



Physis: Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

ISSN: 1809-4481

IMS-UERJ

du Bocage Santos Pinto, Cláudia; Silva Miranda, Elaine; Fernandes  
Esher Moritz, Ângela; Osorio-de-Castro, Claudia Garcia Serpa  
A provisão de medicamentos pelo “Saúde Não Tem Preço” em municípios  
prioritários para o Plano Brasil Sem Miséria em Mato Grosso do Sul  
Physis: Revista de Saúde Coletiva, vol. 28, núm. 1, e280106, 2018  
IMS-UERJ

DOI: 10.1590/S0103-73312018280106

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400858300006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](http://redalyc.org)

UABM [redalyc.org](http://redalyc.org)

Sistema de Informação Científica Redalyc  
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal  
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa  
acesso aberto

# *A provisão de medicamentos pelo* “Saúde Não Tem Preço” em municípios prioritários para o Plano Brasil Sem Miséria em Mato Grosso do Sul

| <sup>1</sup> Cláudia du Bocage Santos Pinto, <sup>2</sup> Elaine Silva Miranda,

<sup>3</sup> Ângela Fernandes Esher Moritz, <sup>4</sup> Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro |

**Resumo:** O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) tem como uma de suas características a interface que promove entre o setor público e o privado. A partir de 2011, passou a integrar o rol de ações do Plano Brasil Sem Miséria (BSM), com a iniciativa “Saúde Não Tem Preço” (SNTP), caracterizada pela gratuidade da provisão de medicamentos para hipertensão, diabetes e asma. O estudo teve como objetivo verificar o papel do SNTP nos municípios-alvo do BSM em Mato Grosso do Sul. Foi realizado inquérito baseado em método da OMS em 40 farmácias credenciadas de 15 municípios. Foram coletadas informações sobre o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários, condições de saúde e medicamentos, além das etapas percorridas para obtenção dos mesmos. Entre os 896 usuários entrevistados, havia grande proporção de mulheres, acima de 60 anos, com baixa escolaridade e renda entre meio e dois salários mínimos. Aproximadamente, 95% vinham do SUS e mais de 60% relatou tentar obter os medicamentos no posto de saúde, mas a indisponibilidade os levou às farmácias credenciadas. Mais de 55% dos usuários chegaram ao SNTP por recomendação dos profissionais do SUS. Estima-se que, nesses municípios, a população mais pobre não chegou ao SNTP.

► **Palavras-chave:** medicamentos; serviços farmacêuticos; política de saúde; vulnerabilidade social.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande-MS, Brasil (bocage.santos@ufms.br).  
ORCID: 0000-0002-5478-4977

<sup>2</sup> Universidade Federal Fluminense. Niterói-RJ, Brasil (elainemiranda@id.uff.br).  
ORCID: 0000-0002-6204-5023

<sup>3</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (aesher@ensp.fiocruz.br).  
ORCID: 0000-0002-7473-8636

<sup>4</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (claudiaosorio.soc@gmail.com).  
ORCID: 0000-0003-4875-7216

Recebido em: 29/06/2017  
Aprovado em: 31/10/2017  
Revisado em: 29/01/2018

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280106>

## Introdução

A superação das desigualdades é uma das maiores dificuldades enfrentadas em todos os setores sociais no Brasil. No âmbito da saúde, o SUS foi criado com o objetivo de combater e minimizar tais desigualdades, buscando sempre promover a equidade no acesso a serviços de saúde, mas com o desafio de manter seu caráter universal e igualitário (PAIM, 2006).

Nesse sentido, as políticas de assistência farmacêutica evoluíram ao longo dos anos. Tradicionalmente, a disponibilidade de medicamentos era efetivada nos serviços de saúde do SUS. Em 2004, o Governo Federal lançou o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), iniciativa de provisão de medicamentos mediante copagamento, sob gestão do nível central. O objetivo de ampliar o acesso da população a estes insumos visava, inicialmente, uma parcela específica da população, usuária de serviços de saúde privados, mas com baixos rendimentos, e por isso, com acesso comprometido aos medicamentos. Neste processo, além das farmácias próprias, sob gestão da Fiocruz e de entes estaduais ou municipais, foram depois credenciadas, a partir de 2006, farmácias privadas, na modalidade denominada “Aqui Tem Farmácia Popular” (ATFP) (SANTOS-PINTO et al., 2011).

