serviço, apesar de buscar atingir, prioritariamente, a população que utiliza os serviços privados de saúde e que

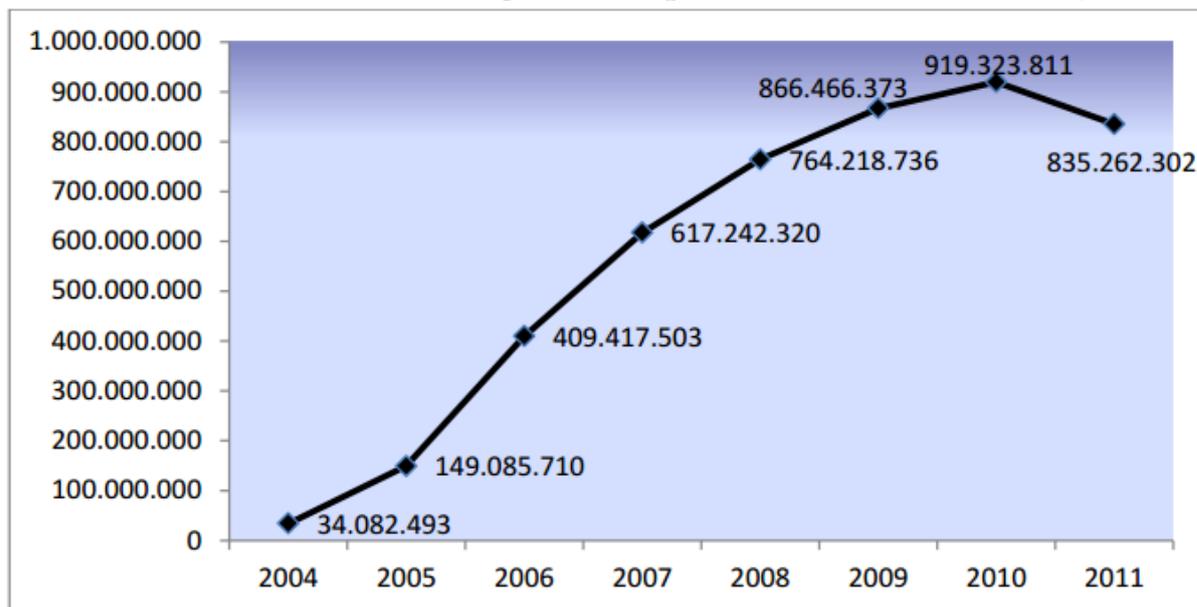
normalmente adquire seus medicamentos nas farmácias privadas e tem encontrado dificuldades para manter seus tratamentos, devido aos altos custos dos medicamentos no percentual de rendimentos familiares (BRASIL, 2005).

As dificuldades para manter o tratamento, por vezes, levam ao seu abandono. Em caso de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, a eventual utilização irregular de medicamentos compromete ou, ainda, impede a obtenção dos resultados esperados com o tratamento. Assim, tem-se como consequência o agravamento do quadro e o aparecimento de complicações (BRASIL, 2005).

A única condição para a aquisição dos medicamentos disponíveis nas farmácias populares é a apresentação de uma receita médica ou odontológica. Essa exigência busca evitar a automedicação, que pode causar intoxicações ou mascarar sintomas de doenças importantes (BRASIL, 2005).

Em relação ao número de unidades farmacêuticas dispensadas, ou seja, o número de unidades de medicamentos adquiridos nas farmácias, verifica-se um constante aumento desde o início do programa. Em 2011, foram dispensadas 835 milhões de unidades farmacêuticas, apresentando uma redução de 9,1% em relação aos 919 milhões de 2010 (FIOCRUZ, 2012b).

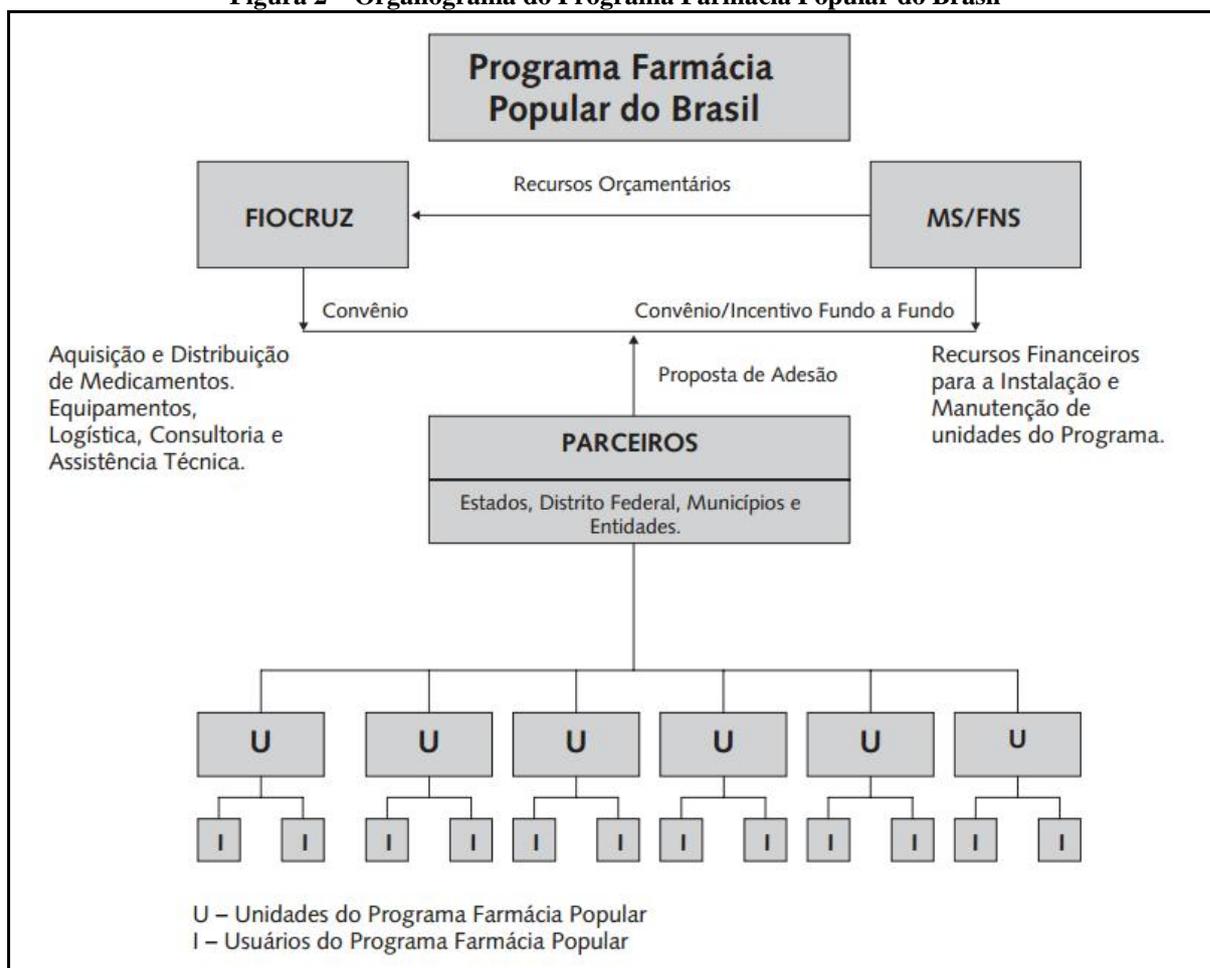
A razão dessa diminuição, segundo o relatório de gestão da Fiocruz, é o impacto direto da oferta dos medicamentos de hipertensão e diabetes de forma gratuita pela rede de drogarias e farmácias conveniadas do programa Aqui Tem Farmácia Popular, pois, a partir dessa extensão do programa, obteve-se ampliação de forma regional e local do acesso da população a esses medicamentos, de maneira a desconcentrar o atendimento pelas unidades da rede própria. Além disso, por motivos associados ao descumprimento dos padrões operacionais, logísticos e contábeis da Fiocruz, 18 unidades tiveram seu funcionamento interrompido em 2011, colaborando para a queda no número de unidades farmacêuticas dispensadas (FIOCRUZ, 2012b).

Gráfico 1 - Unidades farmacêuticas dispensadas (Programa Farmácia do Brasil – Fiocruz, 2011)

Fonte: Fiocruz (2012b).

Conforme apresentado na Figura 2, a seguir, o Ministério da Saúde, diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS), disponibiliza os recursos orçamentários à Fiocruz, que, por sua vez, adquire e distribui os medicamentos, os equipamentos e se responsabiliza pela logística e pela consultoria e assistência técnica aos conveniados. Os conveniados são os parceiros do programa – estados, Distrito Federal, municípios e entidades. Cada um desses parceiros se responsabiliza por, a partir de cada unidade da farmácia popular criada, fornecer os medicamentos e dar atenção farmacêutica aos usuários/consumidores finais (BRASIL, 2005).

Figura 2 – Organograma do Programa Farmácia Popular do Brasil



Fonte: Brasil (2005).

A consecução de recursos se dá por duas vias, mediante o incentivo repassado fundo a fundo e mediante a celebração de convênios. No âmbito dos estados, municípios, e o Distrito Federal, que aderirem ao programa, são repassados os recursos fundo a fundo, de modo regular e automático, na forma de um incentivo a sua participação. Essa transferência se dá de forma direta pelo FNS para o fundo estadual ou municipal de saúde, tanto para a implantação quanto para a manutenção das unidades do programa que vierem a ser instaladas (BRASIL, 2005).

Por outro lado, poderão aderir ao programa órgãos, entidades e instituições públicas e, também, entidades privadas, sem fins lucrativos, mantenedoras de estabelecimentos assistenciais de saúde ou de ensino superior de Farmácia, conforme previsto no Parágrafo Único, Art. 2.º, do Decreto n.º 5.090/04 (BRASIL, 2004a).

Nesses casos, os recursos para implantação e manutenção de unidades são repassados por meio de celebração de convênios de natureza financeira, com o Ministério da Saúde, nos termos da IN nº 01/97 e das Normas de Cooperação Técnica e Financeira, mediante a celebração de convênios, vigentes no Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

O programa se desenvolve por meio de duas ações diferenciadas: pela rede própria do PFPB, em funcionamento desde 2004, que trata da implantação de unidades em parceria com estados, municípios e, também, com o grupo que compreende as instituições; e, ainda, pelo sistema de copagamento, lançado em 2006, desenvolvido em parceria com farmácias e drogarias privadas (BRASIL, 2005).

No sistema de copagamento, o governo federal paga uma parte do valor fixo equivalente a 90% do valor da referência dos medicamentos, e o cidadão paga o restante. Para ter acesso a essa economia, basta que a pessoa procure uma drogaria com a marca Aqui tem Farmácia Popular e apresente a receita médica, acompanhada do seu CPF e um documento com fotografia.

Quanto ao fator ambiente, é prevista uma padronização da estruturação das unidades próprias, privilegiando o conforto do usuário e garantindo instalações de caráter humanizado. As unidades devem contar com a presença de farmacêuticos capacitados, durante todo o horário de funcionamento da farmácia, de maneira a proporcionar atendimento seguro que garanta suporte necessário para as atividades dos atendentes na sua relação com os usuários (BRASIL, 2005).

O atendimento demandado deve ser feito por profissionais que atuam nas unidades, atendendo e acolhendo todos os usuários. Esse atendimento pode ser traduzido na dispensação orientada de medicamentos disponíveis no programa ou no fornecimento de quaisquer informações relativas à saúde, aos medicamentos, ou, ainda, de interesse ou necessidade do usuário (BRASIL, 2005).

O atendimento deve objetivar a utilização dos medicamentos, por parte dos usuários, de forma responsável, segura e correta. Para tanto, é de grande importância que o processo de dispensação – etapa em que os medicamentos são entregues ao usuário com a devida explicação do tratamento – seja orientado segundo técnicas apropriadas e padronizadas, que devem ser desenvolvidas sob a supervisão permanente do farmacêutico responsável (BRASIL, 2005).

Para tanto, as unidades, além de contarem com efetiva assistência de um farmacêutico, devem dispor de instrumentos para a obtenção de informações técnicas, tais como livros

textos, manuais, revistas técnicas e, se possível, acesso a banco de dados sobre medicamentos (BRASIL, 2005).

A gestão do PFPB conta com uma coordenação de monitoramento, e suas atribuições estão definidas na Portaria 1.651/2004, na qual está prevista a responsabilidade dessa coordenação de formular indicadores de resultados e impactos do programa, abrangendo instrumentos de avaliação e monitoramento da qualidade dos serviços prestados nas unidades (BRASIL, 2005).