Na modalidade própria, os medicamentos possuem preço tabelado, referente a um valor de ressarcimento, que é o mesmo para cada produto, em todas as unidades da rede própria. Já na modalidade ATFP, os preços variam entre as farmácias credenciadas, e se balizam por um valor de referência estipulado para cada medicamento pelo Ministério da Saúde, que paga até 90% do menor preço praticado no momento da venda, sendo a diferença coberta pelo usuário (SILVA; CAETANO, 2015).

Ao longo dos anos, tanto em termos de abrangência populacional, como na forma de disponibilizar medicamentos, houve mudança de perfil do Programa, principalmente após o lançamento da iniciativa “Saúde Não Tem Preço” (SNTTP), em 2011. A partir desse momento, passou-se a disponibilizar gratuitamente medicamentos para hipertensão e diabetes, e mais tarde, para asma, tanto nas farmácias próprias, quanto nas privadas credenciadas. Em 2013, a lista era composta por seis medicamentos para hipertensão, nove para diabetes e oito para asma (BRASIL, 2013). Tais condições de saúde estão entre as mais prevalentes quando se trata de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e chegam a responder por 66,3% da carga de doença no Brasil (SCHRAMM et al., 2004).

Segundo dados do próprio Programa, o número de pacientes com diabetes, que retiraram medicamentos gratuitos, passou de 356 mil em fevereiro de 2011 para 2,4 milhões em abril de 2015. Com relação aos hipertensos, o número aumentou de 812 mil para 6 milhões de usuário no mesmo período (BRASIL, 2015).

Também em 2011, foi lançado o Plano Brasil Sem Miséria (BSM), com objetivo de combater as desigualdades sociais e construir intervenções voltadas para a redução da vulnerabilidade (BRASIL, 2011). Busca ativa realizada em todo país identificou as famílias abaixo da linha de extrema pobreza, estabelecida em R\$ 70,00 *per capita*, considerando o rendimento nominal mensal domiciliar. Constatou-se que, em 2011, 16,2 milhões de brasileiros viviam nesta situação (BRASIL/MDS, 2013).

O BSM foi idealizado em três pilares, envolvendo a garantia de renda, o acesso aos serviços públicos de proteção e promoção social e a inclusão produtiva. As questões de saúde foram inseridas na segunda meta, incluindo aí a Farmácia Popular do Brasil. Com a inclusão do PFPB no rol de ações do BSM, estabeleceu-se prioridade de credenciamento de farmácias privadas nos municípios identificados com alta proporção da população vivendo em situação de extrema pobreza, e menor cobertura de serviços de saúde. Desta forma, milhares de estabelecimentos credenciados, aliados à provisão regular de medicamentos nas unidades básicas de saúde do SUS, teoricamente ampliariam o acesso a medicamentos nos municípios atendidos. Em 2015, o AFTP contava com 11.844 farmácias credenciadas e 262 unidades próprias do SUS em 1.503 municípios prioritários (BRASIL/MDS, 2013).

Mato Grosso do Sul apresenta, aproximadamente, 30% dos municípios com cerca de um quarto da população vivendo em extrema pobreza (BRASIL/MDS, 2013). O estudo tem o objetivo de verificar a provisão de medicamentos nos municípios prioritários para o BSM em Mato Grosso do Sul, com foco especial na iniciativa SNTP. Estima-se que o panorama encontrado neste estado possa ajudar a compreender o papel do Programa em municípios em situação de vulnerabilidade no Brasil.

## Metodologia

Foi realizado um estudo transversal, do tipo inquérito.

Para a seleção dos municípios-alvo do estudo, entre os 78 existentes no estado, recorreu-se ao banco de dados disponível no site do Ministério do Desenvolvimento Social sobre a situação de extrema pobreza nos municípios do país. A partir daí, pôde-se identificar os municípios em maior situação de pobreza no Estado de Mato

Grosso do Sul. Além disso, no site do Ministério da Saúde foi obtida a lista dos municípios que possuíam prioridade para credenciamento de farmácias privadas no PFPB; e aqueles que já possuíam farmácias credenciadas. Com o cruzamento destas informações, foi possível então obter a lista de municípios prioritários ao BSM, onde existiam farmácias credenciadas disponibilizando medicamentos gratuitamente através do SNTP. Esta lista de municípios compôs a amostra do estudo.