4.1 OBJETIVOS DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

O principal objetivo do PFPB fixa-se na ampliação do acesso da população aos medicamentos através da ação que articulam os setores público e privado, disponibilizando medicamentos e insumos classificados como essenciais, segundo a Rename, através de critérios epidemiológicos, a custos inferiores aos praticados no mercado privado.

O programa pretende estabelecer um modelo de assistência e atenção farmacêutica qualificada e adequada à legislação vigente, oferecendo aos usuários um atendimento diferenciado e de qualidade, com vistas ao uso racional dos medicamentos, além de organizar novas ferramentas de monitoramento dos preços de medicamentos, já que trabalha com a estratégia de fornecimento de medicamentos a preço de custo.

Dessa forma, considera-se que a possibilidade de aquisição de medicamentos a baixo custo na farmácia popular repercutirá em melhoria das condições de saúde da população alvo. (BRASIL, 2005).

4.2 MEDICAMENTOS

O PFPB disponibiliza um grupo de medicamentos, elencado com base em evidências científicas e epidemiológicas, que indicam sua aplicação segura e eficaz no tratamento das doenças e agravos prevalentes na população do país e cujos tratamentos geram impacto no orçamento das famílias. Podendo esse elenco apresentar diferenças em decorrência de características próprias das diferentes regiões do país (BRASIL, 2005).

A lista de medicamentos das farmácias populares está baseada na Rename, uma referência de medicamentos para o tratamento dos agravos prevalentes na população do país. A relação é elaborada pelo Ministério da Saúde, na qual são selecionados medicamentos seguros, eficazes e mais econômicos para atender às necessidades básicas de saúde da população. A seleção para o PFPB foi proposta de forma a contemplar no mínimo um medicamento de cada um dos principais grupos terapêuticos cobertos pela Rename (JUNGES, 2009).

Além dos medicamentos eleitos, a partir de sugestões da equipe técnica do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, foram incluídos medicamentos que atendam às enfermidades ligadas ao HIV e preservativos masculinos. Igualmente, apresentou sugestões à equipe do Ministério da Saúde ao avaliar o estatuto do idoso, bem com o Programa de Saúde da Mulher, que propôs a inclusão de anticoncepcionais.

Em 2012, o programa facilita o acesso a 97 medicamentos classificados como essenciais, além do preservativo masculino. São remédios que atendem a 80% das enfermidades que atingem a população, correspondendo a aproximadamente duas mil apresentações disponíveis no mercado comum, totalizando 113 itens, conforme discriminado no Anexo A, pois um mesmo medicamento possui diferentes apresentações.

Cabe ressaltar que a aquisição dos medicamentos para o programa é priorizada para os laboratórios farmacêuticos públicos, pertencentes à União, estados e municípios. Busca-se também disponibilizar prioritariamente os medicamentos genéricos. Quando necessário, são disponibilizados produtos adquiridos através de empresas privadas, a partir de processos com base em licitações e pregões (BRASIL, 2005).

5 FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL DA FACULDADE DE FARMÁCIA DA UFRGS

A unidade do PFPB, da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), é um convênio entre a faculdade, por meio da Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS), e o Ministério da Saúde, este representado pela Fiocruz. Essa unidade foi inaugurada em 31 de agosto de 2007, vindo a renovar todos os anos a parceria, conforme previsto nas normas do programa, e até o momento é a única farmácia popular em Porto Alegre. Atende aos usuários e é qualificada como um serviço essencial para cidadãos de Porto Alegre e região metropolitana.

A unidade é também a primeira integrante do programa a ser administrada por uma instituição de ensino superior, a Faculdade de Farmácia da UFRGS, funcionando como uma farmácia-escola e servindo como instrumento de aprendizado prático para os alunos da faculdade. Mantêm-se contato constante com o corpo docente da faculdade e amplo acesso dos alunos às práticas diárias da unidade, de forma a propiciar troca de ideias e melhorias para aumentar a qualidade dos serviços prestados e propiciar um atendimento especial aos usuários.

É notável o esforço da equipe na aplicação de ferramentas de atenção farmacêutica, oferecidas pela unidade e por responsáveis por prestar um atendimento diferenciado, bastante além da simples venda de medicamentos. Busca-se manter um acompanhamento mensal com usuários que demonstram enfrentar dificuldades em administrar os medicamentos da forma correta, prevista pelo tratamento, e/ou que estão apresentando alguma reação adversa com o uso dos remédios.

Verifica-se também na unidade o uso de instrumentos que auxiliam usuários analfabetos e/ou com deficiência visual, como, por exemplo, o uso de envelopes separando cada medicamento e neles coladas figuras e imagens demonstrando os horários e modos que devem ser administrados, e, ainda, o uso de caixinhas contendo 30 espaços, nos quais são colocados os remédios que os deficientes visuais devem administrar. Neste último processo, são destacados os comprimidos uma a um, ainda dentro da proteção da cartela, para que seja possível organizar o tratamento do usuário. Dessa forma, o atendimento prestado pela unidade referida pode ser considerado um modelo novo de atendimento farmacêutico, por inovar, focando no restabelecimento do bem-estar do usuário.

5.1 FUNCIONAMENTO

Seguindo as orientações da seção II do manual *Programa farmácia popular do Brasil: manual básico* (BRASIL, 2005), a unidade da farmácia popular objeto de estudo desta pesquisa cumpre as exigências e formalidades legais, fiscais e sanitárias para o pleno funcionamento da mesma.

Quanto à localização, a Farmácia Popular da Faculdade de Farmácia da UFRGS (FPB-UFRGS) se encontra numa área que apresenta grande fluxo de pessoas, por ser próxima à região central e de núcleo comercial da cidade de Porto Alegre, mais especificamente no Bairro Santana, fazendo vizinhança ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizando-se na Rua Ramiro Barcelos, 2500, e, assim, permitindo o fácil acesso dos usuários por meio de linhas de ônibus.

Além da autorização de ocupação de solo e da licença do Corpo de Bombeiros, a unidade precisou proceder, conforme o programa estipula, aos devidos registros e licenças para regularização sanitária nos órgãos responsáveis pela fiscalização da qualidade dos produtos e serviços disponibilizados no estabelecimento, que são: inscrição no Conselho Regional de Farmácia, licença da autoridade sanitária local, autorização de funcionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Com o objetivo de verificar de maneira mais detalhada o funcionamento da FPB-UFRGS, a seguir serão desenvolvidos pontos específicos quanto a sua estrutura, gestão, processos, acessos e atendimento.

5.1.1 Estrutura

A FPB-UFRGS é organizada de acordo com o *layout* proposto pelo manual básico citado anteriormente (ver Anexo C), composta pelos setores de espera, cadastro, caixa, dispensação, depósito de medicamentos e, ainda, sala de gerente, copa, banheiros e vestiário. Dessa forma, cumprindo com a diretriz de privilegiar o conforto do usuário e garantindo instalações de caráter humanizado.

A FPB-UFRGS possui a estrutura adequada e de acordo com as diretrizes estipuladas pelo programa, visto que, segundo o manual já mencionado (BRASIL, 2005), o convênio não é realizado enquanto não forem atendidas as normas de padronização estipuladas quanto a dimensões, revestimentos de pisos e paredes, número de ambientes, fácil acesso à via pública, adaptação para instalação, localização, características da rede hidráulica, quantidade de sanitários, demais ambientes previstos para as unidades, isto é, de atendimento, administrativo, de serviços e de estoque de medicamentos. Segundo a farmacêutica gerente da FPB-UFRGS, a avaliação realizada pela Fiocruz referente aos aspectos de estrutura, luminosidade natural, iluminação, ventilação, higiene e aspectos sanitários foi positiva e satisfatória.

5.1.2 Gestão e processos

A UFRGS e a FAURGS firmaram convênio com a finalidade de conjugação de esforços para o desenvolvimento do projeto Manutenção da Unidade UFRGS/FAURGS da Farmácia Popular do Brasil, em parceria com o Fundo Nacional de Saúde da Ministério da Saúde. Nesse convênio, ficam estipuladas as competências de cada integrante. À UFRGS cabe:

- a) efetuar o repasse financeiro para a FAURGS do valor global de R\$ 120.000,00, originado da cooperação orçamentária entre a UFRGS e o Ministério da Saúde;
- b) controlar se os objetivos do convênio estão sendo atingidos; e
- c) selecionar e treinar os recursos humanos envolvidos no projeto e prorrogar a vigência do convênio antes do seu término.

Já à FAURGS compete:

- a) administrar o recurso repassado e dar provimento às operações necessárias a todas as etapas do projeto conveniado;
- b) responsabilizar-se por todos os encargos de natureza fiscal, parafiscal ou trabalhista, que decorram da execução do convênio;
- c) prestar contas dos recursos aplicados à UFRGS, no prazo de 30 dias após o término do convênio, contendo o plano de aplicação dos recursos, relatório de execução físico-financeira, demonstrativo de receitas e despesas, relação de

pagamentos, relação de bens adquiridos e extrato da conta bancária com a respectiva conciliação;

- d) apresentar relatório administrativo-financeiro parcial a cada semestre e relatório de cumprimento do objeto quando do encaminhamento da prestação de contas final;
- e) comprar material de consumo e serviços, quando necessário; e
- f) realizar, obrigatoriamente, via pregão, preferencialmente de forma eletrônica a contratação de bens e serviços comuns.

Assim, cabe à FAURGS realizar toda a administração dos recursos destinados à manutenção da unidade e à gestão de processos.

A farmácia conta com a coordenação da farmacêutica gerente, que realiza com o apoio de outras duas farmacêuticas todos os controles e registros logísticos, contábeis e administrativos necessários ao bom funcionamento.

O grupo de controles de logística desempenhados é formado por:

- a) pedido mensal de medicamentos para reposição de estoque;
- b) relatório mensal de medicamentos a vencer nos próximos seis meses enviado à Fiocruz com periodicidade mensal;
- c) relatório da demanda dos produtos referente aos últimos dois meses;
- d) relatório de origem das receitas médicas e odontológicas atendidas;
- e) relatório mensal de ocorrências (ROs): relação dos medicamentos que apresentam desvio de qualidade e tabela de desvio de qualidade, que especifica as irregularidades, gerando uma análise qualitativa, para avaliação dos laboratórios fornecedores. Os desvios de qualidade dos produtos ainda são comunicados ao setor Notivisa da Anvisa;
- f) planilha trimestral de envio de medicamentos (PEM): relação dos medicamentos a serem devolvidos para a Fiocruz, isto é, medicamentos que apresentaram desvio de qualidade, medicamentos com validade expirada ou próxima de expirar, medicamentos em excesso no estoque; e
- g) planilha mensal de inventário dos produtos: balanço de conferência de estoque para confirmação de dados quanto ao fornecimento consignado de medicamentos por parte da Fiocruz.

A gestão de estoque de medicamentos, no sistema informatizado padrão da Fiocruz instalado na unidade, engloba todas as movimentações de estoque, isto é, as entradas e saídas de produtos. Diariamente, os relatórios são transmitidos para a gerência administrativa do

programa, por meio de acesso remoto via internet, para efetivação dos devidos controles, inclusive o planejamento e programação da reposição dos estoques por parte da Fiocruz.

O pedido de medicamentos para reposição dos estoques é realizado uma vez a cada mês, com base na demanda dos dois meses anteriores à formulação do pedido. O cálculo é feito da seguinte maneira:

Quadro 9 – Cálculo de pedidos

<p>Quantidade a ser solicitada de cada produto = <i>(Quantidade total vendida do produto nos dois últimos meses) X 60 (dias)</i></p> <hr/> <p><i>(Total de dias em que a unidade teve expediente no período) – (Quantidade total do produto disponível no estoque)</i></p>

Fonte: elaborado pela autora a partir de informações adquiridas na FPB-UFRGS.

Os medicamentos são entregues à unidade no prazo máximo de uma semana após o pedido.

Outra tarefa de responsabilidade da gestão da unidade é a de realizar um controle de qualidade dos produtos na ocasião de seu recebimento na unidade. Os medicamentos chegam até a farmácia em embalagens grandes, chamadas de embalagens primárias, e são conferidos para avaliar desvios de qualidade, a começar pelas quantidades, de acordo com a nota fiscal emitida pela Fiocruz. Logo após, os medicamentos são observados cartela a cartela, frasco a frasco, tubo a tubo, etc., com o objetivo de verificar a possível existência de rachaduras, quebras de cápsulas, vazamentos de frascos, manchas nos comprimidos, desvios de qualidade nas embalagens, como ausência de lote, datas de fabricação e validade.

A conferência é realizada por duas pessoas separadamente e, caso algum desvio do padrão de qualidade seja detectado, a embalagem primária que contém o desvio é separada das demais e posteriormente encaminhada à Fiocruz, para que seja analisada e verificada a sua origem laboratorial e, assim, tomadas as devidas providências. Já a embalagem primária que não apresentar nenhum desvio de qualidade tem suas cartelas, frasco, tubo ou envelope etiquetados, contendo o número de lote, data de validade e fabricação, tomando-se o cuidado para que a etiqueta não seja colada sobre o nome e dosagem do medicamento. Esse procedimento está em consonância com o estipulado pelo programa, em seu manual básico:

Os medicamentos dispensados nas unidades do Programa são identificados por meio da colocação de etiquetas padronizadas, as quais compõem o conjunto de insumos relacionados com a dispensação e que são disponibilizados pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz [...]. Os medicamentos podem ser dispensados aos usuários somente quando devidamente etiquetados. A colocação dessas etiquetas deve observar os cuidados técnicos no sentido de garantir a integridade e o acesso visual às informações constantes na embalagem secundária, ou primária, quando for o caso (BRASIL, 2005, p. 34).

Após esse passo, dá-se entrada na planilha de estoque da quantidade real disponível, excluídas as quantidades de produtos que tenham apresentado desvio de qualidade. No caso em que se receba alguma reclamação por parte usuários na atenção farmacêutica da unidade, como reações adversas incomuns, estas são comunicadas à Anvisa e à Fiocruz.

A unidade cumpre com suas responsabilidades contábeis de prestação de contas à Fiocruz, gerando e enviando:

- a) relatórios eletrônicos diários de vendas e fornecimento de medicamentos;
- b) planilha financeira de fechamento de caixa diário, enviada semanalmente por e-mail. O fechamento de caixa é realizado em todo final de expediente e reconferido no próximo dia, alimentando-se a planilha financeira e calculando-se o valor em cofre em relação às diferenças de valor em caixa para fornecimento de troco, podendo somar o montante limite de R\$ 2.000;
- c) relatório físico mensal incluindo as prescrições médicas, notas fiscais, cupons de separação de medicamentos, balanços de contagem de estoque; e planilha financeira de fechamento de caixa, assinada por duas farmacêuticas;
- d) relatório mensal de subsidiados, contendo as quantidades de medicamentos gratuitos fornecidos.

Por fim, faz-se importante observar que a FPB-UFRGS tem cumprido com suas obrigações e com as diretrizes do programa estipuladas no manual básico. Além disso, a cada dois anos a farmácia recebe uma equipe de técnicos da Fiocruz que, durante três dias, realiza uma auditoria de todos os aspectos referentes à manutenção da farmácia. Ao final da avaliação, a equipe emite um relatório assinado pelo auditor responsável e pela farmacêutica e funcionário responsáveis. Segundo a farmacêutica responsável, o *feedback* da auditoria em todos os anos foi positivo e satisfatório.

5.1.3 Acessos

Em conformidade com o princípio de universalidade do Sistema de Saúde do Brasil, a unidade de estudo segue as regras estabelecidas pelo programa quanto ao acesso aos benefícios do mesmo, assegurando-os mediante a simples apresentação de receituário médico ou odontológico, prescrito de acordo com a legislação vigente, contendo um ou mais medicamentos disponíveis (BRASIL, 2005).

Para o fornecimento dos medicamentos gratuitos (para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma), o sistema solicita o número de CPF do usuário, que deve ser válido e não apresentar restrições como pendências de cadastro de dados pessoais no Ministério da Fazenda.

5.1.4 Atendimento

O atendimento da farmácia conta com a presença de farmacêuticos capacitados, durante todo o horário de funcionamento da farmácia, proporcionando atendimento seguro e garantindo suporte necessário para as atividades dos atendentes em sua relação com os usuários. Para tanto, também dispõem de instrumentos que possibilitam a obtenção de informações técnicas, tais como livros, textos, manuais e revistas técnicas.

O atendimento é exclusivamente presencial na unidade, não havendo a possibilidade de que sejam prestados serviços de atendimento por telefone ou internet e posterior entrega a domicílio.

Nesse sentido, a farmácia adota as normas e procedimentos padronizados, que envolvem diferentes etapas do cuidado com os usuários, com a ação voltada à atenção à saúde e à educação quanto ao uso correto dos medicamentos. Esse processo cumpre com o papel de realizar o contínuo aprimoramento dos cuidados com os usuários, o acolhimento e a abordagem ao usuário, levando-se em conta aspectos como: idade, capacidade de receber e compreender mensagens e informações, tipo de enfermidade que apresenta, bem como interesse e grau de conhecimento sobre sua saúde.

O processo de atendimento na FPB-UFRGS engloba várias etapas e cuidados: o cliente retira uma senha e aguarda ser chamado. No atendimento, recebe a solicitação para

apresentar sua requisição (receita médica ou odontológica) para que o atendente observe a conformidade desta com a legislação, isto é, se é a primeira via original apresentando os medicamentos em forma farmacêutica e contendo o nome completo do paciente, o carimbo, a assinatura e o número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico ou no Conselho Regional de Odontologia (CRO) do cirurgião-dentista. Juntamente, são observadas a posologia, a via de administração e a especificação quanto ao tratamento ser contínuo ou por tempo determinado pelo prescritor. Após essas observações, o profissional realiza o pedido dos medicamentos desejados.

Ainda no atendimento, verifica-se se os itens requeridos estão em conformidade com a legislação e se constam na lista do programa e se estão disponíveis na farmácia. Se o tratamento é por tempo limitado, fornece-se a quantidade requerida, mas caso seja de uso contínuo, fornece-se a quantidade para um mês de tratamento e carimba-se a receita com a data da aquisição para que se tenha o controle para o próximo mês.

Na última fase dessa etapa, imprime-se um cupom de separação que contém a lista dos medicamentos solicitados e encaminha-se o mesmo e a receita para a etapa de separação. Logo, gera-se o total a ser pago via sistema para a etapa de pagamento. O usuário, então, é encaminhado ao caixa para efetuar o pagamento, sempre em dinheiro, e aguarda ser chamado pela dispensação, enquanto o pedido é separado.

Na etapa de separação, marca-se na planilha de atendimento se a receita é proveniente do setor público (SUS, postos de saúde de prefeituras, etc.) ou do setor privado (médicos, clínicas ou hospitais particulares, etc.). Num segundo momento, verifica-se a concordância da lista de medicamentos e as quantidades vendidas com a receita, a posologia e a duração do tratamento. A partir dessa conferência, os medicamentos, que se encontram organizados em ordem alfabética, em quatro fileiras centrais das estantes, são separados e reconferidos.

Na etapa final, a de dispensação, os medicamentos são entregues junto com a receita ao usuário, que recebe a orientação sobre o uso correto dos medicamentos. Este também é o momento em que o usuário fornece suas eventuais dúvidas. No momento da dispensação, o profissional anota o nome e o telefone do usuário, confere a separação e explica o tratamento para o paciente.

Percebendo o não entendimento por parte do usuário, ou caso este seja analfabeto, usam-se envelopes para a separação dos medicamentos, registrando o uso, com horário, posologia e outros aspectos relevantes. Quando necessário, também colam-se imagens e figuras.

5.2 ABRANGÊNCIA

Considerando os objetivos pretendidos pelo programa, mostra-se interessante observar a efetiva abrangência alcançada pelo PFPB, a partir da verificação junto à FPB-UFRGS, do perfil socioeconômico dos usuários atendidos, do perfil da demanda pelos medicamentos e pela relação existente entre os medicamentos disponibilizados e as enfermidades a que estes atendem.

5.2.1 Perfil socioeconômico dos usuários

Como o programa não prevê em seus controles e cadastros a coleta sistemática de informações capaz de definir e acompanhar o perfil de seus usuários, dado que apenas são exigidos a requisição médica ou odontológica e o CPF dos indivíduos atendidos, e, ainda, como foram encontrados poucos estudos sobre esse tópico, a unidade estudada não apresentou dados que nos permitissem obter conclusões atualizadas sobre o grupo social atingido. Dessa forma, não é possível, apenas tendo acesso aos relatórios de cadastro de atendimentos, identificar aspectos como o nível de renda, classe socioeconômica, sexo, faixa etária, raio regional atingido e o real impacto em termos de alcance dos objetivos dos tratamentos para a saúde dos indivíduos.

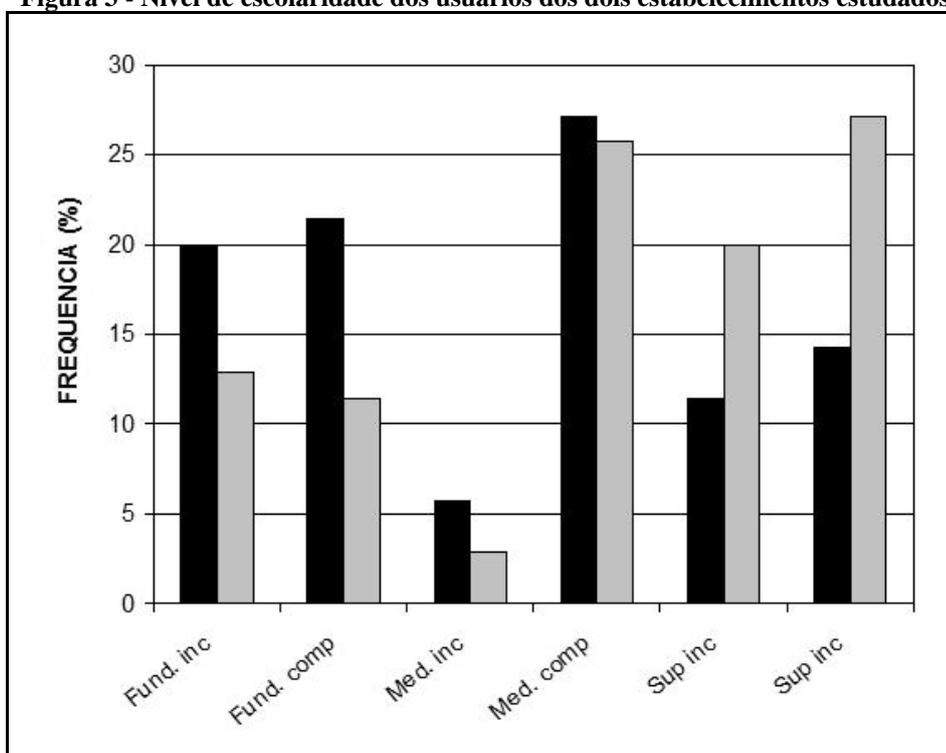
No entanto, a FPB-UFRGS apoiou um estudo do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos da Faculdade de Farmácia da UFRGS, desenvolvido por Ruppenthal e Petrovick (2010), no qual foi traçado um perfil dos usuários da FPB-UFRGS quanto à idade, gênero, grau de escolaridade, profissão, bem como quanto à medicação dispensada, em comparação com os usuários de farmácias privadas no município de Porto Alegre, que não serão considerados nesta análise. Com base nos dados deste estudo, foi possível ter uma ideia a cerca do perfil atingido pela FPB-UFRGS à época do estudo, considerando sexo, renda, faixa etária e medicamentos dispensados.

Os dados apresentados pelo estudo de Ruppenthal e Petrovick (2010) foram coletados em 2007. A amostra selecionada dos usuários da FPB-UFRGS foi composta por 70 pessoas,

de forma a refletir o número de usuários atendidos no primeiro ano de funcionamento da unidade, dos quais 51,43% eram do sexo feminino e 48,57% do sexo masculino.

Quanto ao nível de escolaridade (ver Figura 3), a amostra da FPB-UFRGS observou a prevalência de 41,43% de usuários com ensino fundamental, 32,45% com ensino médio e 25,72% com nível superior. Como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) associa maiores níveis de escolaridade com maiores níveis de renda, o estudo assumiu que o programa deve estar atingindo um público de baixa renda.