Em 2015, o Estado possuía 500 farmácias credenciadas em 70 municípios. Dos 21 municípios com maior percentual da população em situação de extrema pobreza, 15 possuíam farmácias credenciadas, dispensando medicamentos através do SNTP. Foram identificadas as farmácias credenciadas nesses municípios e feito contato com os proprietários para a realização do estudo. Aquelas que aceitaram participar foram incluídas na amostra.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) possui um método de investigação rápida em estudos do tipo inquérito que envolvam medicamentos, cuja proposta é facilitar a pesquisa (WHO, 1993), garantindo a validade dos resultados (OLIVEIRA et al., 2002). De acordo com o método, deve haver, no mínimo, 600 entrevistados/formulários no total de estabelecimentos, sendo, pelo menos, 30 questionários em cada um destes.

Nas 40 farmácias que aceitaram participar, planejou-se a aplicação de 30 questionários a usuários do SNTP, maiores de 18 anos, sendo menores representados por seus responsáveis legais. Somente foram entrevistados os usuários das farmácias que aceitaram participar mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário foi constituído de perguntas fechadas e visou obter dados quantitativos sobre a situação socioeconômica e demográfica dos usuários, sobre os medicamentos e condições de saúde e sobre as etapas percorridas pelos usuários até a chegada ao SNTP.

A aplicação dos questionários ocorreu entre os meses de janeiro e maio de 2015, e como entrevistadores, foram convidados os profissionais responsáveis pelo atendimento, farmacêuticos ou não, do próprio estabelecimento incluído na pesquisa. Todos os estabelecimentos receberam visita da pesquisadora responsável, ocasião em que foram prestados esclarecimentos sobre o estudo, entregue o material da pesquisa e realizado treinamento.

As informações foram digitadas em banco de dados construído especificamente para a pesquisa. Nas análises, foram gerados relatórios simples, com resultados descritivos, em números absolutos e percentuais, por município e para o conjunto de municípios de forma agregada.

Os nomes dos municípios foram mantidos por serem informações de domínio público. Entretanto, os dados foram analisados de forma agregada, mantendo-se, assim, o sigilo sobre as informações isoladas de estabelecimentos e usuários entrevistados.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da ENSP, sob parecer nº CAAE 32356114.9.0000.5240, e não houve qualquer conflito de interesse para sua execução.

## Resultados

Na exploração dos dados do MDS, observou-se que, entre os quatro municípios com mais de 20% da população em situação de extrema pobreza, três não possuíam farmácias credenciadas para dispensação de medicamentos por meio do SNTP em Mato Grosso do Sul.

No site do Ministério da Saúde, para os 15 municípios do estudo, constavam 52 farmácias como credenciadas. Após o contato direto com todas, verificou-se que algumas já haviam perdido a situação cadastral e outras haviam encerrado suas atividades. Ademais, oito estabelecimentos não aceitaram participar do estudo, restando 40 farmácias. Nesse sentido, eram esperados 1.200 questionários preenchidos do total das farmácias, mas foram retornados 896, aproximadamente, 75%. Isto se deu por duas razões apontadas pelos pesquisadores das unidades: o baixo fluxo de usuários em algumas farmácias, e em outras, a situação inversa, com o fluxo intenso de usuários, ficava difícil disponibilizar profissionais para coleta de dados.

### Resultados sobre perfil dos usuários

Foi observada maioria de usuários do sexo feminino, representando mais de 60% dos entrevistados, e maiores percentuais de usuários na faixa de 40 a 59 anos (45,4%) e na faixa acima de 60 anos (45,1%), o que pode ser observado na tabela 1. Não foi propósito do estudo abordar grupos especiais ou grupos étnicos. Ao ser perguntados quanto ao pertencimento a alguma etnia, a grande maioria dos entrevistados (94,7%) não referiu pertencer a etnia específica.

Quase um terço dos usuários entrevistados (44,2%) mencionou ensino fundamental incompleto. A faixa referente ao ensino superior completo representava apenas 4,4% do total de entrevistados. A faixa de renda mais frequentemente informada pelos entrevistados foi de um a dois salários mínimos (47%), seguida pela faixa de meio a um salário mínimo (32,5%). Cerca de 5% dos entrevistados possuía renda familiar de menos de meio salário mínimo. Com relação ao recebimento do benefício da Bolsa Família, este foi relatado por 15,9% dos entrevistados. Cerca de 80% dos entrevistados declararam morar na área urbana do município; a maior parte dos usuários relatou morar em domicílios de até cinco pessoas.