Figura 3 - Nível de escolaridade dos usuários dos dois estabelecimentos estudados

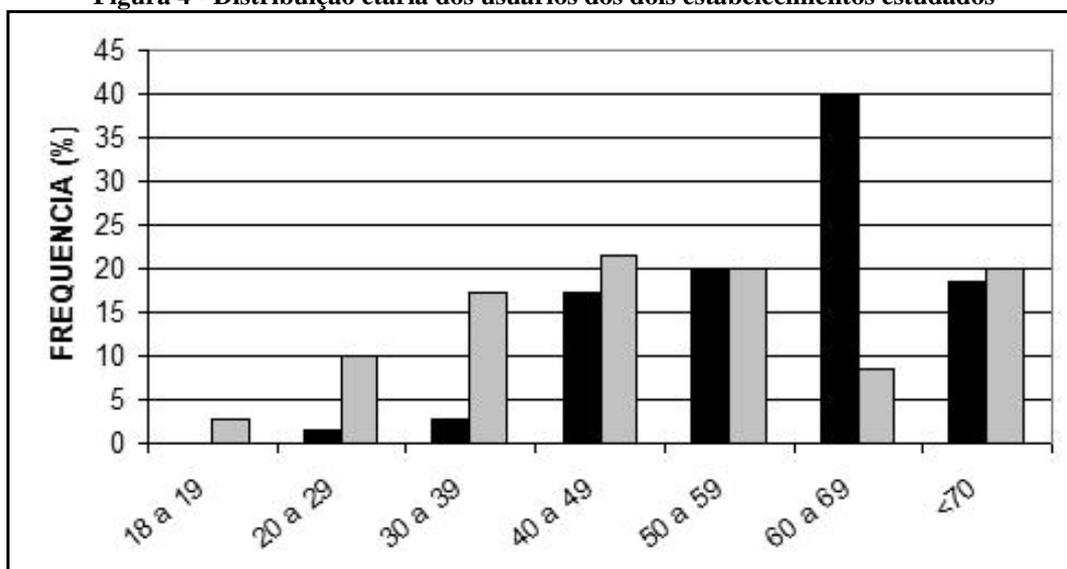


Fonte: Ruppenthal e Petrovick (2010).

Nota: dados obtidos na FPB-UFRGS (■) e no estabelecimento comercial (■) no período de 3 de setembro de 2007 a 31 de outubro de 2007.

Quanto à distribuição etária de seus usuários (ver Figura 4), 58,57% dos entrevistados possuíam mais de 60 anos, enquanto 4,3% tinham entre 20 e 40 anos. Tais índices seriam explicados, de acordo com o estudo, pelo maior número de doenças crônico-degenerativas que acometem idosos.

Figura 4 - Distribuição etária dos usuários dos dois estabelecimentos estudados



Fonte: Ruppenthal e Petrovick (2010).

Nota: dados obtidos na FPB-UFRGS (■) e no estabelecimento comercial (■) no período de 03 de setembro de 2007 a 31 de outubro de 2007.

5.2.2 Perfil da demanda de medicamentos

Ainda de acordo com o estudo de Ruppenthal e Petrovick (2010), quanto aos medicamentos dispensados na FPB-UFRGS, aqueles atuantes no sistema cardiovascular significaram 65,22% de todos os itens dispensados, os com ação no trato alimentar e metabolismo 15,22% e os com efeitos sobre o sistema nervoso 7,25%. O grande volume de vendas desses medicamentos na FPB-UFRGS, de acordo com o estudo, deve-se ao fato desses serem de uso continuado e amplamente prescrito ao público idoso, o qual representa uma parcela significativa dos usuários desse estabelecimento. Os medicamentos de uso crônico totalizaram 92,75% dos itens dispensados na FPB-UFRGS.

Um fator restritivo indicado pelo estudo, sobre o acesso aos medicamentos por parte dos usuários da FPB-UFRGS, é que a lista de medicamentos disponíveis é reduzida (112 medicamentos, excluindo o preservativo masculino) e privilegia o tratamento de distúrbios crônicos. Além disso, por força do regulamento interno e para promover o uso mais racional dos medicamentos disponíveis, todo o medicamento dispensado na FPB-UFRGS deve obrigatoriamente ter sido prescrito por um profissional médico ou cirurgião-dentista.

5.2.3 Doenças a que se disponibilizam os medicamentos

Analisar as principais doenças atendidas pela FPB-UFRGS é o mesmo que fazê-lo a partir da lista de medicamentos disponibilizados pelo programa de forma geral, pois todos são fornecidos pela unidade. Dessa forma, buscou-se organizar os medicamentos do programa por grupo de doenças a que podem atender.

A Rename 2010 apresenta uma divisão dos medicamentos por grupo farmacológico, em três seções: a) medicamentos usados em manifestações gerais de doenças; b) medicamentos usados em doenças de órgãos e sistemas orgânicos; e c) outros medicamentos e produtos para a saúde (ver Quadro 10).

Quadro 10 - Classificação de medicamentos (Rename 2010)

Seção A - Medicamentos usados em manifestações gerais de doenças	
1. Anestésicos e adjuvantes	
2. Analgésicos, antipiréticos e medicamentos para o alívio da enxaqueca	
3. Anti-inflamatórios e medicamentos utilizados no tratamento da gota	
4. Antialérgicos e medicamentos usados em anafilaxia	
5. Anti-infectantes	
6. Medicamentos utilizados no manejo das neoplasias	
7. Imunossupressores e imunoterápicos	
8. Medicamentos e antídotos usados em intoxicações exógenas	
9. Soluções intravenosas para reposição hidroeletrólítica e correção do equilíbrio acidobásico	
10. Agentes empregados em nutrição parenteral	
11. Substâncias minerais	
12. Vitaminas	
Seção B - Medicamentos usados em doenças de órgãos e sistemas orgânicos	
13. Medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central e periférico	
14. Medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular e renal	
15. Medicamentos que atuam sobre o sangue	
16. Medicamentos que atuam sobre o sistema digestivo	
17. Medicamentos que atuam sobre o sistema respiratório	
18. Medicamentos que atuam sobre os sistemas endócrino e reprodutor	
19. Medicamentos utilizados no tratamento/prevenção da osteoporose	
20. Medicamentos tópicos usados em pele, mucosas e fâneros	
21. Medicamentos tópicos usados no sistema ocular	
Seção C - Outros medicamentos e produtos para a saúde	
22. Dispositivo intrauterino	
23. Métodos de barreira	
24. Agentes diagnósticos	
25. Produtos para o tratamento do tabagismo	
26. Soluções para diálise	

Fonte: elaborado pela autora a partir da Rename (BRASIL, 2010).

Classificando os medicamentos oferecidos pelo programa (Anexo A) pelos critérios do Rename (Quadro 10), foi possível verificar a qual categoria de indicações pertencem cada um dos medicamentos oferecidos pela FPB-UFRGS. Verificamos, também, o número de medicamentos sugeridos pelo Rename e o número de medicamentos oferecidos pelo programa para cada categoria e a proporção entre eles (Anexo B).

A partir do quadro do Anexo B, conclui-se que, do total de 237 medicamentos ou produtos sugeridos pela Rename 2010 para a seção B de sua classificação, a FPB-UFRGS disponibiliza 41 deles, o que representa 17%, com destaque para a categoria de substâncias minerais (A-11), que totalizam 80% dos aconselhados pela Rename 2010 para a mesma categoria. 50% dos sugeridos para a categoria de analgésicos, antipiréticos e medicamentos utilizados no tratamento da enxaqueca (A-2) são fornecidos pela unidade. Já da categoria A-6,

medicamentos utilizados no manejo de neoplasias, quase 10% dos que a Rename 2010 sugere estão na lista da FPB-UFRGS.

Em relação à seção B, dos 139 da Rename, tem-se 37%, ou seja, 51 medicamentos na FPB-UFRGS. Destes, 76% dos sugeridos na categoria B-13, medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central e periférico, e cerca de 50% na categoria B-14, medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular e renal, são disponibilizados pela unidade. Os medicamentos da categoria B são utilizados em manifestações gerais de doenças, sendo indicados para mais de um grupo de doenças. Considerando, à parte, as indicações gerais, há ainda 101 indicações específicas, que estão elencadas no Anexo B.

Sobre a seção C, a FPB-UFRGS disponibiliza apenas um dos 14 indicados pela Rename 2010: o preservativo masculino da categoria de métodos de barreira (C-23).

Vale ainda destacar que dos 390 medicamentos ou produtos sugeridos para as diferentes categorias classificadas, 93 são disponibilizados pela FPB-UFRGS e atendem a todas as categorias, pois disponibilizam pelo menos um medicamento de cada categoria, com exceção daquelas que abrangem intoxicações exógenas e o sistema ocular.

Dos grupos de principais doenças causadoras de óbito na população geral, conforme será visto na seção 5.2.4 do presente estudo, apenas o de afecções do período perinatal não apresentou indicações explícitas pelo Rename, o que não significa que alguns dos medicamentos de uso geral não contemplem esse grupo de doenças. Embora não tenha sido possível avaliar se a variedade ou a qualidade dos medicamentos é a melhor possível para cada grupo de doenças, ou estabelecer todas as indicações possíveis dos medicamentos, principalmente os de uso geral, de acordo com Ruppenthal e Petrovick (2010), dados do IMS Health apontam que os medicamentos atuantes no sistema cardiovascular, aqueles com ação no trato alimentar e no metabolismo, e os com efeitos sobre o sistema nervoso, são as três classes de medicamentos mais vendidos no mundo. Esses medicamentos correspondem, respectivamente, a 65,22%, 15,22% e 7,25% do volume de vendas FPB-UFRGS, na época do estudo.

Esse dado nos faz acreditar que os medicamentos dispensados pela FPB-UFRGS representam uma fatia relevante dos medicamentos disponíveis no mercado para esses grupos de doenças, o que se deve ao fato desses serem de uso continuado e amplamente prescritos ao público idoso, o qual representa uma parcela significativa dos usuários dessa unidade. Os grupos de doenças relacionadas a esses medicamentos corresponderam a 37,2% dos óbitos por causas definidas, em 2009, incluindo o grupo mais relevante de doenças, as do sistema

circulatório. Vale, ainda, ressaltar que os medicamentos de uso crônico totalizaram 92,75% dos itens dispensados na FPB-UFRGS.

Quanto às doenças específicas, a Tabela 1, abaixo, apresenta as doenças atendidas pelo atual elenco de medicamentos do PFPB (JUNGES, 2009):

Tabela 1 - Principais doenças atendidas pelos medicamentos do PFPB

Doenças atendidas		
Artrite Reumatoide	Dor de cabeça	Insuficiência cardíaca
Alcoolismo	Depressão	Irritações da pele
Amidalite	Enxaqueca	Meningite tuberculosa
Abscesso dentário	Epilepsia	Micoses
Ansiedade	Enjoo	Mal de Parkinson
Angina	Furúnculo	Piolho
Anemia	Gota	Queimaduras
Asma	Gastroenterite	Sinusite
Bronquite	Hipertensão arterial	Tendinite
Cólicas	Hiperlipidemia	Tricomoníase
Disenteria	Infecções da pele	Úlcera gástrica
Infecções urinárias		

Fonte: Junges (2009).

5.2.4 Comparação entre grupos de doenças atendidas pela FPB-UFRGS e indicadores de mortalidade e internações por grupos de doenças

Parte-se do pressuposto de que aumentar o acesso da população a medicamentos essenciais deve colaborar positivamente com a saúde, pois quanto maior o acesso a medicamentos por parte da população doente, mais eficazes poderão ser os tratamentos de suas doenças e, conseqüentemente, menor será a incidência de mortes no país. Da mesma forma, diminuindo a incidência de doenças, reduz-se a necessidade de internações em hospitais públicos, o que por fim impacta em menos necessidade de gasto governamental.

Assim sendo, para podermos inferir a partir de indicadores sociais sobre o êxito do PFPB em dispensar medicamentos de acordo com a necessidade do país, dos indicadores listados no capítulo 2, item 2.3, os que julgamos mais adequados ao objetivo específico final deste trabalho são os indicadores de mortalidade e os indicadores de morbidade e fatores de

risco, por mostrarem uma relação entre grupos de doenças com mortalidade e grupos de doenças com internações hospitalares, por causarem impacto no índice de esperança de vida ao nascer e por refletirem no total de gasto público com saúde, respectivamente.

Esperança de vida ao nascer configura-se em um indicador de grande importância ao se medir a qualidade de vida de um país, pois, segundo a Rede Interagencial de Informações Para a Saúde (BRASIL, 2011c), o aumento desse indicador sugere melhoria nas condições de vida e de saúde da população e representa uma medida sintética da mortalidade, não estando afetada pelos efeitos da estrutura etária da população, como acontece com a taxa bruta de mortalidade.

O acompanhamento longitudinal desses indicadores seria o ideal para realmente medir o impacto do programa, mas o escopo do trabalho e as limitações de dados encontrados nos permitem apenas verificar se os grupos de doenças atendidos pelos medicamentos oferecidos pela FPB-UFRGS atendem aos mesmos grupos de doenças considerados mais relevantes por esses instrumentos. Para realizar tal verificação, serão observados os grupos de doenças mais atendidos pelos medicamentos oferecidos pela FPB-UFRGS, a partir do estudo realizado por Ruppenthal e Petrovick (2010) e a partir de dados de 2012 da própria unidade. Num segundo momento, serão verificados os grupos de doenças que mais levam a internações pelo SUS e óbitos no país, a partir de dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c).

Tendo esses dados devidamente especificados, será feita uma comparação que possa indicar o êxito ou insucesso da FPB-UFRGS – isto é, do PFPB, visto que a relação de medicamentos utilizada na unidade da UFRGS é a mesma estipulada pelo programa – em disponibilizar os medicamentos relevantes aos indicadores de mortalidade e internações.

Tal como foi apresentado nos Quadros 3 e 4, no item 2.3, o indicador de mortalidade por grupos de causas mede o número de óbitos de residentes por grupos de causas definidas em relação ao número de óbitos de residentes, excluídas as causas mal definidas, enquanto o indicador de proporção de internações hospitalares por grupos de causas mede o número de internações de residentes, por grupos de causas, pagas pelo SUS, sobre o número total de internações de residentes pagas pelo SUS.

5.2.4.1 Considerações sobre mortalidade

Para comparar os grupos de doenças que geram mais demanda de medicamentos pelos usuários da FPB-UFRGS com os grupos de doenças que mais influenciam o indicador de mortalidade, mostraremos como os óbitos se distribuem por grupos de doenças.

- a) mortalidade com causas definidas: de acordo com os dados nacionais de 2007 a 2010 (BRASIL, 2011b), apresentados no Quadro 11, o total de óbitos por causas definidas da população que foi de 4.046.845 e o total de óbitos, excluindo as causas externas, por estas não se relacionarem às doenças, que foi de 3.497.924.

Quadro 11 - Mortalidade com causas definidas no Brasil (2007 a 2010)

Mortalidade total	2007	2008	2009	2010	Total
Por causas definidas	967.580	997.846	1.024.094	1.057.325	4.046.845
Exclusive causas externas	836.548	861.910	885.397	914.069	3.497.924

Fonte: elaborado pela autora a partir de Brasil (2011b).

- b) indicador de mortalidade proporcional por grupos de causas: as principais doenças responsáveis pela mortalidade da população brasileira, nos anos de 2007 a 2010, estão apresentadas no Quadro 12. Os três grupos de doenças responsáveis por mais de 50% dos óbitos no período são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório. Na análise que faremos, serão excluídas as causas externas, por se referirem a óbitos por acidentes ou violência, não relacionados às doenças.

Quadro 12 - Mortalidade por grupos de causas definidas, exclusive causas externas - Brasil (2007 a 2010)

Mortalidade por grupos de causas	2007	2008	2009	2010	Total	%
Doenças do aparelho circulatório	308.466	317.797	320.074	326.371	1.272.708	36,38
Neoplasias (tumores)	161.491	167.677	172.255	178.990	680.413	19,45
Doenças do aparelho respiratório	104.498	104.989	114.539	119.114	443.140	12,67
Afecções no período perinatal	26.898	26.080	25.367	23.723	102.068	2,92
Doenças infecciosas e parasitárias	45.945	47.295	47.010	48.823	189.073	5,41
Demais causas definidas	189.250	198.072	206.152	217.048	810.522	23,17
Total óbitos	836.548	861.910	885.397	914.069	3.497.924	100

Fonte: elaborado pela autora a partir de Brasil (2011b).

Reunindo os três principais grupos de causas de mortalidade da população brasileira no período e cruzando os dados com as informações do Anexo B (Quadro 13), vemos que as três causas de mortalidade mais importantes possuem um total de 81 medicamentos relacionados a elas na relação da Rename. Destes, 23 são oferecidos pela FPB-UFRGS.

Quadro 13 - Número e proporção (%) dos óbitos relacionados aos três principais grupos de doenças no Brasil (2007-2010) x medicamentos da FPB-UFRGS

Grupos de doenças	Total	%	Nº medicamentos	
			Sugeridos Rename	Oferecidos PFPB
Doenças do aparelho circulatório	1.272.708	36,38	31	15
Neoplasias (tumores)	680.413	19,45	41	4
Doenças do aparelho respiratório	443.140	12,67	9	4
Subtotal*	2.396.261	59,21	-	-
Total**	4.046.845	100	-	-

Fonte: elaborado pela autora a partir de Brasil (2011b).

Nota: * Total das três primeiras causas de óbito / ** Total de todas as causas de óbito.

5.2.4.2 Considerações sobre internações hospitalares

A mesma análise feita para o indicador de mortalidade será feita para o indicador de proporção de internações hospitalares. Mostraremos como as internações pelo SUS se distribuem por grupos de doenças, e depois mostraremos como se distribuem os medicamentos da FPB-UFRGS entre as principais causas de internação.

- a) internações: de acordo com os dados nacionais apresentados no Quadro 14 (BRASIL, 2012b), o total de internações por causas definidas (excluindo causas externas) da população foi de 30.647.466. Sobre o ano de 2007, não foi possível acessar dados pelo Ministério da Saúde que nos permitissem a mesma comparação realizada para mortalidade, portanto analisaremos as internações somente no período de 2008 a 2010.

Quadro 14 - Total de internações pelo SUS de 2008 a 2010

	2008	2009	2010	Total
Total internações	10.743.603	11.128.809	11.357.965	33.230.377
Exclusive causas externas	9.974.602	10.244.144	10.428.720	30.647.466

Fonte: elaborado pela autora a partir de Brasil (2012b).

- b) indicador de proporção de internações hospitalares por grupos de causas: como o estudo tratará de grupos de doenças, a causa gravidez, parto e puerpério não será incluída na análise que segue. Podemos ver, então, que mais de 50% das causas de internações da população no Brasil (ver Quadro 15) referem-se às doenças do aparelho respiratório, circulatório, digestivo, infecciosas e parasitárias e do aparelho genitourinário. Este último caso será excluído da análise, pois sua classificação não encontra correspondência inequívoca com classificação da RENAME (2010). Em seu lugar será incluída a causa neoplasias.

Quadro 15 - Principais causas de internações no Brasil

Internações por grupos de causas	2008	2009	2010	Total	%
Gravidez, parto e puerpério	2.351.877	2.403.986	2.377.699	7.133.562	23,28
Doenças do aparelho respiratório	1.386.706	1.534.953	1.452.505	4.374.164	14,27
Doenças do aparelho circulatório	1.096.888	1.139.140	1.153.213	3.389.241	11,06
Doenças do aparelho digestivo	961.505	996.109	1.041.125	2.998.739	9,78
Doenças infecciosas e parasitárias	978.823	928.304	1.021.324	2.928.451	9,56
Doenças do aparelho geniturinário	704.787	758.755	793.650	2.257.192	7,37
Neoplasias (tumores)	545.863	575.371	604.809	1.726.043	5,63
Demais causas definidas	1.948.153	1.907.526	1.984.395	5.840.074	19,06
Total internações	9.974.602	10.244.144	10.428.720	30.647.466	100,00

Fonte: elaborado pela autora a partir de Brasil (2012b).

Reunindo os cinco principais grupos de causas de internações da população brasileira pelo SUS no período, e cruzando os dados com as informações do Anexo B (ver Quadro 16), vemos que as causas de internações mais importantes encontram um total de 184 medicamentos relacionados a elas na relação da Rename. Destes, 51 são oferecidos pela FPB-UFRGS.

Quadro 16 - Número e proporção (%) das internações por grupos de doenças no Brasil (2008-2010) x medicamentos da FPB-UFRGS

Grupos de doenças	Total	%	Nº medicamentos	
			Sugeridos Rename	Oferecidos PFPB
Doenças do aparelho respiratório	4.374.164	14,27	9	4
Doenças do aparelho circulatório	3.389.241	11,06	31	15
Doenças do aparelho digestivo	2.998.739	9,78	14	6
Doenças infecciosas e parasitárias	2.928.451	9,56	89	22
Neoplasias (tumores)	1.726.043	5,63	41	4
Subtotal*	19.621.749	64,02	-	-
Total**	30.647.466	100	-	-

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2012b, 2002) e de material interno coletado na FPB-UFRGS.

De posse dos relatórios de vendas de medicamentos da FPB-UFRGS, do período de 1º de abril de 2012 a 23 de novembro de 2012, foi possível verificar as principais demandas, relacioná-las com as categorias do Rename e compará-las aos dados do estudo de Ruppenthal e Petrovick (2010).

Quadro 17 - Comparação entre grupos de doenças atendidas pela FPB-UFRGS e indicadores de mortalidade e internações por grupos de doenças

Causas	Participação sobre os totais		% das vendas na FPB-UFRGS		Nº de medicamentos		% dos medicamentos oferecidos
	Mortalidade	Internações	2007**	2012***	Sugeridos Rename	Oferecidos PFPB	
Aparelho circulatório	36,38	11,06	65,2	54,5	31	15	48
*Sistema nervoso central periférico	-	-	7,2	13,2	17	13	77
*Sistema endócrino e reprodutor	-	-	-	11,5	24	9	38
Doenças infecciosas e parasitárias	-	9,56	-	5,1	89	22	25
Neoplasias	19,45	5,63	-	1,9	41	4	10
Aparelho respiratório	12,67	14,27	-	0,5	9	4	44
Aparelho digestivo	-	9,78	15,2	8,3	14	6	43

Fonte: elaborado pela autora a partir de Ruppenthal e Petrovick (2010) e Brasil (2012b, 2011b).

Notas: *Não faz parte da classificação por grupo de causas, mas de classes do Rename, incluídas aqui por sua relevância na demanda de 2012. / **Dados de Ruppenthal e Petrovick (2010). / *** Relatório de Vendas por Produto de 1º de abril de 2012 a 23 de novembro de 2012 (material interno coletado na FPB-UFRGS).

Observamos que os medicamentos mais demandados em 2007 e 2012 correspondem às doenças do aparelho circulatório, que é a principal causa de mortalidade e a segunda em internações. Nota-se que em 2012 houve uma redução da participação nas vendas dos medicamentos para o trato do aparelho digestivo - responsável por 9,8% das internações no período abordado -, que passou de 15,2%, em 2007, para 8,3% em 2012. O terceiro grupo mais vendido em 2007, dos medicamentos para o sistema nervoso central e periférico, teve sua participação da demanda aumentada de 7,2%, 2007, para 13,2% em 2012, embora não fizesse parte das principais causas de internações e óbitos no país.

Para todo o grupo de doenças relevantes para os indicadores de internações pelo SUS e mortalidade, a FPB-UFRGS disponibiliza algum tipo de medicamento, conforme pôde ser verificado pelo Quadro 17. Infelizmente, não foi possível fazer uma análise qualitativa acerca da participação dos medicamentos da FPB-UFRGS em relação à Rename, ou seja, possuir um elenco ótimo de medicamentos.

5.3 FINANCIAMENTO

A instalação e manutenção das unidades do PFPB são feitas com recursos da União, destinados ao Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria nº 2.587, de 06 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004b). Segundo o manual *Programa farmácia popular do Brasil: manual básico* (BRASIL, 2005, p. 16), “[...] os recursos para implantação e manutenção do Programa são provenientes de execução descentralizada de programa de trabalho específico do orçamento da União destinado ao Ministério da Saúde”.

De acordo com o Art. 3º da Portaria, o incentivo financeiro direcionado ao PFPB consiste em um total de recursos financeiros divididos em duas partes. Uma parte é destinada integralmente aos gastos restritivamente necessários à implantação do programa, e a outra parte é destinada mensalmente à cobertura de despesas rotineiras com a manutenção das unidades.

Sendo assim, para sua implantação, a unidade do PFPB da Faculdade de Farmácia da UFRGS recebeu, em 2007, na época de sua implantação, uma quantia no valor de R\$ 50.000,00, com o fim de ser destinada à reforma e adequação do imóvel, conforme as normas determinadas pela Fiocruz. Durante todo o período de atividade e atualmente, a unidade recebe o outro repasse destinado à manutenção da farmácia, no valor de R\$ 10.000,00 por mês, para gastos com material de limpeza, água, luz, telefone, internet, serviços de terceiros (segurança, limpeza), entre outros.

Ainda conforme estipula a Portaria nº 2.587 de 2004, os gastos com implantação abrangem ações de reforma, adaptação ou adequação de áreas físicas para instalação da unidade do PFPB conforme os padrões estabelecidos no manual básico do programa. Já os gastos com manutenção deverão envolver os relacionados ao pagamento de pessoal em atividade na unidade do programa, bem como outras despesas correntes, imprescindíveis ao seu pleno funcionamento.