**Tabela 1.** Perfil dos usuários entrevistados, atendidos no SNTp. Mato Grosso do Sul, 2015

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Masculino	326	36,4
Feminino	570	63,6
Faixa etária		
19 a 39 anos	85	9,5
40 a 59 anos	407	45,4
Acima de 60	404	45,0
Etnia		
Indígena	41	4,6
Quilombola	15	1,7
Sem declaração de etnia	840	93,7
Anos de Escolaridade		
Sem Escolaridade	128	14,3
1 a 8 anos	396	44,2
9 a 12 anos	316	35,2
Acima de 12 anos	49	5,4
Não sabia informar	7	0,8

continua...

VARIÁVEIS	N	%
Faixa de renda		
Abaixo de ½ salário mínimo	46	5,2
De ½ a 1 salário mínimo	291	32,5
De 1 a 2 salários mínimos	421	47,0
Acima de 2 salários mínimos	110	12,3
Não souberam responder	28	3,1
Habitantes por domicílio		
1 a 2 habitantes/domicílio	400	9,1
3 habitantes/domicílio	238	26,5
4 habitantes/domicílio	143	16,0
Mais de 5 habitantes/domicílio	115	8,7
Local de domicílio		
Área urbana	707	78,9
Área rural	189	21,0

Uma grande proporção dos entrevistados (32,1%) não relatou qualquer doença crônica, e cerca de 3% não souberam referenciar a doença que os acometia. Muitos indivíduos (40,4%) citaram hipertensão e 13% dos usuários entrevistados relataram possuir hipertensão e diabetes.

## Resultados sobre utilização do Programa

A análise das 896 prescrições demonstrou uma média de 2,55 medicamentos prescritos, e 1,88 medicamento dispensado, por prescrição. Do total de prescrições, apenas 334 (37%) continham apenas medicamentos que integravam o rol de medicamentos do SNTP. As demais 562 (63%) possuíam mais medicamentos prescritos do que os contemplados pelo Programa.

O número total de itens nas prescrições foi 2.285. Todos os itens do SNTP (1.682) presentes nas prescrições atendidas foram dispensados. Mais de 70% dos medicamentos buscados pelos usuários entrevistados eram relacionados ao



tratamento de hipertensão. A grande maioria das prescrições apresentadas para adquirir os medicamentos pelo Programa (93,5%) era proveniente do SUS.

Com relação à frequência de utilização do SNTP, a grande maioria dos usuários (88,4%) já havia recebido atendimento anteriormente àquela visita, e destes, a maioria (54,9%), em mais de dez ocasiões. Muitos usuários (74,1%) relataram utilizar sempre a mesma farmácia para adquirir seus medicamentos através do SNTP.

A proporção de usuários que referiu já ter realizado algum desembolso no último ano para adquirir medicamentos para hipertensão, diabetes e asma foi de 45,4%. Destes, 38,3% disseram que o motivo foi a indisponibilidade dos medicamentos no posto de saúde, seguido por 29,2%, que referiu que o motivo foi a receita médica vencida. Cerca de 60% dos usuários entrevistados relataram ter tentado buscar o medicamento no posto de saúde antes de ir à farmácia privada.

A maior parte dos usuários (55,9%) relatou ter conhecido o programa através de indicação do médico ou outro profissional de saúde que participou de seu atendimento.

## Discussão

Apesar de dados sobre a cobertura de pacientes pelo ATFP demonstrarem que o Programa tem ampliado acesso nas regiões com população de menor renda, com destaque para a região Centro-Oeste, que obteve mais de 700% de variação entre 2011 e 2012 (PEREIRA, 2013), os resultados do presente estudo permitiram perceber que, entre os municípios com maior parcela da população em situação de extrema pobreza, 75% não possuem a alternativa do SNTP. Tomando-se como exemplo os municípios do Estado de MS, em Japorá, Paranhos, Tacuru e Coronel Sapucaia, mais de 50% da população vivia em situação de pobreza ou extrema pobreza, sendo a situação de Japorá a mais alarmante, com 92% de sua população vivendo sob estas condições (BRASIL/MDS, 2013). Esta é uma situação que pode comprometer a autonomia financeira do município em função da provável baixa capacidade de geração de receitas, o que poderia impactar diretamente a capacidade de prover serviços e insumos de saúde que dependam de sua participação no financiamento.