O repasse desses recursos para as unidades de instituições de ensino superior, como é o caso do objeto de estudo deste trabalho, é realizado por meio de celebração de convênios de natureza financeira, entre o Ministério da Saúde e a UFRGS, sendo que esta universidade firma um segundo convênio, com a FAURGS, fazendo com que esta fundação se responsabilize pela administração dos recursos e pela gestão da farmácia.

SUBCLÁUSULA ÚNICA – O eventual repasse de recursos financeiros será efetuado através da celebração de convênio de natureza financeira, nos termos da IN/STN nº 1, de 15 de janeiro de 1997, e demais legislação correlata e das Normas vigentes no Ministério da Saúde; ou mediante o incentivo repassado fundo a fundo nos termos da Portaria GM/MS nº 2587/2004, devendo ser especificada a classificação funcional programática das despesas à conta do Orçamento do Ministério da Saúde que serão realizadas (BRASIL, 2005, p. 69).

Quanto aos medicamentos, somente os estipulados e padronizados de acordo com especificações do Ministério da Saúde, a partir do estudo da Rename, podem ser comercializados nas unidades do programa. A aquisição de medicamentos se dá por meio da Fiocruz, órgão gestor do programa, a partir de laboratórios oficiais, mediante dispensa de licitação, e de forma complementar a partir de laboratórios privados, através de licitação modalidade de pregão. Ainda, a reposição dos estoques das unidades é competência da Fiocruz, com base no controle de cada unidade e mediante retorno financeiro trazido pelo pagamento efetuado pelos usuários ao adquirirem os medicamentos (BRASIL, 2005). Os medicamentos disponibilizados na unidade estudada são fornecidos pela Fiocruz por mecanismo de consignação, ou seja, não é efetuado qualquer pagamento por parte da FPB-UFRGS para adquirir os medicamentos.

Quanto à administração dos recursos, é realizada pela FAURGS, que acompanha e controla todas as ações realizadas na unidade e presta contas através do envio de relatórios contábeis, contendo gastos e despesas, e relatórios sobre o funcionamento mensal à Fiocruz. De acordo com o manual básico, os recursos do programa são de custeio, portanto não cobrem a construção de uma nova edificação ou ampliação de espaço físico existente para instalação de unidade do PFPB, pois isso configuraria um investimento, caso o contrário as despesas com as obras referidas devem ser de responsabilidade da instituição.

Nesse sentido, as entidades devem apresentar, preferencialmente, espaço físico próprio, como é o caso da sede da FPB-UFRGS, por ser uma área pertencente à Faculdade de Farmácia da universidade. Com isso, a unidade não arca com a responsabilidade de despesas com aluguel de imóvel. O PFPB prevê o ressarcimento, a partir dos recursos do convênio destinados à manutenção da unidade (R\$ 10.000,00), de despesas de telefone, luz, água, internet, funcionários, aluguel e similares, porém isso não se aplica à FPB-UFRGS, pois essas despesas ficam sob responsabilidade e pagamento da UFRGS.

Além das despesas mencionadas, a UFRGS ainda arca com o pagamento de outras despesas, como, por exemplo, troca de equipamentos e computadores e fornecimento de material de expediente, material de limpeza e material de escritório. Mesmo assim, os

recursos do convênio não se apresentam suficientes para cobrir o restante de despesas e custos provenientes da atividade da FPB-UFRGS.

Conforme relatado pela farmacêutica gerente, o valor de R\$ 10.000,00 mensais cobre a remuneração e encargos relacionados aos serviços prestados por sua atuação, pela manutenção e compra de suprimentos para a impressora fiscal e pelo pagamento de taxas referentes à fiscalização de vigilância sanitária da Anvisa. Porém, os gastos e custos da farmácia popular não se resumem a somente encargos com um funcionário e com pagamento de taxas de vigilância sanitária. Diante dessa insuficiência dos recursos disponíveis a partir do convênio do programa em custear de forma global seu funcionamento, a universidade cede recursos próprios para que seja possível continuar realizando a parceria ano a ano, desde 2007, com o fim de colaborar com a ação do governo e seus objetivos. Isso é facilmente verificado, mesmo que não se tenha no momento um minucioso relatório contábil que demonstre todos os gastos envolvidos com a FPB-UFRGS.

Analisando o Quadro 18 abaixo, é possível chegar a essa conclusão. Atualmente, além da farmacêutica gerente, a equipe é composta por mais duas farmacêuticas capacitadas, que são servidoras da universidade e cedidas para prestar seus serviços na unidade. O grupo de terceirizados da unidade é constituído por: dois operadores de caixa, um auxiliar de almoxarifado, um auxiliar de serviços gerais, dois vigilantes (serviço de segurança) e seis estudantes bolsistas. Apenas a remuneração e encargos de cada um desses postos já somam uma despesa de aproximadamente R\$ 23.730,18 mensais, financiada pela própria universidade, o que representa cerca de 237% do recurso previsto pelo convênio com o Ministério da Saúde.

Quadro 18 - Quadro de pessoal da FPB-UFRGS (segundo semestre de 2012)

Número de funcionários	Função	Vínculo	Horas semanais	Remuneração + encargos (R\$)
01	Farmacêutica responsável (gerente)	Contratada FAURGS	44	3.456,00*
01	Farmacêutica corresponsável	Concursada UFRGS	30	5.284,97*,**
01	Farmacêutica substituta	Concursada Furg (cedida à UFRGS)	30	3.897,18*,**
02	Operador de caixa	Terceirizados Epavi	30	2.660,10***
01	Auxiliar de almoxarifado	Terceirizado Clinsul44	40	1.563,57***
01	Auxiliar de serviços gerais	Multiágil	44	2.055,42***
02	Segurança	Rudder	Plantões de 12h (4dias/semana)	5.868,94***
06	Estagiária de treinamento	Bolsa SAE	20	2.400,00***
12	Estagiário curricular obrigatório	Termo de compromisso UFRGS (disciplina de estágio)	20	Sem remuneração

Fonte: elaborado pela autora.

Notas: *Valores de remuneração líquida. Não foi possível ter acesso aos encargos totais. Informações cedidas pela farmacêutica-gerente da FPB-UFRGS. / **Dados relativos aos concursados extraídos do Portal da Transparência do Governo Federal (BRASIL, 2012a) a partir de seus nomes completos. / *** Dados relativos a terceirizados e bolsistas informados pelos departamentos de gestão da UFRGS (Gerência de Serviços Terceirizados – GERTE; Secretaria de Assistência Estudantil – SAE).

Assim, o funcionamento da FPB-UFRGS, embora não possua receita direta para cobrir todos os seus custos, pode ser entendido como viável por obter recursos de forma indireta desde 2007. Entretanto, se fossemos fazer uma análise do ponto de vista financeiro, e considerando hipoteticamente a farmácia como sendo de cunho privado, configurando, assim, um empreendimento comum, a viabilidade desse projeto seria impossível se contasse apenas com os recursos disponibilizados pelo programa. Logo, é razoável afirmar que a manutenção da FPB-UFRGS só é possível graças à grande contribuição financeira da UFRGS.

6 CONCLUSÃO

Neste trabalho buscamos descrever o Programa Farmácia Popular do Brasil a partir de um estudo de caso, tendo como objeto a Farmácia Popular do Brasil da Faculdade de Farmácia da UFRGS. Para tanto, analisamos seu funcionamento, sua abrangência e a relação existente entre grupos de doenças que mais provocam óbitos e internações no SUS e o grupo de doenças atendido pela FPB-UFRGS com a dispensação de medicamentos. Ao final, objetivamos descrever de que maneira se dá o financiamento para a manutenção da FPB-UFRGS e a parceria entre a UFRGS e o Ministério da Saúde.

Após uma revisão do referencial teórico, na qual discorremos sobre políticas públicas e seguridade social e apresentamos alguns indicadores econômicos de saúde e um breve histórico sobre a formação do SUS, descrevemos as políticas públicas de saúde no Brasil, atentando para as políticas e a assistência farmacêutica e os mecanismos de financiamento de medicamentos.

Acerca do PFPB, mostramos a conformidade entre as metas regionais de implantação gradual das unidades e a efetiva instalação. O plano buscou privilegiar regiões como Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo, por representarem sedes metropolitanas compostas por aglomerados urbanos. Estatísticas recentes até o ano de 2011 mostram que a região Sudeste conta com o maior número de unidades instaladas, figurando com 202 das 572 existentes em todo o Brasil, seguida pela região Nordeste, com o total de 191 unidades.

Quanto ao aumento do acesso a medicamentos, objetivo global do programa, verifica-se desde seu início, em 2004, um constante aumento do número de unidades farmacêuticas dispensadas, com exceção do ano de 2011, que apresentou uma redução relativa ao ano anterior, de 9,1%. Segundo a Fiocruz, essa redução se justifica por causa do impacto direto da oferta gratuita dos medicamentos para hipertensão e diabetes pela rede de drogarias e farmácias conveniadas do programa Aqui tem Farmácia Popular, extensão do PFPB, cujo objetivo é aumentar ainda mais o acesso a medicamentos essenciais no país.

Com o intuito de observar algumas dimensões do programa em sua forma global, o presente estudo realizou uma análise descritiva da unidade FPB-UFRGS, a primeira integrante do programa a ser administrada por uma instituição de ensino superior, em atividade desde agosto de 2007.

O funcionamento da FPB-UFRGS, observado a partir de sua estrutura física, gestão e processos envolvidos, acessos e atendimento aos usuários, está em concordância com as

diretrizes e normas estipuladas pelo manual básico do programa. A unidade possui todos os registros, licenças e autorizações para sua regularização, ocupação e funcionamento, conforme estipulados por lei e descritos no manual. Sua localização também cumpre com a orientação de funcionar em área de grande fluxo de pessoas, por estar próxima à região central e do núcleo comercial da cidade de Porto Alegre, de maneira a permitir o fácil acesso dos usuários. Verificamos que a FPB-UFRGS possui a estrutura adequada de acordo com o estipulado pelo programa e que o acesso dos usuários se dá em conformidade com o princípio de universalidade, objetivando atingir o de equidade do SUS.

Ainda a cerca do funcionamento da unidade, acompanhamos e descrevemos as etapas do processo de atendimento, realizado com grande dedicação aos usuários num constante esforço da equipe na confecção e aplicação de ferramentas de atenção farmacêutica. A gestão é realizada pela FAURGS, que administra os recursos cedidos pelo Ministério da Saúde via o convênio firmado e presta contas à UFRGS, acerca dos aspectos financeiros da alocação dos recursos, e à Fiocruz, com o envio de relatórios de logística, vendas e resultados.

A abrangência da FPB-UFRGS foi discutida com o auxílio de um estudo desenvolvido por Ruppenthal e Petrovick (2010), no qual foi traçado o perfil dos usuários da unidade, demonstrando, na época do estudo, que 51,43% dos usuários eram do sexo feminino e 48,57% do sexo masculino. Quanto ao nível de escolaridade, observamos que 41,43% dos usuários possuíam ensino fundamental, 32,45% ensino médio e 25,72% nível superior, o que permitiu que fosse possível concluir que o programa esteja alcançando êxito ao conseguir seu objetivo de atingir um público de baixa renda, com base no argumento de que maiores níveis de escolaridade estão associados a maiores níveis de renda, conforme o IBGE (2009).

A análise sobre a distribuição etária dos usuários concluiu que 58,57% têm mais de 60 anos, enquanto 4,3% têm entre 20 e 40 anos. Tais índices seriam explicados, de acordo com o estudo, pelo maior número de doenças crônico-degenerativas que acometem os idosos.

Outras análises realizadas, visando retratar a abrangência da FPB-UFRGS, foram as do perfil da demanda dos medicamentos e das enfermidades a que se disponibilizam os mesmos. Nesse sentido, identificamos, através do estudo de Ruppenthal e Petrovick, que, quanto aos medicamentos dispensados na unidade estudada, os atuantes no sistema cardiovascular, os com ação no trato alimentar e metabólico, ou seja, do sistema digestivo, e os com efeitos sobre o sistema nervoso foram os mais relevantes, somando 87% do total de medicamentos dispensados em 2007.

Para podermos verificar as enfermidades atendidas pela FPB-UFRGS, organizamos os medicamentos por grupo de doenças as quais são prescritos, utilizando a lista dos

medicamentos elencados do PFPB e da Rename 2010, de forma a verificar a qual categoria de indicações pertence cada um dos medicamentos oferecidos e a sua proporção em relação aos medicamentos sugeridos pela Rename 2010. Dessa reflexão, extraiu-se que, dos 390 medicamentos ou produtos sugeridos para as diferentes categorias classificadas, 93 são disponibilizados pela FPB-UFRGS. Com esse número, a unidade consegue atender a todas as categorias, pois por disponibiliza pelo menos um medicamento de cada categoria, com exceção daquelas que englobam intoxicações exógenas e sistema ocular. Infelizmente, não foi possível fazer uma análise qualitativa acerca da participação dos medicamentos da FPB-UFRGS em relação à Rename, ou seja, verificar se a FPB-UFRGS possui um elenco ótimo de medicamentos, pois tal análise demandaria reflexões técnicas da farmacologia e acesso a informações sobre os parâmetros das variáveis necessárias.

Neste estudo ainda pretendemos fazer uma comparação entre os grupos de doenças atendidas pela FPB-UFRGS, através da dispensação de medicamentos para seus tratamentos, e de indicadores sociais, mais especificamente de mortalidade e internações por grupos de doenças. Assim, observamos que os medicamentos mais demandados em 2007 e em 2012 correspondem às doenças do aparelho circulatório, que são a principal causa de mortalidade e a segunda principal causa de internações no SUS no país, no período de 2007 a 2012. Notamos, ainda, uma redução das vendas dos medicamentos para o trato do aparelho digestivo, que é o grupo de causas responsável por apenas 9,78% das internações no período abordado. O terceiro grupo mais vendido em 2007, dos medicamentos para o sistema nervoso central e periférico, teve sua participação da demanda aumentada de 7,2%, em 2007, para 13,2%, em 2012, ainda que não fizesse parte das principais causas de internações e óbitos no país.

Por fim, pretendemos realizar um levantamento e um exame minucioso dos aspectos financeiros da gestão da FPB-UFRGS com o objetivo de avaliar a viabilidade autônoma de instalação e manutenção de uma unidade do PFPB. Para tanto, discorreremos sobre a forma de convênio estabelecida entre o Ministério da Saúde e a UFRGS e a administração pretendida dos recursos para a manutenção da unidade, comparando-os com a efetiva situação. Diante da dificuldade de acesso a informações e de clareza de dados sobre as despesas e custos da FPB-UFRGS, analisamos o fator que mais demanda recursos, o quadro de pessoal. Foi observado que a remuneração e os encargos de cada um dos atuais postos de trabalho existentes somam uma despesa de aproximadamente R\$ 23.730,18 mensais, que é financiada pela própria universidade, o que representa cerca de 237% do recurso previsto pelo convênio com o Ministério da Saúde.

Portanto, apesar de todas as restrições sofridas para realizar esta investigação, podemos concluir que o funcionamento da FPB-UFRGS, ainda que esta não possua receita direta para cobrir todos os seus custos, é entendido como viável porque obtém recursos de forma indireta desde 2007. Contudo, se fôssemos analisar o funcionamento da farmácia configurando um empreendimento privado comum, não existiria viabilidade para esse projeto caso usufrísse somente dos recursos previstos pelo programa. Dessa maneira, com o presente trabalho, podemos concluir que a manutenção da FPB-UFRGS só é possível com a grande contribuição financeira da UFRGS.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E. B. **Qualidade do gasto público**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/noticias/Gove_Federal_discute_estrategias/arquivos/Apresentacao_gasto_publico_dra_Esther.ppt>. Acesso em: 29 out. 2012.

BANCO MUNDIAL. **Documento de estratégia, reducción de la pobreza y promoción de la equidad social**: documento de estratégia. Washington, DC, 2003. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd27/reduccion.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

BOSCHETTI, I. Seguridade social na América Latina após o dilúvio neoliberal. **Observatório da Cidadania**, Rio de Janeiro, p. 91-98, 2007. Disponível em: <http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/en/panorbrasileiroc2007_bra.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988a. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html>. Acesso em: 18 out. 2012.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: Conass, 2011a. v. 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2012.

_____. Controladoria-Geral da União. Portal da Transparência. **Servidores civis e militares do poder executivo federal - por nome do servidor**. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/servidores/Servidor-ListaServidores.asp>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

_____. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 97, p. 6, 21 maio 2004a.

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.587, de 6 de dezembro de 2004**. Que institui o incentivo financeiro aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, destinado ao financiamento das ações voltadas à implantação e manutenção do Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_2587_de_06_12_2004.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2012.

_____. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 71, p. 1, 14 abr. 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Programa farmácia popular do Brasil**: manual básico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_1120_M.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2012.

_____. _____. **Morbidade hospitalar do SUS - por local de internação – Brasil**. Brasília, 2012b. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 23 nov. 2012.

_____. _____. Portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo**, Brasília, n. 215-E, 10 nov. 1998. p. 18.

_____. _____. Rede interagencial de informações para a saúde (Ripsa). **Indicadores de mortalidade**: mortalidade proporcional por grupos de causas. Brasília, 2011b. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c04.def>>. Acesso em: 23 nov. 2012.

_____. _____. _____. **Indicadores e dados básicos – Brasil – 2011**: IDB 2011. Brasília, 2011c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2012.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2012.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais**: Rename. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rename2010final.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2012.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. _____. Secretaria da Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2007**: uma análise da situação de saúde. Perfil de mortalidade do brasileiro. Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano plurianual 2004-2007**: mensagem presidencial. Brasília: MP, 2003. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/ppa/ppa2004_7.html/mensagempresidencial.PDF>. Acesso em: 20 nov. 2012.

_____. **Portaria nº 511 de 29 de dezembro de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-511.htm>>. Acesso em: 18 nov. 2012.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, v. 2, n. 14, p. 343-362, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000200009&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2012.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz / Cebes, 2008. p. 23-64.

FREITAS, R. C. M. Concepção e alcance da proteção social: aproximações e divergências. **Boletín Electrónico Surá**, San José, v. 155, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/sura/sura-0155.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **A fundação**. Rio de Janeiro, 2012a. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/a-fundacao>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. **Prestação de contas ordinária anual**: relatório de gestão do exercício de 2011. Rio de Janeiro, 2012b. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/acessoainformacao/media/Relatorio_gestao_2011.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.

GOIÁS. **O que é o Plano Plurianual (PPA)?** Goiânia, 2012. Disponível em: <<http://www.segplan.go.gov.br/post/ver/115737/plano-plurianual-2012-2015>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

HÖFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. XXI, n. 55, p. 30-41, nov. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **A qualidade da informação sobre a mortalidade no Brasil recente e avaliação do impacto das causas violentas no número de anos de vida perdidos**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_aquali.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2009. v. 3. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/bd/pdf/Livro_BrasilDesenvEN_Vol03.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2012.

JUNGES, F. **Avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil: aspectos referentes à estrutura e a processos**. 2009. 140f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Assistência Farmacêutica). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17702/000723002.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

LAURENTI, R. *et al.* **Estatísticas de saúde**. 2. ed. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1987.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Programa modular de capacitación e información sobre género, pobreza y empleo: extender la protección social**. Santiago, Chile: Oficina Internacional del Trabajo, 2001. Disponível em: <http://white.oit.org.pe/gpe/documentos/programa/lector/modulo_07.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2012.

PIGNATTI, M. G.; CASTRO, S. P. A fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-grossense, MT, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 83-94, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/12.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

PIRON, L. H. **Rights-based approaches to social protection**. London, 2004. Disponível em: <<http://www.sed.manchester.ac.uk/research/events/conferences/documents/Winners%20and%20Losers%20Papers/Piron.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 771-782, 2005.

RUPPENTHAL, L.; PETROVICK, P. Comparação do perfil dos usuários e dos medicamentos dispensados na Farmácia Popular do Brasil e em drogaria privada em Porto Alegre, Brasil. **Latin American Journal of Pharmacy** (formerly Acta Farmacéutica Bonaerense), v. 29, n. 1, p. 22-29, 2010. Disponível em: <http://www.latamjpharm.org/trabajos/29/1/LAJOP_29_1_1_3_K29YGTVE8G.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2012.

SALVADOR. Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência Social e Direitos do Cidadão. **Princípios da assistência social**. Salvador, 2007. Disponível em: <http://www.sedes.salvador.ba.gov.br/index.php?Itemid=56&id=24&option=com_content&task=view>. Acesso em: 01 nov. 2012.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Salvador, 2002. Disponível em: <http://www.fit.br/home/link/texto/politicas_publicas.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2012.

VELÁSQUEZ, G. El papel del Estado en el financiamiento de los medicamentos. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESHER, A. **Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado**. Rio de Janeiro: ENSP, 2004. p. 25-40.

VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F.; REIS, C. O. O. **Gratuidade no SUS: controvérsias em torno do co-pagamento**. Brasília: IPEA, 1998. (Série Texto para Discussão nº 587).

**ANEXO A - ITENS DISPONIBILIZADOS NAS FARMÁCIAS DO PROGRAMA
FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL**

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	UNIDADE DE CADASTRO	PREÇO UNITÁRIO (R\$)
Acetato de medroxiprogesterona	150mg/ml	Ampola	1,240
Aciclovir	200mg/comp.	Comprimido	0,280
Ácido Acetilsalicílico	500mg/comp.	Comprimido	0,035
Ácido Acetilsalicílico	100mg/comp.	Comprimido	0,030
Ácido Fólico	5mg/comp.	Comprimido	0,054
Alendronato Sódico	70mg/comp.	Comprimido	0,370
Albendazol	400mg/comp. mastigável	Comprimido	0,560
Alopurinol	100mg/comp.	Comprimido	0,080
Amiodarona	200mg/comp.	Comprimido	0,200
Amitriptilina (Cloridrato)	25mg/comp.	Comprimido	0,220
Amoxicilina	500mg/cáps.	Cápsula	0,190
Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp. oral	Frasco	1,960
Amoxicilina	250mg/5ml/pó p/susp. oral	Frasco	4,900
Atenolol	25mg/comp.	Comprimido	0,000
Azatioprina	50mg/comp.	Comprimido	1,400
Azitromicina	500mg/comp.	Comprimido	2,640
Benzilpenicilina Benzatina	1.200.000ui/pó p/sus. inj.	Frasco-ampola	1,500
Benzilpenicilina Procaína + Potássica	300.000+100.000ui/pó/sus. inj.	Frasco-ampola	1,500
Benzoato de Benzila	200mg/ml/emulsão	Frasco 100ml	1,400
Benzoato de Benzila	200mg/ml/emulsão	Frasco 60ml	1,100
Biperideno	2mg/comp.	Comprimido	0,073
Brometo de n-butilescolamina	10mg/frasco	Frasco de 20ml	3,900
Captopril	25mg/comp. sulcado	Comprimido	0,000
Carbamazepina	200mg/comp.	Comprimido	0,130
Carbidopa + Levodopa	25mg + 250mg/comp.	Comprimido	0,480
Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	500mg/cáps.	Cápsula	0,400
Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	250mg/5ml/susp. oral	Frasco 60ml	4,960
Cefalexina (Cloridrato ou Sal Sódico)	250mg/5ml/susp. oral	125ml	10,000
Cetoconazol	200mg/comp.	Comprimido	0,230
Ciprofloxacino	500mg/comp.	Comprimido	0,380
Clonazepam	2mg/comp.	Comprimido	0,060
Cloreto de Potássio	60mg/ml/xpe.	Frasco 100ml	1,880
Cloreto de Sódio	0,9% 9mg/ml/sol. Nasal	Frasco	0,950
Clorpromazina	25mg/comp.	Comprimido	0,100
Clorpromazina	100mg/comp.	Comprimido	0,125
Dexametazona	Creme 0,1%	Tubo	1,000
Dexclorfeniramina(Maleato)	2mg/comp.	Comprimido	0,060
Dexclorfeniramina(Maleato)	0,4mg/sol. Oral	Frasco	2,070
Diazepam	5mg/comp. sulcado	Comprimido	0,040
Diazepam	10mg/comp. sulcado	Comprimido	0,080
Digoxina	0,25mg/comp.	Comprimido	0,060
Dinitrato de Isossorbida	10mg/comp.	Comprimido	0,055
Dipirona	500mg/ml gts	Frasco 10ml	0,700