No entanto, entre os municípios que possuem as farmácias, o SNTP parece funcionar não como a alternativa, mas como a principal opção dos usuários na obtenção de seus medicamentos para hipertensão, diabetes e asma. Destaca-se

que estudo específico nas unidades públicas auxiliaria a esclarecer a questão. No entanto, restaria saber se estes usuários cobertos são os indivíduos pertencentes à faixa de extrema pobreza.

A literatura aponta maior utilização de medicamentos entre mulheres e indivíduos com mais idade, o que corrobora resultados do presente estudo (EUROSTAT, 2017; FERNANDEZ-LIZ et al., 2007). Existe ainda desigualdade de idade e de gênero na compra de medicamentos (LOURENÇO-DA-SILVA et al., 2012), maior preocupação com a saúde e maior utilização dos serviços entre indivíduos do sexo feminino (BOING et al., 2011).

Também não foi surpresa a relação entre renda e escolaridade, variáveis classicamente associadas. A menor escolaridade está relacionada a menores faixas de renda (SALVATO et al., 2010). No entanto, os resultados mostram que os maiores usuários do SNTP estão situados nas faixas de meio a dois salários mínimos (79,5%), coincidentemente o público-alvo declarado quando do lançamento do PFPB. Tal constatação aponta que, nesses municípios, a extrema pobreza possivelmente não está sendo atendida pelo SNTP. Este dado é corroborado ainda pela baixa proporção de beneficiados pelo Bolsa Família entre os entrevistados (15,9%).

Em relação ao número de moradores por domicílio, as residências com menos de dois ou mais de cinco habitantes são minoria. Estes resultados não têm, necessariamente, relação com a situação de pobreza dos habitantes. Por outro lado, 78,9% relatam residir em área urbana, o que, segundo a literatura, traria maior perspectiva de acesso e utilização de serviços (IBGE, 2013). No entanto, esses municípios são pobres e pequenos, já configurando dificuldades de acesso do ponto de vista de oferta de serviços. Destaca-se, também, que a amostra é enviesada nesse sentido, pois foram entrevistadas somente aquelas pessoas que conseguiram chegar à farmácia munidas de uma prescrição médica. Estes argumentos parecem reforçar a perspectiva de que a extrema pobreza não está sendo atendida pelo SNTP. Ao mesmo tempo, o motivo pode estar ligado ao fato de que os indivíduos mais pobres, possivelmente, sequer consigam acesso aos serviços de saúde. Essa “extrema pobreza” teve pouca visibilidade no presente estudo.

Entre os usuários que efetivamente foram atendidos pelo SNTP nesses municípios, pode-se dizer que 100% dos medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, procurados pelos usuários nas farmácias credenciadas, foram obtidos. Estudos recentes apontam alto percentual de obtenção (aproximadamente, 94%)

a medicamentos para algumas condições crônicas no país, com algumas diferenças regionais (MENGUE et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2016). Nesse sentido, pode-se aventar que os medicamentos para hipertensão, diabetes e asma sejam possíveis responsáveis pela alta prevalência de obtenção constatada em tais estudos.

De fato, a existência de farmácias credenciadas nos municípios aumenta a possibilidade de obtenção a medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, pois, ao contar com o estoque da farmácia privada, o governo deixa de depender exclusivamente dos estoques das unidades públicas, frequentemente deficientes (VIEIRA, 2008).

Mesmo que não seja possível realizar uma avaliação qualitativa das prescrições atendidas, entende-se que o SUS deveria prover integralmente o que é prescrito pelo próprio SUS (93,5% das prescrições), especialmente tratando-se de municípios com grande proporção de pobreza. No entanto, as necessidades de saúde não se limitam às condições atendidas pelo SNTP. Estudo recente que analisou a lista de medicamentos do PFPB permitiu observar que este contemplava, de maneira gratuita, apenas 22 medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica (YAMAUTI et al., 2015). Apesar de cumprir seu propósito quanto à disponibilização de medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, cabe questionar se os medicamentos providos pelo SNTP suprem as necessidades de saúde da população dos municípios prioritários ao BSM. Comparando o número total de itens prescritos, mas não dispensados (603), o fato de que 63% das prescrições possuíam medicamentos além daqueles disponibilizados pelo SNTP, e o frequente relato (mais de 60%) de tentativas frustradas em obter medicamentos nos postos de saúde, levanta a hipótese do “não tratamento”, ou da necessidade de desembolso pelo usuário, para custeá-lo, comprovada pelas respostas dos entrevistados.