Doxiciclina	100mg/comp.	Comprimido	0,380
Enalapril	10mg/comp.	Comprimido	0,000
Enalapril	20mg/comp.	Comprimido	0,000
Enantato de Noretisterona + Valerato de Estradiol	50mg + 5mg/inj.	Seringa 1ml	1,130
Eritromicina (Estearato ou Etilsuccinato)	125mg/5ml/susp. oral	Frasco 60ml	2,300
Eritromicina (Estearato ou Etilsuccinato)	500mg/comp./cáps.	Comprimido	0,540
Etinilestradiol + Levonorgestrel	0,03mg + 0,15mg/comp	Cartela c/ 21	0,020
Fenitoína	100mg/comp.	Comprimido	0,100
Fenobarbital	100mg/comp	Comprimido	0,060
Fluconazol	100mg/rev.	Cápsula	0,950
Fluconazol	150mg/rev.	Cápsula	0,950
Fluoxetina	20mg/comp.	Comprimido	0,060
Furosemida	40mg/comp.	Comprimido	0,000
Glibenclamida	5mg/comp.	Comprimido	0,000
Haloperidol	1mg/comp.	Comprimido	0,080
Haloperidol	5mf/comp.	Comprimido	0,120
Haloperidol	2mg/ml/sol. oral	Frasco	1,940
Hidroclorotiazida	25mg/comp.	Comprimido	0,000
Ibuprofeno	300mg/comp.	Comprimido	0,160
Levonorgestrel	0,75mg/comp	Comprimido	1,735
Loratadina	10mg/comp.	Comprimido	0,050
Losartana	50mg/comp.	Comprimido	0,000
Mebendazol	100mg/comp.	Comprimido	0,050
Mebendazol	100mg/5ml/sup.	Frasco 30ml	1,100
Metformina	500mg/comp.	Comprimido	0,000
Metformina	850mg/comp.	Comprimido	0,000
Metildopa	250mg/comp. rev.	Comprimido	0,000
Metildopa	500mg/comp. rev.	Comprimido	0,000
Metoclopramida (Cloridrato)	10mg/comp.	Comprimido	0,040
Metoclopramida (Cloridrato)	4mg/ml/sol. oral	Frasco 10ml	0,750
Metronidazol	250mg/comp.	Comprimido	0,100
Metronidazol	5% creme vaginal	Tubo 50g	2,150
Metronidazol (Benzoato)	200mg/5ml/susp. oral	Frasco 30 ml	2,400
Miconazol (Nitrato)	2%/loção	Frasco 30 ml	1,860
Miconazol (Nitrato)	2%/pó	Frasco 30 ml	4,950
Monitrato de Isossorbida	20mg/comp.	Comprimido	0,100
Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zíncica)	5mg + 250ui/g/pom.	Tubo 10g	1,350
Neomicina (Sulfato) + Bacitracina (Zíncica)	5mg + 250ui/g/pom.	Tubo 15g	2,020
Nifedipina	20mg/comp.lib.cont.	Comprimido	0,000
Nistatina	25.000 UI/crem. vaginal	Tubo 60g	2,280
Nistatina	25.000 UI/crem. vaginal	Tubo 50g	1,900
Nistatina	100.000 UI/ml/ susp. oral	Frasco 30ml	3,620
Noretisterona	0,35mg/comp.	Comprimido	0,014
Omeprazol	20mg/cáps.	Cápsula	0,230
Paracetamol	500mg/comp.	Comprimido	0,090
Paracetamol	200mg/ml/sol. oral gts	Frasco 10ml	0,850
Paracetamol	200mg/ml/sol. oral gts	Frasco 15ml	1,270
Paracetamol	100mg/ml/sol. oral gts.	Frasco 10ml	0,700

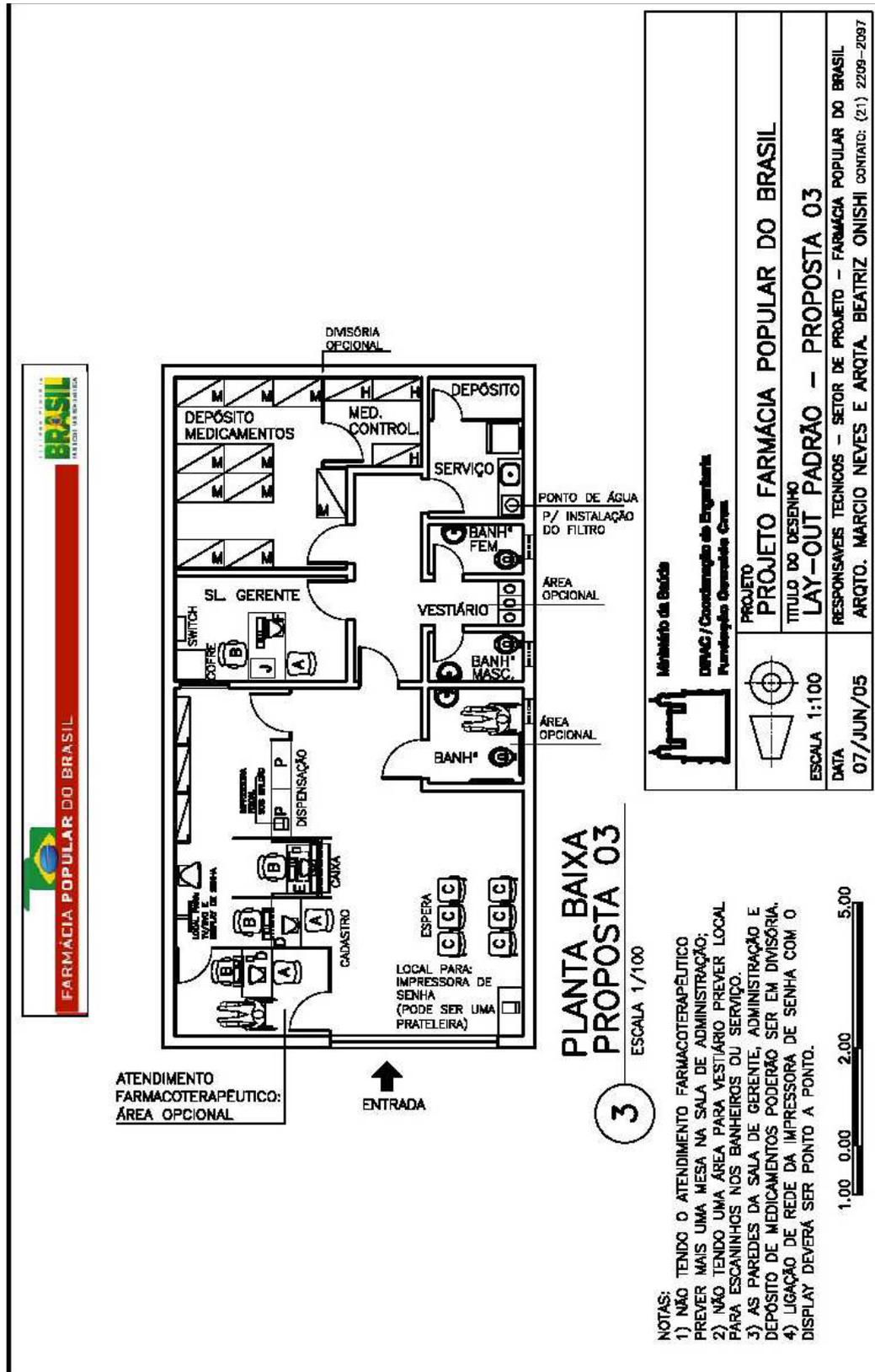
Paracetamol	100mg/ml/sol. oral gts.	Frasco 15ml	1,000
Prednisona	20mg/comp.	Comprimido	0,180
Prednisona	5mg/comp.	Comprimido	0,080
Prometazina (Cloridrato)	25mg/comp.	Comprimido	0,120
Propranolol (Cloridrato)	40mg/comp.	Comprimido	0,000
Ranitidina	150mg/comp.	Comprimido	0,120
Sais p/ Reidratação Oral	Pó p/sol. oral	Envelope 27,9g	0,600
Salbutamol (Sulfato)	2mg/comp.	Comprimido	0,040
Salbutamol (Sulfato)	2mg/5ml/xpe.	Frasco 120ml	1,150
Salbutamol (Sulfato)	2mg/5ml/xpe.	Frasco 100ml	0,960
Sinvastatina	20mg/comp.	Comprimido	0,253
Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 80mg/5ml/susp.	Comprimido	0,080
Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp.	Frasco 50ml	1,450
Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp.	Frasco 60ml	1,740
Sulfametoxazol + Trimetoprima	200mg + 40mg/5ml/susp.	Frasco 100ml	2,900
Sulfasalazina	500mg/comp.	Comprimido	0,400
Sulfato Ferroso	40mg Fe(II)/comp. rev.	Comprimido	0,040
Sulfato Ferroso	25mg/ml Fe(II)/sol. oral	Frasco 30ml	0,750
Tiabendazol	5%/pom.	Tubo 20g	2,890
Valproato de Sódio	50mg/ml/xpe.	Frasco 100ml	4,050
Verapamila(Cloridrato)	80mg/comp.	Comprimido	0,000
Preservativo Masculino	Embalagem lacrada	Unidade	0,300

Fonte: elaborado pela autora a partir de material interno coletado na FPB-UFRGS.

ANEXO B - CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS CLASSIFICAÇÕES DA RENAME E OS ÍNDICES DE MEDICAMENTOS DA FPB-UFRGS

MEDICAMENTO	Seção A.												Seção B.												Seção C.					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Tot	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Tot	22	23	24	25	26	Tot	
Acetato de medroxiprogesterona																														
Aciclovir					X								0																0	
Ácido Acetilsalicílico	X	X											0			X													0	
Ácido Fólico		X							X				0																0	
Albendazol					X								0																0	
Alendronato Sódico																				X									0	
Aloprurinol			X										0																0	
Amiodarona															X														0	
Amiripitina(Clortidrato)	X												0	X															0	
Amoxicilina					X								0					X											0	
Atenolol																													0	
Azatioprina							X						0																	
Azitromicina					X								0																	
Benzilpenicilina Benzatina					X								0																	
Benzilpenicilina Procaina+Potássica					X								0																	
Benzoato de Benzila					X								0																	
Biperideno																														
Brometo de n-butilescopolamina																													0	
Captopril																													0	
Carbamazepina																X													0	
Carbidopa + Levodopa																X													0	
Cefalexina(Clortidrato ou Sal Sódico)					X								0																	
Cefconazol					X								0																	
Ciprofloxacino					X								0																	
Clonazepam																X													0	
Cloreto de Potássio								X	X	X			0																	
Cloreto de Sódio								X	X	X			0																0	
Clorpromazina																													0	
Dexametazona																													0	

ANEXO C – LAYOUT DO PROJETO FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL



Fonte: Brasil (2005).

ANEXO D - COMPETÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Conforme estabelecido no Art. 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), ao SUS compete:

- a) o controle e fiscalização dos procedimentos, produtos e substâncias de interesse do setor;
- b) a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- c) a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;
- d) a participação da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- e) a participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros produtos relacionados à saúde;
- f) o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico no que tange ao setor saúde;
- g) a fiscalização e inspeção de alimentos, bebidas e águas, como forma de controle nutricional;
- h) a participação no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e
- i) a colaboração com a proteção do meio ambiente.

Com a implementação do SUS, nasce um dos maiores sistemas de saúde do mundo que, além de garantir assistência gratuita, compreende os seguintes princípios:

- a) universalidade: todos os cidadãos devem ter acesso aos cuidados de saúde;
- b) integralidade: todas as necessidades de saúde da população devem ser levadas em consideração;
- c) equidade: todas as pessoas devem ter a mesma oportunidade de acesso aos serviços;
- d) regionalização e hierarquização: os serviços de saúde devem ser realizados em níveis crescentes de complexidade.
- e) participação comunitária (controle social): permite que os usuários participem da gestão através de conselhos.
- f) descentralização político-administrativa: com base na ideia de que cada esfera de governo possui atribuições e responsabilidades próprias, a partir dessa configuração os municípios assumem cada vez maior importância quanto as suas

funções na prestação e gestão dos serviços de saúde. Sendo assim, as transferências de recursos financeiros passam a ser realizadas diretamente a partir dos Fundos Municipais de Saúde (FMS), levando em conta os tipos de serviços a serem disponibilizados e os critérios populacionais.

ANEXO E - OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2006a), a estratégia da PNAF busca:

- a) a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo necessariamente a assistência farmacêutica;
- b) a manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;
- c) a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;
- d) a descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados;
- e) o desenvolvimento, a valorização, a formação, a fixação e a capacitação de recursos humanos;
- f) a modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos laboratórios farmacêuticos oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referência de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos;
- g) a utilização da Rename, atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica;
- h) a pactuação de ações intersetoriais que visem a internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção;
- i) a implementação, de forma intersetorial e, em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo os centros de pesquisa e as universidades brasileiras, com o objetivo de desenvolver inovações tecnológicas que atendam aos interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS;
- j) a definição e a pactuação de ações intersetoriais que visem a utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento

científico, adoção de políticas de geração de emprego e renda, qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no país;

- k) a construção de uma política de vigilância sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e de qualidade;
- l) o estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos;
- m) a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.