O SNTP dispensa medicamentos voltados para determinadas condições crônicas, causas de considerável mortalidade e morbidade. Assim como no mundo, no Brasil as DCNTs são também a principal causa de mortalidade. Em 2009, foi verificado que estas respondiam por 72,4% do total de óbitos. Entre estas, as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e diabetes, além das neoplasias, respondiam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas. As DCNTs são também a principal carga de doença no país e já em 1998, respondiam por 66% dos anos de vida com qualidade perdidos (*Disability Adjusted Life Years* – DALYs) (DUNCAN et al., 2012).

É notório que a carga de doença associada a estas condições é inegavelmente alta, demandando políticas de saúde específicas. Entretanto, o país convive com diversos

outros problemas de saúde, cuja carga também é extremamente significativa, a chamada tripla carga de doença, que inclui também as doenças transmissíveis e as causas externas (SCHRAMM et al., 2004), e para as quais não há alternativa semelhante de provisão de medicamentos, como é o caso do SNTP para hipertensão, diabetes e asma.

Dentro do ideário da integralidade, que deve guiar todos os serviços e ações oferecidos pelo SUS, a assistência farmacêutica não se limitaria apenas à dispensação de medicamentos, envolveria todas as etapas do ciclo, incluindo aí o acompanhamento e orientações aos pacientes quanto ao uso de seus medicamentos. O ciclo da assistência farmacêutica preconiza a etapa da dispensação informada como imprescindível para o Uso Racional de Medicamentos (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2014). O PFPB, em seus primórdios, previa o atendimento dos usuários por farmacêuticos, prestando as orientações necessárias ao uso dos medicamentos (SANTOS-PINTO et al., 2011).

É fato que o paciente possivelmente não recebe esse tipo de atenção e orientação nas unidades públicas de saúde, seja por motivos relacionados à falta de profissionais, de estrutura (VIEIRA, 2008), ou dificuldade de exercício da melhor prática. Com relação à própria realidade do Estado de Mato Grosso do Sul, estudo que avaliou a gestão da assistência farmacêutica municipal revelou que a deficiência de recursos humanos é recorrente, e possivelmente um dos principais fatores que leva aos problemas relacionados à assistência farmacêutica nos municípios (SANTOS-PINTO et al., 2015).

Além do incentivo financeiro, já que os repasses realizados chegam a três vezes, em média, o valor dos mesmos medicamentos se comprados pelo SUS (SILVA; CAETANO, 2016), as farmácias privadas aderem ao Programa como forma de fidelização do usuário. O estudo mostrou que 74,1% deles retornam sempre à mesma farmácia.

Ao delegar às farmácias privadas, que são primordialmente estabelecimentos comerciais que priorizam o lucro, a responsabilidade sobre a provisão de determinados medicamentos, não se pode assegurar que os usuários serão orientados corretamente, ou mesmo que receberão algum tipo de informação, em caso de necessidade. Esse é o tipo de serviço que não se deve delegar sem uma contrapartida do SNTP. A integralidade do cuidado fica em risco, pois não há compasso e articulação entre o serviço de saúde que atende o paciente e o local onde o mesmo obtém seus medicamentos. Nesse sentido, pode-se afirmar que,

diante deste cenário, dimensões importantes para a consolidação do acesso ficam comprometidas (OLIVEIRA et al., 2016).

Como fator agravante desse quadro, há o grande desconhecimento dos usuários acerca de sua própria condição de saúde. Aproximadamente, 32% das pessoas que buscaram medicamentos no SNTP relataram não possuir nenhuma doença crônica e 3% afirmaram não saber o que tinham. Esta é uma situação paradoxal, já que a demanda por um dos medicamentos presentes no rol do SNTP aponta para a existência de hipertensão, diabetes ou asma. Qualquer possibilidade de tratamento se torna mais grave, se analisada dentro de um cenário onde possivelmente não ocorre qualquer tipo de orientação qualificada a estes usuários.

Teoricamente, ambas as iniciativas de provisão de medicamentos – pela rede pública e pelo Programa Farmácia Popular do Brasil, em todas as suas modalidades – são esforços para ampliação do acesso, e desta forma previstas formalmente nas normativas que regem a assistência farmacêutica no país (PAULA et al., 2009). Entretanto, desde sua criação, o PFPB passou a absorver uma grande proporção de usuários provenientes do SUS, considerável indício de que o setor público não era capaz de prover medicamentos, de forma suficiente, à população (SANTOS-PINTO et al., 2011). Foi possível observar essa questão através do relato dos usuários. Cerca de 60% tentou obter o medicamento na unidade básica de saúde sem êxito, antes de se dirigir ao SNTP. Entre os usuários que relataram necessidade de desembolso no último ano, quase 38% imputaram-na à falta de medicamento no setor público.

Em função deste quadro, cabe a indagação: *“qual o é papel do SNTP dentro do SUS?”* A proposta original do PFPB era a complementariedade ancorada no copagamento. Sendo a proposta do SNTP estabelecida na gratuidade, esta mais se assemelha à provisão pública nos equipamentos de saúde do sistema. Entretanto, neste caso, inexistem as contrapartidas necessárias, como qualidade dos produtos, preços praticados (aqui, em relação ao repasse financeiro ao setor privado), orientação ao paciente e a garantia do uso racional dos medicamentos.

A substituição da provisão pública pelo PFPB é uma realidade em muitos municípios, que contam com a disponibilidade de medicamentos nas diversas modalidades do programa, incluindo o SNTP, para suprir a demanda dos usuários (SANTOS-PINTO et al., 2011). Neste estudo, foi constatado que, segundo relato de mais de 55% dos usuários, os próprios profissionais de saúde das unidades públicas indicam o Programa para os pacientes após as consultas. No entanto,

cabe destacar que nota emitida pelo Ministério da Saúde, em 2014, ressalta a permanência da responsabilidade de gestores municipais e estaduais na provisão de medicamentos do componente básico, independentemente da disponibilidade dos mesmos, de forma gratuita, nas farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Este estudo apresenta algumas limitações. Destaca-se, em primeiro lugar, a impossibilidade de investigar a provisão de medicamentos em municípios mais pobres de Mato Grosso do Sul, mas esta foi uma limitação inerente ao desenho do estudo. Da mesma forma, considera-se a dificuldade de alcançar a amostra inicial planejada de 1.200 usuários. Porém, vale ressaltar que a investigação ocorreu em todos os 15 municípios prioritários ao BSM e que continham farmácias credenciadas ao SNTP. De qualquer forma, a amostra excedeu o número mínimo de estabelecimentos e de usuários recomendados pela OMS (WHO, 1993).

Deve-se ainda considerar que o questionário não abordou os medicamentos prescritos não pertencentes ao SNTP, inviabilizando análises complementares sobre necessidades sanitárias não atendidas. Por serem funcionários das farmácias, a aplicação dos questionários pode ter sido afetada pela rotina do serviço, fato este relatado por eles quando o fluxo de atendimento era muito intenso. Por fim, admite-se o potencial viés de memória dos usuários nos dados autorreferidos. Argumenta-se, no entanto, que correções de prevalência só são demandadas em estudos com grandes amostras (MOREIRA et al., 2016).

## Considerações finais

Após mais de dez anos de implementação, o Plano BSM demonstrou resultados positivos dentro de seus diversos objetivos, inclusive naqueles que se referem à saúde. Isso se deu, em parte, através da busca ativa das famílias vivendo em situação de extrema pobreza, identificando os municípios com maior prevalência desta situação. Nesse sentido, a incorporação do SNTP no rol de ações do BSM seria bem-vinda como estratégia de “ampliação do acesso” a medicamentos para as populações mais necessitadas.

Este estudo mostrou, no entanto, que os municípios mais pobres do Estado de Mato Grosso do Sul não foram contemplados com farmácias credenciadas e que a população mais pobre não chegou ao SNTP. Além disso, as ações necessárias para o atendimento integral não são oferecidas no âmbito das farmácias privadas.

A expansão do PFPB para a rede privada foi responsável pela capilaridade do Programa, que com isso passou a atingir a população de praticamente todos os municípios do país. Com o início da prática da gratuidade, o Programa passou a funcionar, explicitamente, como uma alternativa de obtenção de medicamentos aos usuários do SUS.

O estudo permitiu, por meio de um inquérito simples, com dados descritivos, caracterizar aspectos relevantes e pouco conhecidos desta forma de provisão pública. As informações produzidas podem ser úteis aos gestores do Sistema em eventuais esforços para modificar os mecanismos de oferta de medicamentos no sistema público brasileiro, tendo em vista os princípios orientadores do SUS.<sup>1</sup>

## Referências

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; PERES, K. G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 45, n. 5, p. 897-905, 2011.

BRASIL. *Mais de 31 milhões de pessoas beneficiadas pelo Farmácia Popular em quatro anos*. Portal Brasil. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/05/mais-de-31-milhoes-de-pessoas-beneficiadas-pelo-farmacia-popular-em-quatro-anos>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Nota sobre o abastecimento de medicamentos em postos de saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/345-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/13026-nota-sobre-o-abastecimento-de-medicamentos-nos-postos-de-saude-apos-funcionamento-do-saude-nao-tem-preco>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Programa Farmácia Popular do Brasil. Saúde não tem preço, 2013*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=4438&codModuloArea=780&chamada=medicamentos>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. *Plano Brasil sem Miséria, 2013*. Disponível em: <<http://www.brasilsemmiseria.gov.br/>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil Sem Miséria. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 3 jun. 2011.

DUNCAN et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*, v. 46, supl., p. 126-34, 2012.

EUROSTAT. *Statistics explained. medicine use statistics*. Disponível em: <[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Medicine\\_use\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Medicine_use_statistics)>. Acesso em: 5 abr. 2017.

FERNANDEZ-LIZ, E. et al. Identifying how age and gender influence prescription drug use in a primary health care environment in Catalonia, Span. *Br J Clin Pharmacol*, v. 65, p. 407-417, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

SILVA, A. L. et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 6, p. 1033-1045, 2012.

MENGUE, S. S. et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 50, supl. 2, p. 8s, 2016.

MOREIRA, J. P. L. et al. Correção de prevalência autorreferida em estudos epidemiológicos com grandes amostras. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 12, p. e00050816, 2016.

OLIVEIRA M. A. et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. *Rev Saúde Pública*, v. 50, supl. 2, p. 6s, 2016.

\_\_\_\_\_. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 5, p. 1.429-1.439, 2002.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Org.). *Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PAULA, P. A. et al. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1.111-1.125, 2009.

PEREIRA, M. A. *Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal*. 2013. 93 p. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2013.

SALVATO, M. A. et al. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. *Estudos Econômicos*. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 753-791, 2010.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 171-183, 2015.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; COSTA, N. R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, v.6, p. 2.415-2.424, 2011.



SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SILVA, A. L. et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1.033-1.045, 2012.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Programa "Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2.943-2.956, 2015.

\_\_\_\_\_. Custos da assistência farmacêutica pública frente ao Programa Farmácia Popular. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 50, n. 74, 2016.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *How to investigate drug use in health facilities: select drug use indicators*. Geneva: WHO, 1993.

YAMAUTI, S. M.; BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L. C. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política de Nacional Assistência Farmacêutica. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1.648-1.662, 2015.

## Nota

<sup>1</sup> C. D. B. Santos-Pinto participou de todas as etapas de elaboração do artigo, tendo sido responsável pela condução do estudo, resultado de pós-doutoramento. E. S. Miranda, do levantamento bibliográfico, redação e revisão do artigo. A. Esher, da concepção do estudo, redação e revisão do artigo. C. G. S. Osorio-de-Castro supervisionou a pesquisa de pós-doutorado, concepção e orientação do estudo, redação e revisão do artigo.

## *Abstract*

### *Medicines provision through the “Saúde Não Tem Preço” initiative in target municipalities for the Brazil Without Poverty Plan in Mato Grosso do Sul state*

The Brazilian Popular Pharmacy Program promotes an interface between the public and private sectors. From 2011, the Program took part in the actions contemplated by the Brazil Without Poverty (BSM) Plan, through the “Saúde Não Tem Preço” (SNTTP) initiative, characterized by free Ministry of Health-financed provision of medicines for hypertension, diabetes and asthma, dispensed in private Program-certified facilities. The study aimed to assess the role played by SNTTP in BSM target municipalities in Mato Grosso do Sul state. A survey in 40 pharmacies from 15 municipalities, based on a WHO methodology, collected socioeconomic and demographic profile of users, as well as health perceptions, medicines and steps taken to obtain them. Among the 896 interviewees, there was a greater proportion of females, over 60 years, with low schooling, and total income between half and two minimum wages. About 95% of users came to the SNTTP from public health system. More than 60% reported trying to obtain the medicines at public facilities, but unavailability led them to certified pharmacies. More than 55% of users were directed to SNTTP by recommendation of a SUS health professional. We estimate that in these target municipalities the poorest segment of the population did not access SNTTP.

► **Keywords:** medicines; pharmaceutical services; health policy; social vulnerability.

